

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



Litografia del 1901: riguarda i prodotti farmaceutici provenienti dalle Americhe

PARODI

Se è possibile
ancora una volta
aiutiamoci

1

PREVIDENZA

Aliquota ridotta
per specializzandi
della Gestione separata

6

QUOTA A

Contributi
e domiciliazione
bancaria

8

DONNE MEDICO

Chiarimento
del ministero
sulla maternità

11

ASSICURAZIONE

Precisazioni
sulla
Polizza

64

**NUOVA MODULISTICA
ONLINE DELLA PREVIDENZA**

Al fine di offrire un servizio migliore all'utenza, è stata allestita sul portale www.enpam.it una nuova sezione, denominata **Modulistica della Previdenza**, da cui è possibile scaricare direttamente, con facilità e rapidità, tutta la modulistica ed altre informazioni utili.

IL GIORNALE DELLA
Previdenza
dei Medici e degli Odontoiatri

in questo numero

- 1** Ancora una volta aiutiamoci
- 2** Riparliamo di investimenti
- 3** Consiglio nazionale della Federspev
- 4-5** Le parole chiave della previdenza
- 6** Specializzandi, aliquota ridotta
- 7** "La battaglia" dei giovani medici
- 8-9** Quota A e domiciliazione bancaria
- 10** Gli obiettivi dell'Ammi
- 11** Specializzande e maternità
- 12-13** L'intervista/1: la cardiocirurgia
- 14-15** L'intervista/2: l'artrite reumatoide
- 16-17** L'intervista/3: cardiologia e prevenzione
- 18-20** Medicina: il linfedema
- 21** La Febbre del Nilo occidentale
- 22** Cure virtuali, esperienze reali
- 23** Medici e infermieri in Iraq
- 24-25** Un'associazione per il cuore dei bambini
- 26-27** "Codice rosa" contro la violenza
- 28-29** Medici illustri, Edward Kendall
- 30-31** Società e solidarietà

- 32-37** Congressi, convegni, corsi
- 38** Come "comunicare" con i malati
- 39** Accadde a... Aprile
- 40-41** Vita degli Ordini
- 42-43** Barbara Scaramucci, direttore di Rai Teche
- 44-45** Il personaggio, Milton Gendel
- 46-47** Recensioni libri
- 48-49** Presentato il volume "Achtung bambini"
- 50** In editoria
- 51** Notizie
- 52-53** Letteratura
- 54** Arte, "scatti" di design
- 55** Mostre ed esposizioni in Italia
- 56** Il cinema e la violenza sui bambini
- 57** Musica, l'arpa
- 58-59** A spasso per Barcellona
- 60-61** Lettere al Presidente
- 62** Filatelia, le commemorazioni
- 63** L'avvocato
- 64** Precisazioni sulla polizza



Foto di copertina

La litografia a colori, datata 1901, simboleggia il sempre più massiccio arrivo di prodotti farmaceutici provenienti dalle due Americhe agli albori del XX secolo. La loro importazione era iniziata già nella prima metà del 1500, quando traballanti navi cominciarono a solcare il Mar Tenebroso (l'Oceano Atlantico) cariche di piante officinali del tutto sconosciute alla Medicina europea ma già in uso da millenni presso le Civiltà locali: la china, la coca, la salsapariglia, il sassafrasso, il guaiaco (legno santo), la gialappa, il balsamo del Tolù, la cassia, l'ipocacuana... Ma in un primo tempo i nuovi medicinali incontrarono l'opposizione della Medicina ufficiale europea, prevalendo il preconcetto che risultassero efficaci soltanto "tra i selvaggi Indios del Nuovo Mondo"



Se è possibile ancora una volta aiutiamoci

di Eolo Parodi

Al di là dei problemi della crisi, delle pensioni e di tutto ciò che ogni mese portiamo a vostra conoscenza, stanno aumentando in maniera “impressionante” le richieste di aiuto da parte dei medici e, soprattutto, di familiari e superstiti che non sono più in condizioni di “esistere”. È un richiamo che commuove e che provoca tanto dolore in tutti noi.

Noi stiamo provvedendo con tutti i mezzi che abbiamo fin dove leggi e regolamenti ce lo permettono. Oggi, però, scrivo a voi, vi supplico, al di là dei tanti problemi urgenti che abbiamo, in quanto possediamo uno strumento che potrebbe essere determinante ai fini che vi ho esplicitato: nella prossima dichiarazione dei redditi ognuno di voi può destinare il “5 per mille” dell'Irpef alla

Fondazione Enpam.

Vi prego, come ho detto vi supplico, dateci questo aiuto. Faremo tutti tanto bene a tanti.

Dobbiamo aiutare chi soffre, chi non ce la fa più. Venite a vedere: se ciò farete commozione e tristezza riempiranno i vostri cuori. Ancora una volta chiedo l'aiuto di tutti. L'aiuto di oggi è l'aiuto di domani. •



OGGI CON IL 5 PER MILLE PUOI AIUTARCI ANCHE TU

Nella prossima dichiarazione dei redditi destina il 5 per mille dell'Irpef alla Fondazione Enpam. Il Tuo contributo servirà a migliorare l'assistenza agli iscritti in condizioni di non autosufficienza, e verrà integralmente destinato ad una polizza assicurativa di Long Term Care per tutti i contribuenti. Basta firmare e scrivere nel riquadro "Sostegno delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale" il codice fiscale della Fondazione Enpam: 80015110580.



di Mario Falconi (*)

La grave crisi finanziaria, che sta determinando enormi danni a tutte le nazioni del nostro piccolo mondo, ha ingenerato in molti medici e odontoiatri ansia, paura e soprattutto timori per un futuro incerto e precario.

Molti sono coloro che continuano a chiederci rassicurazioni sugli investimenti della nostra Fondazione, nonostante in più riprese il Presidente Eolo Parodi ed il Consigliere esperto del CdA Prof. Maurizio Dal'Occhio, abbiano dato corrette ed esaurienti informazioni, anche attraverso questo giornale.

Ritorniamo pertanto brevemente sull'argomento sperando di fugare ogni residuo dubbio.

La crisi, che sta mettendo in ginocchio l'economia in-

Per realizzare buoni investimenti occorrono competenza esperienza e integrità morale

Riparlamo di investimenti

ternazionale ha ovviamente insinuato non poche "paure" e perplessità nell'animo di tutti gli "investitori", costringendoli a mantenere una posizione di stallo, in attesa di indicazioni confortanti in grado di rimettere in funzione il meccanismo economico.

L'entusiasmo generale del recente passato, legato all'ottimo andamento delle Borse, era stato l'input che aveva indotto gli operatori economico-finanziari a approfondire il massimo sforzo nell'attività degli investimenti soprattutto mobiliari e che ora sembra essersi arrestato.

Anche le Casse Previdenziali privatizzate, che negli ultimi anni avevano vissuto una fase di intensa trasformazione strutturale, normativa e di portafoglio, con l'obiettivo di consolidare i propri equilibri finanziari nel medio/lungo periodo, hanno dovuto riposizionarsi rispetto all'attuale situazione.

La Fondazione Enpam, ha sempre mantenuto un atteggiamento prudentiale, riuscendo anche in tale contesto, a salvaguardare sostanzialmente, con scelte ponderate, i propri investimenti.

Dobbiamo in questo periodo mantenere una posizione di attesa rivolta ad obiettivi prudentiali nel breve

periodo, ma tali da permettere di superare questa fase congiunturale senza correre il rischio di trovarsi impreparati a cogliere le migliori opportunità quando i mercati riprenderanno la crescita.

Nel settore mobiliare si è pertanto ritenuto idoneo operare acquistando Titoli di Stato o altri strumenti equipollenti, in grado di apportare, con vincoli di breve durata, più celeri riposizionamenti nella eventuale auspicata ripresa.

Nel settore immobiliare guardiamo sempre con maggiore interesse e attenzione a Fondi Immobiliari. Tali forme di investimento hanno coperto nel migliore dei modi l'attività economico-finanziaria dell'Ente nel breve e nel medio/lungo termine, con garanzie di stabilità, che sono una delle caratteristiche principale del Fondo Immobiliare.

Riuscire a diversificare gli investimenti per tipologia e collocazione geografica dei beni immobili gestiti, avendo al contempo una elevata e pronta liquidità sui mercati rappresenta, infatti, quel valore aggiunto che si affianca ai già noti vantaggi fiscali che tali strumenti riescono a garantire ad Enti come il nostro.

Come è noto, i Fondi comuni di investimento immobiliare costituiscono in

Italia una novità assoluta nell'ambito degli strumenti del risparmio gestito, mentre sono presenti da molti anni in paesi finanziariamente evoluti (Germania, Regno Unito, Francia, Svizzera e soprattutto Stati Uniti) dove ne rappresentano una quota significativa (8-10%).

La nostra Fondazione è stata pioniera nell'intraprendere questa strada con la costituzione del Fondo Immobiliare Ippocrate detenuto al 100%.

Per realizzare buoni investimenti occorrono competenza ed esperienza e soprattutto integrità morale di tutti coloro che gestiscono enormi capitali. Anche quando ci rivolgiamo a terzi noi affidiamo loro oltre i soldi, la fiducia e il futuro previdenziale di migliaia di nostri colleghi.

Ovviamente l'Ente cercherà sempre di mantenere tale sua posizione di leadership nel campo economico-finanziario, con iniziative sempre all'avanguardia ed in grado di curare, con prudenza e sicurezza, il suo patrimonio anche in momenti di profonda crisi come quella attuale. •

(*) Vice Presidente
vicario Enpam

La Fondazione Enpam ha sempre mantenuto un atteggiamento prudentiale

Si è tenuto a Roma lo scorso 22 febbraio il Consiglio nazionale della Federspev che è stato caratterizzato dalla pressoché totale partecipazione di tutti i componenti e da un clima di costruttiva collaborazione. Una grande euforia si è diffusa tra i partecipanti alla presentazione del consuntivo 2008. “Un consuntivo che ci rende orgogliosi” ha dichiarato Eumenio Miscetti. Infatti, nel corso della sua longeva presidenza (20 anni) sono stati assegnati circa 600mila euro in contributi di solidarietà e premi di studio. Ma voltiamo pagina. Per parlare del doloroso problema dell’adeguamento delle pensioni al potere d’acquisto, che ha infiammato il dibattito. Una soluzione è indilazionabile anche sotto il profilo umano, soprattutto in considerazione della generale crescita dei prezzi (una crescita molto superiore rispetto a quella generata dalle alchimie statistiche) dei beni di prima necessità che non risparmia neanche i pensionati del cosiddetto “ceto medio” che pur hanno versato fior di contributi per assicurarsi una vecchiaia dignitosa. A tal proposito il Presidente, che ha ribadito l’impegno della Federspev nella difesa degli interessi e dei diritti degli iscritti (pensionati medici, farmacisti, veterinari e delle loro vedove), ha

Pensioni e reale potere di acquisto

voluto sottolineare quanto sia “iniquo, contro ogni legge ed inumano privare i pensionati degli adeguamenti pieni del loro reddito pensionistico e tassare tale reddito nella misura e alla stregua di tutti gli altri redditi di lavoro e di capitale, in un contesto sociale in cui un numero rilevante di cittadini in età avanzata sono soli e bisognosi di assistenza continuativa con personale proprio, assolutamente indispensabile data la scomparsa della famiglia patriarcale”.

Che fare?

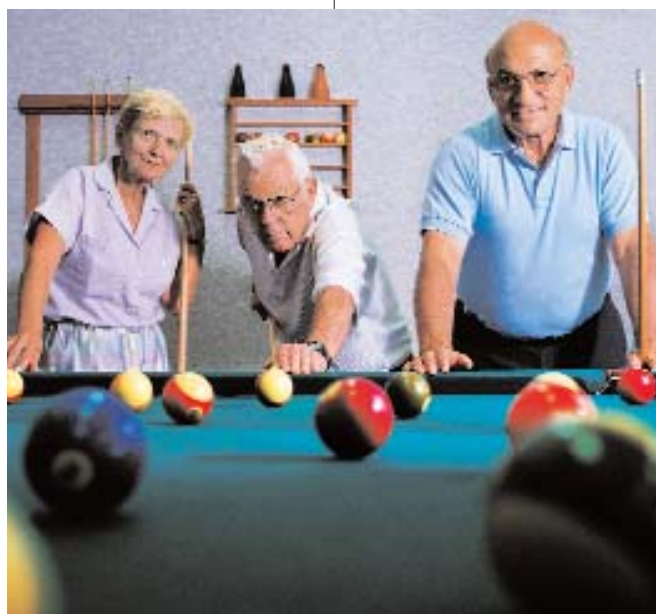
Tra i numerosi interventi che abbiamo ascoltato ci è parso interessante quello del prof. Marco Perelli Ercolini: “È necessario

e urgente chiedere che ai pensionati vengano riconosciute detrazioni fiscali e che le pensioni siano assoggettate fiscalmente a tassazione separate con una imposizione con aliquota sostitutiva calibrata alla peculiarità sociale con decremento in relazione agli anni di contribuzione.

E nel prossimo futuro battersi per uscire dalla spirale iugulatoria degli assorbimenti fiscali che depauperano sia l’assegno di pensione sia la tesaurizzazione dei contributi per la futura pensione: in Italia il fisco defiscalizza i contributi versati, ma taglieggia gli stessi nella fase di accumulo e, in uscita, i trattamenti di pensione.

Sarebbe più equo incidere nella fase contributiva, quando in attività lavorativa con maggiori possibilità di guadagno il lavoratore sopporterebbe meglio un esborso fiscale rispetto al pensionato che, privo di nuovi introiti, deve fare tesoro del solo reddito di pensione. Ma, soprattutto, tale sistema risulta iniquo e penalizzante per quelle Casse che erogano trattamenti mediante una capitalizzazione contributiva perché si viene a taglieggiare ai capitali in fase di accumulo le rendite che dovrebbero garantire al valore corrente le future prestazioni di pensione”.

In questa atmosfera sinergica e propositiva è stato annunciato il tema del 46° Congresso Nazionale: “Atto di giustizia sociale: detassare le pensioni” che si terrà a Chianciano Terme dal 10 al 13 maggio. Nel programma congressuale è altresì prevista una tavola rotonda dal titolo emblematico: “Pensioni d’annata, pensioni dannate. Il dramma dei pensionati del ceto medio” che affronterà la spinosa problematica delle criticità delle pensioni. •



Info Federspev:
tel. 06.3221087,
06.3208812,
fax 06.3224383,
tel. ufficio stampa:
347.6843236
e-mail:
federspev@tiscalinet.it
www.federspev.it



Le parole chiave della previdenza

Solidarietà, sostenibilità, equità ed adeguatezza sono attualmente gli argomenti su cui maggiormente si dibatte. Indispensabile è una comunicazione efficace che faccia crescere la capacità di scelta e orientamento del contribuente

di **Alberto Oliveti (*)**

La **solidarietà** è un modello generale di comportamento di una comunità di persone basato sui principi e sui vincoli di convivenza espressi da una sostanziale convergenza di valori, interessi e necessità basilari di ogni suo componente.

Si esprime con iniziative individuali o collettive di sostegno morale o materiale ed identifica la parte

pratica della coscienza di appartenenza a tale comunità.

Il riconoscimento vicendevole, la reciprocità e la responsabilità sono i prerequisiti indispensabili per cui possa esprimersi la solidarietà.

In previdenza si sostanzia nell'accordo e nella collaborazione di un sistema collettivo a rete che si pone a tutela delle fragilità e dei bisogni essenziali dei

componenti della platea di riferimento.

A ben vedere diventa interesse di tutti in quanto rende ognuno più tutelato di fronte al bisogno.

La **sostenibilità** in previdenza si traduce sostanzialmente nella capacità di un sistema di poter mantenere nel tempo gli impegni assunti con i suoi partecipanti a fronte del cambiamento progressivo dei fattori di contesto, demogra-

fici ed economici, che lo condizionano.

Si giova delle tecniche della matematica attuariale, che mediante il calcolo di probabilità del verificarsi di certi eventi, determina gli atti e gli interventi necessari all'equilibrio degli istituti di previdenza sociale ed assicurativi di cui si occupa.

L'**equità** previdenziale è in primis un criterio di ragionevolezza, che riporta al concetto di giustizia, di imparzialità e di equivalenza di valori tra generazioni succedentesi.

È la base del patto generazionale per cui ogni generazione si fa carico della precedente nella garanzia di analogo trattamento nel divenire del tempo.

È la qualità del metallo con cui sono fatti gli anelli della catena solidaristica intergenerazionale.

L'**adeguatezza** si traduce nella proporzionalità sul piano della convenienza ed in Enpam si fonda sulla sostanziale corrispettività tra i contributi che un attivo versa al suo Fondo e le prestazioni che riceverà da pensionato.

Una pensione per potersi considerare adeguata deve corrispondere sia a dei profili di carattere oggettivo che ad altri, egualmente importanti, di più spiccata valenza soggettiva.

Oggettivamente adeguata può considerarsi una pensione che nella cornice prioritaria di un sistema equo, solidale e sostenibi-

Fornire i supporti tecnici e culturali perché ogni iscritto possa maturare la propria idea di pensione

le garantisca all'atto del pensionamento un passaggio indolore dalle ultime retribuzioni lavorative al trattamento di quiescenza, insieme ad una sua appropriata garanzia di tenuta nel tempo in termini di potere di acquisto.

Vi è tutta una intensa letteratura sui tassi di sostituzione, sulle aliquote di rendimento e sui coefficienti di trasformazione, sui metodi e tassi di indicizzazione, che confermano quanto la materia sia complessa ed adeguatamente studiata.

Ad ogni modo, è inevitabile che le attuali caratteristiche demografiche ed economiche degli scenari previdenziali influenzino con le loro dimensioni collettive i parametri con cui si definiscono le pensioni individuali, per cui stante l'esigenza vincolante dell'obiettivo di assoluta equivalenza tra contributi versati e prestazioni garantite per ogni singolo contribuente attivo, il percorso individuale dell'adeguatezza oggi non può scindersi dal concetto di una integrazione volontaria, tempestiva e responsabile.

Entriamo nella dimensione soggettiva dell'adeguatezza, sia culturale che tecnica, di cosa cioè ognuno di noi intenda per pensione adeguata alle proprie esigenze post lavorative ed al proprio standard di vita.

Tale impostazione si collega necessariamente anche alla dimensione personale della sostenibilità, quanto cioè sia ritenuto sostenibile durante l'età lavorativa in termini di differimento in previdenza dei propri guadagni o, più prosaicamente, in termini di sacrificio contributivo.

A tal proposito, in occasione del rinnovo convenzionale per la Medicina Generale, con la definizione dell'istituto della **flessibilità contributiva** dei versamen-

ti obbligatori, che si affianca in termini di integrazione volontaria agli istituti già previsti di riscatto degli anni di laurea e specializzazione, di allineamento contributivo e di ricongiunzione, è stata data una ulteriore possibilità tecnica di costruirsi la pensione adeguando la contribuzione alle proprie esigenze previdenziali.

Ogni singolo contribuente al Fondo della Medicina Generale avrà la possibilità di richiedere alla propria Azienda un incremento del versamento contributivo obbligatorio a proprio carico, rinnovabile annualmente, che potrà arrivare sino a cinque punti percentuali dei compensi.

Questa opportunità configura uno strumento fruibile di costruzione attiva del

proprio trattamento di quiescenza sulla base delle autonome esigenze sempre più influenzate dalle variabilità dei profili professionali e contributivi.

Contribuisce a superare quella evidente rigidità di sistema che era il vincolo della definizione della aliquota di contribuzione solo in occasione del rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale.

In conclusione, lo scenario virtuoso definito dalle quattro parole chiave non è fondato su automatismi contabili, messi in atto da un sistema paternalistico, provvido e totipotente, ma sull'autonomo percorso di ogni iscritto fatto di consapevolezza delle proprie esigenze e di conoscenza specifica.

Appare indispensabile attraverso le tecniche di comunicazione suscitare una maggior disponibilità all'ascolto da parte degli iscritti, per impostare una relazione positiva e duratura con l'Ente che migliori le capacità di scelta e di orientamento.

Uno degli obiettivi strategici che la Fondazione Enpam si è data, oltre ad assicurare equilibri prospettici di sostenibilità ed equità tra generazioni subentranti in un sistema solidale, è quello di fornire i supporti tecnici e culturali perché ognuno possa maturare la propria idea di pensione adeguata e realizzarla con strumenti operativi appositamente istituiti. •

(*) Consigliere Enpam



Specializzandi, aliquota ridotta se iscritti alla Gestione separata

di Ernesto Del Sordo (*)

Acquisito il richiesto parere dei Ministeri vigilanti sulla problematica relativa all'aliquota applicabile ai medici in formazione specialistica iscritti alla Gestione Separata Inps, l'Istituto di previdenza pubblica ha ribadito definitivamente, con messaggio n° 4317/2009, che alla contribuzione di specie va applicata l'aliquota ridotta.

Si è così conclusa una lunga "querelle" che ha visto l'Inps tornare più volte sulle proprie determinazioni. L'art. 1, comma 300, lett. c) della Legge n. 266/2005 (Finanziaria 2006), sostituendo integralmente il comma 2 dell'art. 41 del D. Lgs. 368/1999, ha disposto, come è noto, che a decorrere dall'anno accademico 2006-2007, ai contratti di formazione specialistica si applicano le disposizioni di cui all'art. 2, comma 26 della Legge n. 335/1995, nonché le disposizioni di cui all'art. 45 della Legge n. 326/2003.

Una tappa del percorso per portare all'Enpam la contribuzione degli specializzandi

LA CONTRIBUZIONE DEI MEDICI IN FORMAZIONE SPECIALISTICA

Contributo 2006 10% entro il massimale di euro 85.478,00	Contributo 2007 16% entro il massimale di euro 87.188,00	Contributo 2008 17% entro il massimale di euro 88.669,00	Contributo 2009 17% entro il massimale di euro 91.507,00
--	--	--	--

Dopo messaggi anche di diverso contenuto l'Inps, con circolare n. 88 del 1° ottobre 2008, relativamente all'obbligo contributivo, aveva disposto che l'aliquota da applicare ai compensi percepiti dai medici in formazione specialistica fosse quella prevista per gli iscritti alla Gestione separata non coperti da altra tutela previdenziale e, quindi, l'aliquota intera.

Tale determinazione, assunta sulla base di una interpretazione della normativa di riferimento alquanto forzata, stava concretizzando un grave disagio economico agli specializzandi che vedevano significativamente decurtato il loro compenso sia per la maggior contribuzione richiesta e sia, soprattutto, per gli arretrati da versare. A fronte della disposta applicazione dell'aliquota intera gli interessati, perciò, hanno manifestato il loro forte dissenso che ha indotto l'Enpam a precisare e riferire ai Ministeri vigilanti che i medici specializzandi, in quanto iscritti alla "Quota A" del Fondo di

Previdenza Generale, godono di una tutela connotata da profili squisitamente previdenziali in quanto il Fondo assicura una prestazione pensionistica estesa, peraltro, anche alle situazioni di invalidità assoluta e permanente e di premorienza, oltre ad erogare l'indennità di maternità e provvidenze di tipo assistenziale.

L'intervento dell'Enpam, di cui si è fatto ancora una volta abile regista il Presidente Parodi, ha in un primo momento indotto il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, nelle more della riconosciuta necessità di esperire gli opportuni approfondimenti, ad invitare l'Inps ad utilizzare in via provvisoria l'aliquota ridotta.

Successivamente, lo stesso Ministero riesaminata la problematica ed acquisito il parere del Ministero dell'Economia e delle finanze si è definitivamente pronunciato nel senso che il medico in formazione specialistica non iscritto alla Cassa professionale deve versare la contribuzione

calcolata con aliquota piena, mentre quello iscritto all'Enpam deve versare i contributi con aliquota ridotta, come è previsto per tutte le altre categorie tenute alla contribuzione alla Gestione separata Inps. Il risultato raggiunto costituisce, comunque, solo una prima tappa del percorso intrapreso per portare all'Enpam la contribuzione degli specializzandi. Tale obiettivo passa, però, attraverso l'emanazione di un apposito iter legislativo.

A tal fine l'Enpam già si è fatto portavoce dell'attuale asistematicità della disposizione previdenziale recata dalla Legge n. 266/2005, evidenziando che ogni futuro percorso professionale porta il medico in formazione specialistica ad essere comunque assicurato presso la Cassa professionale che è l'unica quindi a garantire la piena valorizzazione ai fini pensionistici del flusso contributivo connesso ai compensi degli specializzandi. •

(*) Vice Direttore Generale Enpam

Continua la “battaglia” dei giovani medici

Una delegazione è stata ricevuta dal direttore generale del Miur e dal rappresentante del ministro dell'istruzione, università e ricerca. Oltre 8mila attendono di potersi cimentare nelle prove concorsuali. Richiesto l'intervento del ministero e del legislatore per modificare la normativa vigente

Centinaia di giovani camici bianchi provenienti da tutta Italia hanno dato vita lo scorso 5 marzo, ad un sit in davanti alla sede del Miur dell'Eur a Roma. La manifestazione, indetta dal Comitato nazionale aspiranti specializzandi col sostegno del Segretariato italiano giovani medici (Sigm), ha preso le mosse a seguito del ritardo registrato nell'indizione delle procedure concorsuali per l'accesso alle scuole di specializzazione di area sanitaria. Più di 8mila giovani medici, infatti, attendono invano dallo scorso mese di novembre di potersi cimentare nelle prove concorsuali che aprirebbero loro le porte delle scuole di specializzazione. Il Diploma di specializzazione è requisito essenziale per l'accesso al ruolo di dirigente medico e, dunque, il

ritardo nell'accesso alla formazione implica un eguale ritardo nell'accesso al mondo del lavoro.

“Abbiamo rappresentato le richieste dei colleghi aspiranti specializzandi. Abbiamo ottenuto rassicurazioni sulla pubblicazione dei bandi entro la prima decade di aprile – ha affermato Maria Elisa Di Cicco, coordinatrice nazionale del Comitato –. Pur mantenendo una posizione di forte perplessità in merito all'applicazione degli accorpamenti delle scuole di specializzazione per il corren-

te anno accademico, a causa degli ulteriori disservizi che questa arrecherebbe ai colleghi, registriamo l'apertura del Miur a limitare l'entità della razionalizzazione, in funzione delle specificità regionali. Lanciamo un appello al ministro affinché queste dichiarazioni si traducano in atti concreti ed alle regioni affinché non ostacolino ulteriormente l'iter”.

Agli aspiranti specializzandi fa eco il Segretariato italiano giovani medici che per bocca del presidente nazionale, Walter Mazzuc-

co, denuncia “lo stato di ritardo patologico relativo all'indizione delle procedure concorsuali di cui ne hanno fatto le spese i neo-laureati in medicina e chirurgia degli ultimi cinque anni. Proporremo ai colleghi interessati da tali disservizi di rivolgersi alla Commissione Europea al fine di attivare la Corte di Giustizia Europea a tutela del diritto all'accesso alla formazione specialistica, e conseguentemente al mondo del lavoro, che è stato negato a cinque generazioni di giovani medici – ha affermato Mazzucco –. Chiediamo inoltre l'autorevole intervento del ministro Gelmini e del Legislatore al fine della regolarizzazione del concorso per l'accesso alle scuole di specializzazione, attraverso cioè un'opportuna modifica della normativa vigente, che dovrebbe essere corretta in funzione di scadenze rispettabili”. •

**Regolarizzazione
del concorso
per l'accesso
alle scuole
di specializzazione**



Contributo "Quota A" e domiciliazione bancaria

di Vittorio Pulci (*)

Nel corso del mese di aprile, tutti gli iscritti al Fondo di previdenza generale tennisti a corrispondere il contributo "Quota A", riceveranno il bollettino per il relativo pagamento, trasmesso da Equitalia Esatri spa. Fra le diverse modalità di versamento messe a disposizione degli iscritti si evidenzia la possibilità di attivare la cosiddetta **domiciliazione bancaria** (addebito permanente in conto corrente bancario). Con tale servizio è possibile ottemperare agli obblighi contributivi relativi alla "Quota A" in modo semplice, automatico e, soprattutto, senza doversi recare, ad ogni scadenza di rata, presso gli Istituti di credito o le agenzie postali.

Con la domiciliazione bancaria (procedura RID), infatti, il pagamento delle somme dovute è effettuato automaticamente l'ultimo giorno utile per il versamento di ciascuna rata (o alla scadenza della prima rata, in caso opzione per il pagamento in unica soluzione) mediante addebito diretto sul conto corrente comunicato a tal fine dall'iscritto.

Il servizio offerto, quindi,

è del tutto analogo a quello previsto in caso di domiciliazione del pagamento delle utenze domestiche (luce, gas, telefono etc.). La comodità di tale modalità di corresponsione del contributo è già stata sperimentata dagli oltre 100mila iscritti che hanno attivato la suddetta procedura RID.

Per poter usufruire del servizio in esame è sufficiente compilare l'apposito modulo di adesione – spedito unitamente 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.

Le adesioni, inoltre, possono essere effettuate tramite Internet sul portale www.taxtel.it o mediante i diversi canali telematici indicati su tale sito e nelle istruzioni allegate ai bollettini di pagamento (RAV).

Per il servizio offerto, la commissione richiesta da Equitalia Esatri S.p.A. è di euro 2,07 per addebito.

Le domande di attivazione della domiciliazione bancaria relative al contributo "Quota A" posto in riscossione nel corrente anno devono necessariamente pervenire entro il 31 maggio. Tutte le richieste di adesione presentate entro tale data determinano l'addebito in conto corrente dell'intero importo

dovuto, secondo le modalità di pagamento prescelte (unica soluzione o pagamento rateale). In tale caso, pertanto, l'iscritto non dovrà in alcun caso procedere al pagamento diretto della rata già scaduta il 30 aprile.

Il pagamento del contributo mediante il servizio RID, ai fini della deducibilità fiscale, 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.

È evidente, infine, che l'attivazione della domiciliazione di pagamento mediante addebito permanente in conto corrente bancario consente di evitare i possibili disagi connessi al mancato ricevimento o allo smarrimento dei bollettini RAV. Infatti, anche in

NUOVO SERVIZIO PER GLI ISCRITTI REGISTRATI AL PORTALE WWW.ENPAM.IT

Da quest'anno la Fondazione Enpam offre ai propri iscritti un nuovo servizio utile in caso di mancato ricevimento o smarrimento del bollettino RAV per il pagamento del contributo dovuto alla "Quota A" del Fondo di Previdenza Generale.

In prossimità della scadenza del versamento della prima rata (30 aprile 2009), infatti, gli utenti registrati presso il portale www.enpam.it **potranno reperire direttamente un duplicato del bollettino RAV, accedendo all'Area riservata del sito della Fondazione**, invece di dover contattare Equitalia Esatri S.p.A.

In questo caso il pagamento potrà essere effettuato esclusivamente presso gli Istituti di Credito.

tali evenienze, alle scadenze di rata viene effettuato l'addebito di quanto dovuto e la documentazione del pagamento, utile ai fini fiscali, è trasmessa al domicilio dell'iscritto a cura di Equitalia Esatri S.p.A. Si ricorda, infine, che oltre alle ordinarie modalità di pagamento dei bollettini RAV (presso le agenzie postali e gli istituti di credito) Equitalia Esatri S.p.A. offre le seguenti possibilità di versamento del contributo:

- pagamento con di carta credito (Servizio Taxtel, circuiti abilitati: Moneta, Visa, Mastercard, American Express, Diners e Aura) via Internet sul portale www.taxtel.it, ovvero mediante i diversi canali telematici indicati su tale sito e nelle istruzioni allegate ai bollettini. L'importo massimo consentito per ciascuna operazione è di euro 500,00 ed il costo del servizio è pari al 1% dell'importo pagato;
- pagamento mediante

Bancomat presso tutti gli sportelli Bancomat di Intesa Sanpaolo (funzione Bonifici/Pagamenti) indicando il numero di RAV;

- tramite Internet Banking di Intesa Sanpaolo, Banca Mediolanum, IW Bank e Banca Sara (per coloro che ne sono correntisti);
- presso le ricevitorie Sisal abilitate ai servizi di riscossione utilizzando i bollettini RAV allegati che riportano sul retro il codice da utilizzare per il pagamento delle singole ra-

te o del totale, al costo di euro 1,55 per pagamento;

- presso gli sportelli dell'Agente della Riscossione Equitalia Esatri S.p.A. nella provincia di Milano, senza alcun costo aggiuntivo.

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). •

(*) *Dirigente Enpam*

Visita il sito dell'ENPAM

giornale

www.enpam.it

cerca nel sito

cerca

la fondazione

regolamenti

giornale

previdenza

partecipazioni

contribuzioni

comunicazioni

affiliazioni

servizi

Giornale

ENPAM/ giornale

IN PRIMO PIANO

Accedi alle NOTIZIE

- Specializzandi: conferma posizione dell'Enpam. I versamenti alla gis separata dell'Inps di essere effettuati con aliquota ridotta
- Fondo Generale "Quota A": contributi obbligatori per il ruolo 2008
- L'Enpam fa proprio il dlgs 231/2001 e vara il codice etico

Gli obiettivi (tanti) delle mogli dei medici

Dal '70 sono riunite in un'associazione che tra i diversi obiettivi ha quello di fornire una corretta informazione su temi di attualità scientifica e socio-sanitaria

L'Ammi (Associazione mogli dei medici italiani) è un'associazione no profit costituita dalle mogli e dalle vedove dei medici e dei laureati in odontoiatria. L'Ammi nasce nel 1970 a Mantova e la sua finalità consiste nel promuovere l'identità dell'associata, sia in riferimento alla sua particolare prossimità all'ambito sanitario, che alla sua vocazione, aprendola

sempre più a nuovi orizzonti a livello culturale, sociale, umanitario, etico ed operativo.

Oggi l'Associazione persegue, con molteplici e sempre più qualificate iniziative, gli scopi statutari e, attenta alle problematiche che la società odierna pone, opera attivamente per una educazione sanitaria ed una corretta divulgazione della medicina preventiva in favore

della popolazione, sempre in stretta collaborazione con la classe medica. In questa ottica ogni anno organizza un Seminario nazionale su argomenti di rilevante interesse scientifico.

L'Ammi ha una sua organizzazione interna fondata su uno Statuto ed un Regolamento che prevedono un Direttivo nazionale ed un Direttivo per ciascuna Sezione. Le cariche nazionali

e di Sezione si rinnovano ogni tre anni. L'Associazione pubblica il proprio organo di informazione, "Il giornale dell'Ammi".

Grazie alla solidarietà delle socie, l'Ammi interviene con aiuti concreti, donando strumentazioni ospedaliere e attrezzature ambulatoriali, e organizzando missioni umanitarie di medici e mogli di medici laddove si sono verificate calamità naturali, in Italia ed all'estero.

Nel 2005 il ministero della Salute ha chiesto all'Ammi di far parte della "Commissione Salute Donna". L'Associazione è sempre disposta a collaborare all'organizzazione di attività che promuovono iniziative di prevenzione socio-sanitaria rivolte alla donna e all'infanzia. Nel rispetto dell'indirizzo statutario, l'Associazione persegue la finalità di fornire una concreta informazione su temi di attualità scientifica e socio-sanitaria, tramite seminari rivolti alle socie e con incontri, tenuti in collaborazione con la classe medica, rivolti alle scuole e alla popolazione. L'Ammi, inoltre, promuove contatti con altre associazioni che perseguono scopi analoghi; si fa portavoce di notizie previdenziali ed assistenziali di categoria, rivolte sia alle socie che ai medici. Ogni Sezione risponde alle esigenze sociali e sanitarie dei rispettivi territori, organizzando incontri specifici. •

Informazioni:

Angela Grasso, Responsabile Commissione Previdenza, www.ammitalia.it



Da sinistra: Caterina Novi, Alba Maspero, Mariangela Iofrida, Angela Grasso, Francesca Ieva, Mariella Mantovani, Graziella Coli, Rosanna Mastrangelo

Specializzande e maternità, il ministero chiarisce

di Marco Perelli Ercolini (*)

In risposta alle richieste dell'Università di Padova, la Direzione generale per l'attività ispettiva del Ministero del Lavoro (interpello numero 64 del 23 dicembre 2008) dà chiarimenti circa l'applicazione delle disposizioni legislative a tutela e sostegno della maternità e della paternità per le donne medico con contratto di formazione specialistica.

Mentre non vi sono dubbi in ordine all'applicabilità del congedo per maternità (astensione obbligatoria), che sul piano della formazione specialistica si

traduce in una sospensione della stessa con obbligo di recupero, una questione interpretativa si pone invece nei casi di congedo parentale se fruito in modo frazionato con una pluralità di periodi inferiori ai quaranta giorni, comportando un accumulo di debiti formativi non recuperabili, e pertanto tali da non consentire l'ammissione all'anno successivo. Anche gli istituti relativi ai riposi giornalieri e al congedo per la malattia del figlio (artt. 39 e 47 del D.Lgs. n. 151/2001) pongono interrogativi in ordine all'applicazione del contratto di formazione specialistica.

Nell'interpello tuttavia si fa presente come in considerazione dello scopo precipuo ed esclusivo cui è preordinato il contratto, stante l'importanza dell'attività formativa in special modo in un settore come quello della medicina che coinvolge un interesse di rilievo costituzionale come quello della salute, ferma restando l'applicabilità dell'istituto di cui all'art. 32 del D. Lgs. n. 151/2001, le finalità formative dello stesso so-

no compiutamente salvaguardate nelle ipotesi in cui tali assenze siano fruiti per periodi non inferiori ai quaranta giorni lavorativi consecutivi, in quanto solo in detti casi la norma prevede la sospensione della formazione con possibilità del recupero delle assenze da parte del medico. In altre parole le assenze per la malattia del figlio, i riposi giornalieri e il congedo parentale per periodi continuativi inferiori ai quaranta giorni se nella somma totale superano i 40 giorni vanno ad incidere negativamente sui debiti formativi. Infatti la normativa per i medici in formazione specialistica prevede che solo in caso di assenza continuativa superiore ai 40 giorni per maternità, malattia e servizio militare è possibile il recupero.

Viene inoltre chiarito che, circa il divieto di adibire al lavoro le donne dalle ore 24 alle ore 6 dall'accertamento dello stato di gravidanza fino al compimento di un anno di età del bam-

bino, per la lavoratrice specializzanda (la quale, nello svolgimento dell'attività formativa, potrebbe anche essere chiamata all'espletamento di guardie mediche notturne) non vengano si ravvisati ostacoli per escludere queste lavoratrici dalla tutela prevista dalla disposizione.

Circa il trattamento economico poiché la disciplina approntata per i medici in formazione specialistica (D. Lgs. n. 368/1999) è connotata da "specialità" rispetto a quella prevista per la generalità dei lavoratori, in quanto specificamente destinata, per volontà legislativa, a regolamentare in modo differenziato il trattamento economico spettante al medico in formazione durante il periodo di assenza dal lavoro per maternità, viene specificato che alla dottoressa competerà durante l'intero periodo di sospensione della formazione determinata da maternità esclusivamente la parte fissa del trattamento economico.

Certamente le problematiche sopra esposte, ora evidenziatesi nel periodo applicativo, meritano approfondimenti e sarebbe auspicabile una revisione della specifica normativa onde non vengano meno gli istituti di tutela della maternità e paternità per non incidere con debiti formativi non recuperabili e pertanto tali da non consentire l'ammissione del medico all'anno successivo. •

(*) Consigliere Enpam



**Alla dottoressa
in formazione
assente per maternità
competerà la parte
fissa del trattamento
economico**



Il dott. Ernesto Greco

Ernesto Greco, specialista in Cardiocirurgia - Università "La Sapienza" di Roma. Esperienza clinica nel campo delle Tecniche Mini-Invasive sulla valvola Mitrale maturata presso L'Università di Barcellona e presso la Policlinica di San Sebastian (Spagna). Responsabile dell'Unità di Cardiocirurgia Villa Maria Pia Hospital a Torino. Autore di Lavori scientifici e conferenze internazionali nel campo della Video-Assistenza applicata alla chirurgia della Valvola Mitrale

Cardiocirurgia con micro accesso per la valvola mitrale

di Carlo Ciocci

Parlamo dei progressi nella chirurgia valvolare cardiaca con tecnica video assistita ed endoscopica?

Nell'ambito del lungo percorso che ha portato la chirurgia mini invasiva nel campo della cardiocirurgia, l'ausilio delle tecniche video-assistite rappresenta senz'altro un punto di

arrivo di notevole interesse. La tecnologia adattata alla visione endoscopica di altissima definizione (fig. 1) e con ottiche di angolazione diversa permette una riduzione dell'incisione chirurgica sempre maggiore anche in un campo così delicato come la chirurgia del cuore. La tecnica Port Access per il trattamento della patologia mitrale e tricuspide,

che si avvale della video assistenza, prevede una micro-incisione di 4 centimetri come accesso principale ed un cambio radicale nella organizzazione della circolazione extratoracica, e dell'arresto del cuore che si avvale di un sistema sofisticato per l'occlusione dell'aorta dall'interno (Endoclamp). La ri-

duzione dell'incisione chirurgica, ma soprattutto l'eliminazione della frattura sternale (sternotomia) come accesso principale al cuore (fig. 2), permette una serie di vantaggi clinici in pazienti ad alto rischio, come gli anziani, i pazienti con patologia polmonare o i re-interventi cardiaci; e vantaggi psico-sociali in altri soggetti come le giovani donne, o pazienti con necessità di un rapido ritorno all'attività lavorativa o nelle indicazioni precoci in genere.

In quali pazienti è indicata questo tipo di chirurgia?

Tutti i pazienti affetti da patologia della valvola mitrale o tricuspide che richiedano una riparazione o sostituzione della valvola possono essere candidati alla chirurgia mediante micro-accesso e tecnica video-assistita. Nei pazienti giovani con indicazione clinica precoce questa rappresenta un'opzione desiderabile dal punto di vista psicologico e per un rapido ritorno ad una vita normale; in quelli con patologia più avanzata essa permette una riduzione di alcune delle complicanze della cardiocirurgia e specialmente nei pazienti già operati al cuore semplifica enormemente l'intervento riducendone i rischi.

Quali sono le peculiarità e difficoltà nell'esecuzione di queste tecniche e



Fig. 1

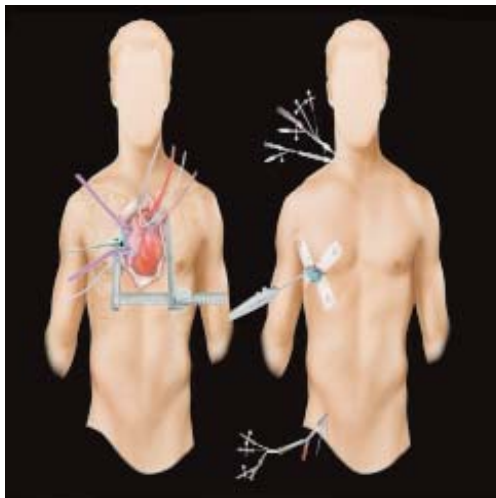


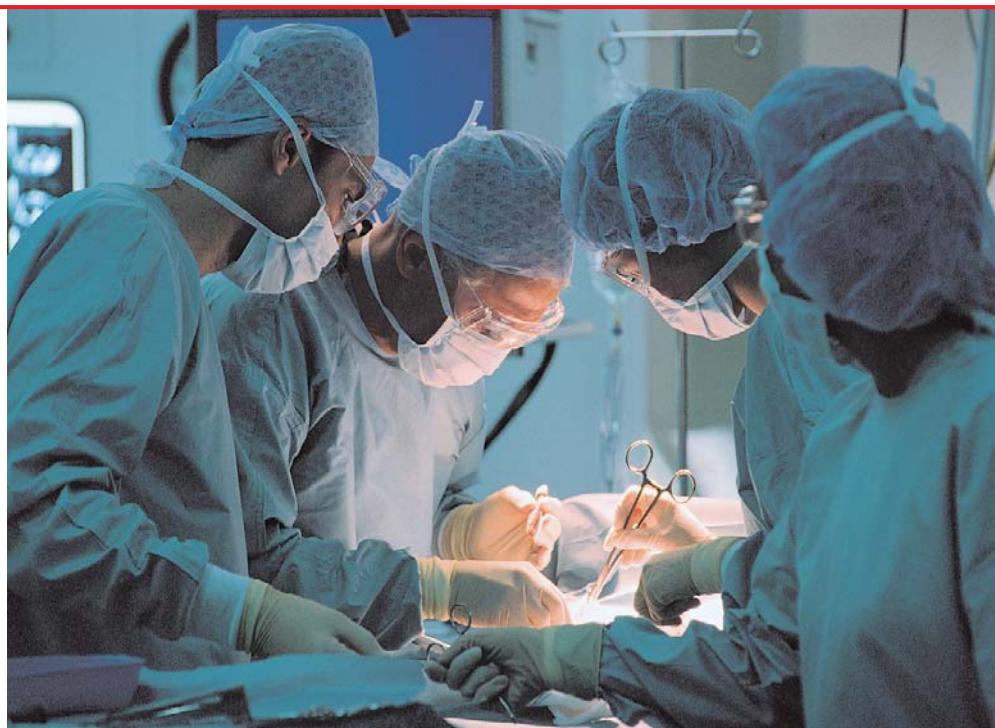
Fig. 2

Cardiologia in grado di offrire una riduzione considerevole della morbidità e delle complicanze post-operatorie

**perché non sono ancora
così diffuse?**

L'esecuzione di interventi cardio-chirurgici anche complessi attraverso micro incisione richiede un'esperienza ed una competenza particolare. Soprattutto la variazione rispetto a quella che è l'organizzazione dell'intervento riguardo alla circolazione extracorporea, all'uso dell'ecografia intraoperatoria e di strumenti chirurgici ad hoc rappresenta una evoluzione rispetto alla chirurgia tradizionale a sterno aperto alla quale è necessario prepararsi. L'esecuzione video-guidata dell'intervento, la sua realizzazione cioè mediante la visione in uno schermo di alta risoluzione e ingrandimento, richiede un ri-assessment dei gesti chirurgici soprattutto per la visione bi-dimensionale, la mancanza di profondità di campo e la modifica del feed-back tattile rispetto al passato.

L'ausilio della visione video permette tuttavia una più accurata analisi della struttura intra-cardiaca e soprattutto una partecipazione collettiva del team chirurgico all'intervento aumentandone la qualità



di realizzazione. Senza la video assistenza una reale riduzione al minimo dell'accesso chirurgico non sarebbe sicuramente possibile.

Esiste molta esperienza in questo specifico ambito?

La chirurgia mini-invasiva sulla valvola mitrale si sviluppa a partire dalla fine degli anni Novanta come risposta all'esigenza da parte dei pazienti e degli operatori di una cardiologia moderna in grado di offrire una riduzione considerevole della morbidità e delle complicanze post-operatorie.

Essa ha permesso in misura variabile e riproducendo risultati clinici a breve e lungo termine ugualmente soddisfacenti, una serie di benefici per il paziente: la riduzione dei rischi di sanguinamento, di infezione, di necessità di

trasfusione nei soggetti operati di chirurgia valvolare oltre a permettere una riduzione dei tempi di degenza e dei tempi di recupero post-operatorio in generale. Differenti tecniche e tecnologie sono state sviluppate in questo senso sia in termini di ricerca dell'accesso chirurgico più adeguato sia di identificazione di strumenti chirurgici efficaci. Dalla visione diretta attraverso incisioni ridotte si è passati alla chirurgia video-guidata attraverso micro accessi, fino ad utilizzare addirittura sistemi di robotica e di tele manipolazione.

Quale percorso formativo segue il medico che intende dedicarsi a questa chirurgia?

La chirurgia mini-invasiva, e soprattutto quella che utilizza metodiche di video-

assistenza, rappresenta sicuramente uno step avanzato nel processo formativo del giovane cardiocirurgo. La conoscenza di tecniche basilari di sostituzione e riparazione della valvola mitrale, di nozioni di ecografia intraoperatoria e di gestualità chirurgica video-guidata, rappresentano un bagaglio indispensabile per un approccio serio a questa chirurgia. Esistono in Italia ed in Europa centri, come il nostro a Villa Maria Pia Hospital di Torino, che si dedicano particolarmente alla chirurgia video assistita della valvola mitrale attraverso micro-accesso e che rappresentano un punto di riferimento anche in previsione di un eventuale training chirurgico avanzato sia mediante la frequenza diretta della struttura sia grazie a workshop formativi di tipo pratico. •

professor Guido Valesini



Professore ordinario di reumatologia presso l'Università Sapienza di Roma, ricopre qui anche la carica di direttore della Scuola di specializzazione di reumatologia e del Dipartimento clinica e terapia medica. Presso il Policlinico Umberto I di Roma guida il DAI medicina interna, terapia medica, geriatria e medicina riabilitativa

Artrite reumatoide, diagnosi e cura

Colpisce in maggioranza le donne, che costituiscono circa il 75 per cento del totale dei pazienti.

Il ritardo nella diagnosi può raggiungere i due anni.

I farmaci biologici e il problema del costo. I tanti aspetti di una malattia che affligge, solo in Italia, 300 mila persone

di Claudia Furlanetto

L'artrite reumatoide colpisce oggi, nel mondo, circa 10 milioni di persone. In Italia sono circa 300 mila i malati. Nonostante l'età di insorgenza si collochi tra i 30 e i 50 anni, può colpire anche i bambini molto piccoli. Le donne, circa il 75 per cento del totale dei pazienti, presentano una sintomatologia peggiore rispetto agli individui di sesso maschile: dolore più acuto e più articolazioni compromesse.

Una patologia dai costi personali e sociali estremamente elevati, soprattutto se non prontamente e adeguatamente curata. Ne abbiamo parlato con il professor Guido Valesini, Ordinario di Reumatologia della Sapienza, Università di Roma.

I risultati dello studio Quest-Ra (*Quantitative Standard Monitoring of Patients with Rheumatoid Arthritis*)(1), pubblicati ultimamente sulla rivista *Arthritis Research and Therapy*, hanno nuovamente sottolineato come siano le donne le più colpite e con sintomi peggiori. Ce ne può spiegare il motivo?

L'artrite reumatoide è una malattia autoimmune causata da una errnea risposta del sistema immunitario e come tutte le patologie di questo tipo è più frequente nelle donne perché il loro sistema immunitario è diverso, in quanto predisposto ad affrontare un evento immunologico peculiare come quello della gravidanza, che è un vero e proprio trapianto allogenico. La diversa capacità di risposta del sistema immunitario rende la donna più vulnerabile.

Il Rapporto sociale sull'artrite reumatoide – elaborato da Società Italiana di Reumatologia (SIR), Associazione nazionale malati reumatici (ANMAR) e Censis – ha evidenziato un ritardo nella diagnosi di circa due anni. Quali sono i motivi?

Il ritardo è legato al fatto che lo specialista reumatologo non sempre viene considerato l'interlocutore di prima scelta per questi problemi. A volte il medico di medicina generale inizia il trattamento della sintomatologia dolorosa delle artriti in attesa di perfezionare meglio la diagnosi. In altri casi il paziente viene inviato ad uno specialista diverso dal reumatologo che non è esperto dell'uso di terapie con farmaci capaci di modificare il decorso della malattia. È un problema grave perché dia-

gnosi precoce vuol dire, prima di tutto, terapia precoce e quindi possibilità di evitare la disabilità o le lesioni permanenti che rappresentano un danno per la salute ed un costo elevato per il Sistema sanitario nazionale.

Che cosa si sta facendo per migliorare la situazione italiana?

Già molto è cambiato. Dieci anni fa la consapevolezza delle competenze del reumatologo da parte della medicina generale era minore rispetto ad oggi con un ritardo nella diagnosi ancora più marcato. La Società Italiana di Reumatologia ha avuto un compito molto importante ed efficace per il miglioramento della visibilità dei reumatologi favorendo la costruzione di strutture di riferimento. Molti centri reumatologici hanno istituito le



(1) Sokka T, Toloza S, Cutolo M et al. Women, men, and rheumatoid arthritis: analyses of disease activity, disease characteristics, and treatments in the QUEST-RA Study. *Arthritis Research and Therapy* 2009; 11: R. Full text: <http://arthritis-research.com/content/11/1/R7>

Early Arthritis Clinics deputate a trattare precocemente i malati. Queste strutture hanno spesso un rapporto diretto con i medici di medicina generale e rappresentano un canale preferenziale per una rapida consultazione. Questo tipo di ambulatori dedicati sono presenti ormai in molte città d'Italia e quindi il ritardato invio del paziente dallo specialista si sta ridimensionando. Sono sicuro che in breve saremo allo stesso livello degli altri paesi europei.

Per quanto riguarda la terapia?

L'artrite reumatoide si cura con i farmaci DMARDs (*Disease-Modifying Anti rheumatic Drugs*) che nel 70 per cento dei casi sono in grado di controllare la malattia, di impedirne l'evoluzione e quindi di evitare

l'insorgenza dell'invalidità permanente. Nel restante 30 per cento, quando la terapia standard non è efficace, si impiegano i farmaci biologici. Tra questi, quelli più noti, perché utilizzati da più tempo, sono gli anti TNF-alfa.

Ne esistono tre formulazioni che, pur avendo per bersaglio la stessa molecola infiammatoria, TNF-alfa, non sono equivalenti. Differiscono infatti sia nella cinetica di assorbimento sia nel meccanismo di azione. Due di questi sono anticorpi monoclonali, in un caso un monoclonale umano, in un caso chimerico, mentre il terzo farmaco è una proteina di fusione con la stessa struttura molecolare del recettore umano per il TNF.

Da qualche tempo sono poi a disposizione altri farma-

ci biologici con target diversi: non più il TNF-alfa, ma i linfociti B, le molecole costimolatorie o la Interleuchina-6.

E la tollerabilità?

Il profilo è buono. Pur essendo farmaci immunosoppressori, quindi che presentano eventi avversi - come la possibilità di indurre maggiore frequenza di infezioni e maggiore rischio di neoplasie -, nella pratica si è dimostrato che essi hanno un rapporto rischio beneficio molto vantaggioso. La somministrazione di questi farmaci è sempre giustificata qualora i criteri di prescrivibilità siano soddisfatti.

Ci sono quindi pazienti trattati nel lungo periodo?

Abbiamo gruppi di pazienti in terapia con anti TNF-alfa ormai da dieci anni.

Esistono degli indicatori predittivi dell'efficacia della terapia con biologici?

Ad oggi non abbiamo nessun marcatore biologico che ci possa predire con certezza se un paziente risponderà o meno al farmaco biologico o se risponderà ad uno invece che all'altro.

In questo campo la ricerca è molto attiva, con la speranza di poter arrivare a fare questa previsione nel più breve tempo possibile, sia perché i farmaci possono presentare eventi avversi sia per il loro costo. In questo modo si eviterebbe anche il tempo di osservazione di due o tre mesi necessario per valutare la risposta del paziente al farmaco.

Il costo di questi farmaci ha creato più di qualche

querelle, non ultimo il richiamo della SIR che stigmatizzava l'uso inappropriato dei farmaci biologici per malattie reumatiche da parte di alcune Aziende sanitarie pubbliche. Lei che cosa ne pensa?

I farmaci biologici sono certamente molto costosi ma è altrettanto vero che è la malattia stessa ad esserlo, sia in termini di costi diretti sia in termini di costi intangibili, cioè derivati: invalidità, assistenza del paziente, perdita del lavoro. Facendo un bilancio il costo del farmaco è sicuramente più basso di quello che si pagherebbe per lo stesso paziente una volta insorta l'invalidità.

E per quanto riguarda le linee guida e le raccomandazioni?

Esistono sia linee guida che raccomandazioni elaborate su scala europea ed italiana. Alcuni anni fa la SIR ha pubblicato delle raccomandazioni su come utilizzare i farmaci biologici nell'artrite reumatoide e oggi lo stesso gruppo di esperti sta producendo un aggiornamento. Queste raccomandazioni sono state particolarmente utili perché, proprio in quelle regioni in cui si cercava di fare economia non utilizzando i farmaci biologici o impiegandoli in misura inferiore, la presenza di linee guida - e quindi la garanzia di una appropriatezza prescrittiva che si basa su una valenza scientifica riconosciuta - è stato un argomento valido per convincere chi deve investire economicamente per l'acquisto dei farmaci. •

© Charles Gomersall, April 2007
(disponibile all'indirizzo:
www.aic.cuhk.edu.hk/web8/rheumatoid_arthritis.htm)





Dott.ssa Maria Grazia Modena

Maria Grazia Modena, Direttore della Cattedra di Cardiologia del Policlinico di Modena, la prima Presidente donna della Società Italiana di Cardiologia dal Gennaio 2005 al Dicembre 2006. È autrice di circa 250 pubblicazioni a stampa di cui 91 su riviste internazionali e ha creato nel 1996 a Modena il Centro Benessere Donna dedicato alla diagnosi, cura e prevenzione delle principali patologie associate alla postmenopausa

Campagna "Prenditi a cuore", prevenzione per le over 40

Per troppo tempo la Comunità scientifica ha percepito la salute delle donne con un approccio "a bikini", sensibile alle patologie della mammella e dell'apparato femminile.

Eppure la mortalità cardiovascolare nelle donne è, rispetto ai tumori, più alta che negli uomini

di Andrea Sermonti

Come nasce e di cosa si occupa la Medicina di genere?

Quello di "medicina di genere" è un concetto relativamente recente in cui non si parla soltanto di malattie legate al sesso ma significa piuttosto interpretare le malattie in base al sociale e al rapporto della donna con l'ambiente che la circonda. Quando si parla di "genere" non si intendono solamente le differenze basate sulle diversità biologiche, ma anche quelle dovute alle influenze ambientali intese nel senso più ampio possibile, cultura, ruolo sociale, aspetti psicologici. La medicina di genere permette di segnalare le differenze di assimilazione e di risposta dell'organismo

femminile rispetto a quello maschile. Queste differenze vanno studiate sia per i potenziali rischi ma anche per i benefici diversi che si possono rilevare tra i generi. E' sorta quindi la necessità di una medicina che tenga conto delle fisiologiche differenze tra uomini e donne sia nella teoria che nella pratica clinica. L'ampliamento delle problematiche di genere a molti campi della medicina permetterà di fare molti passi avanti indispensabili per considerare il genere come parametro fondamentale negli studi clinici, così da garantire la messa a punto di una salute a misura di donna.

Quando è nato il Centro "BenEssere" di Modena e di cosa si occupa?

Il Centro è nato nel 1996

dopo una mia visita negli Stati Uniti dove già esisteva una *women clinic*, una clinica per le donne. A seguito di quel viaggio pensai di istituire una struttura simile anche nel nostro Paese dove ancora non esisteva. Quindi mi diedi da fare per dar vita ad una clinica che si occupasse della donna e dei problemi legati alla post-menopausa. Fino a che non si raggiunge questa fase, infatti, il sesso femminile è immune da certi problemi che invece con il passare

Oggi assistiamo ancora a circa 120mila morti a causa delle malattie cardiovascolari

degli anni comportano un grave rischio per la salute. Mi riferisco a problemi quali ipertensione, diabete, disturbi endocrinologici, depressione, aumento di peso a cui la donna va spesso incontro e che può creare seri disturbi anche a livello psicologico. Dal 1996 il Centro ha riscosso un grande successo e già 3.500 donne si sono sottoposte a visite presso i nostri ambulatori.

Si è ormai arrivati al terzo anno della "Maratona di genere". In che cosa consiste?

Siamo arrivati al terzo anno di questa "Maratona di genere" che ha avuto il suo esordio a Roma con un congresso nazionale, è continuata l'anno successivo a Modena a livello locale e verrà riproposta sempre a Modena anche quest'anno ma nuovamente a livello nazionale. Si tratta di una "camminata" intorno alle patologie principali che affliggono la donna durante la menopausa. Durante questa giornata i principali esperti in materia si interfacceranno sul "pianeta donna", dalla prima età fino alla menopausa. Oltre alle patologie si analizzerà anche il ruolo delle donne nelle aziende e nelle fabbriche, dei colletti bianchi e dei colletti blu, il problema della donna in un nuovo contesto di lavoro che sicuramente la espone a rischi diversi. Si parlerà di una donna più occupata e stressata rispetto al passato, che va quindi incontro

a numerosi fattori di rischio cardiovascolare.

Il panorama globale della “salute del cuore” è piuttosto complesso. Come è messo il nostro Paese in materia soprattutto di prevenzione, sia primaria che secondaria?

Purtroppo il nostro Paese è tristemente indietro rispetto al resto d'Europa e oggi assistiamo ancora a circa 120mila morti a causa delle malattie cardiovascolari. La sottostimata importanza di queste patologie è da considerarsi il maggior rischio di morbidità e mortalità fra le donne. Nonostante ci siano differenze legate al fatto che la donna abbia delle coronarie e dei vasi più piccoli rispetto all'uomo, se si arriva in tempo utile dal medico sicuramente ci sono ottime probabilità di sopravvivere e curarsi in modo adeguato. Purtroppo per troppo tempo la comunità scientifica così come i medici e le donne stesse hanno percepito la salute della donna con un approccio a “bikini”, ossia un approccio alla salute caratterizzato da una maggior sensibilità per le patologie della mammella e dell'apparato genitale e da una sostanziale disattenzione per la patologia coronarica. Ma la mortalità cardiovascolare nella donna è circa doppia rispetto alla mortalità di tutti i tumori e rappresenta, ancor più che nell'uomo, la prima causa di morte e disabilità. •

“PRENDITI A CUORE” SCREENING GRATUITO PER 200 DONNE

Le malattie cardiovascolari sono comunemente percepite come un disturbo essenzialmente maschile che colpisce in tarda età. In realtà si tratta di una tra le principali cause di mortalità anche per la donna: sono in Europa il killer principale del gentil sesso, responsabili del 40% di tutte le morti, il doppio di quelle causate da tutti i tumori combinati tra loro). Le cardiopatie sono in aumento e rappresentano ormai la principale causa di morte anche per il sesso femminile: in Italia l'infarto del miocardio uccide 33.000 donne l'anno – il triplo dei decessi causati dal tumore della mammella. Negli Stati Uniti muoiono più donne che uomini per malattie cardiovascolari, eppure si tende ancora a considerare tale condizione specifica del sesso maschile. Perché? Ciò è dovuto principalmente al fatto che negli uomini i fattori di rischio cardiovascolare possono comparire già intorno ai 30 anni, con un picco di criticità compreso tra i 40 e i 70 anni. Nella donna, invece, grazie alla protezione dello scudo ormonale, la fase critica si presenta più tardi. Per queste ragioni esiste una maggiore probabilità che nelle donne la sintomatologia cardiopatica sia sottovalutata e che non venga effettuata un'analisi più approfondita per individuare anche quelle manifestazioni di rischio molto spesso non facilmente riconoscibili. Il messaggio è: prevenire avendo cura e monitorando costantemente lo stile di vita prima che lo scudo ormonale smetta di proteggere la donna, controllando regolarmente i livelli di colesterolo, trigliceridi, glicemia e la pressione arteriosa. Per incentivare le donne ad avere una maggiore consapevolezza nei confronti del proprio benessere, l'8 Marzo è partita la campagna “Prenditi a cuore”, grazie alla quale le prime 200 donne che si prenotano potranno effettuare uno screening gratuito presso il “Centro Benessere Donna” del Policlinico di Modena, telefonando allo 059/4224297 dal martedì al venerdì dalle 8 alle 13.

LE DIECI REGOLE DA NON DIMENTICARE MAI, SOPRATTUTTO IN MENOPAUSA

- 1 – Controllare il peso e fare attenzione alla “pancia” (il grasso che si annida sulla pancia è un grasso cattivo e prende il posto del grasso “poco estetico ma buono” che prima si depositava su fianchi e glutei)
- 2 – Avere un'alimentazione equilibrata, ricca in fibre e povera di grassi animali
- 3 – Controllare la pressione
- 4 – Controllare almeno una volta all'anno la glicemia
- 5 – Controllare almeno una volta all'anno il colesterolo
- 6 – Non fumare
- 7 – Camminare a passo veloce 30 minuti al giorno per tre volte a settimana (Questo assicura una riduzione della glicemia, della pressione arteriosa, del colesterolo; aiuta a controllare il peso e migliora l'umore)
- 8 – Fare almeno un test di base per la diagnosi precoce dell'osteoporosi
- 9 – Rivolgersi al proprio medico per tutti i possibili problemi correlati a questa particolare fase della vita
- 10 – Rivolgersi al proprio medico per farsi indicare uno specialista in caso di comparsa di sintomi imputabili ad ansia e depressione

Il punto su di una patologia che nel mondo colpisce - secondo i dati dell'Oms - circa una persona ogni venti. I risultati della microchirurgia hanno consentito di studiare e realizzare soluzioni terapeutiche con lo scopo di drenare il flusso linfatico o di ricostruire le vie linfatiche ove ostruite

Displasie linfatiche pediatriche e neonatali

Eugenio Bonioli
e Carlo Bellini (*)

I l linfedema origina dall'incapacità del sistema linfatico di drenare i liquidi e le macromolecole presenti nell'interstizio tissutale. Il termine linfedema primario indica le forme ereditarie a carico degli arti, con o senza interessamento viscerale, che in qualche caso possono far parte di sindromi dismorfiche complesse; il termine linfedema secondario indica condizioni acquisite.

I dati ricavabili dalla Letteratura internazionale, corrispondenti a quelli ufficiali dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, riportano un'incidenza del linfedema nel mondo pari a 300 milioni di casi (circa una persona ogni 20). Quasi la metà dei linfedemi è di origine primaria, caratterizzata da una base congenita linfangioadenodisplasica, e cioè dovuti ad una malformazione con conseguente malfunzionamento dei linfonodi e/o vasi linfatici. Altri 70 milioni di casi sono di origine parassitaria (le forme più frequenti sono rappresentate dall'infesta-



zione da *Filaria Bancrofti*), particolarmente frequenti nelle aree tropicali e subtropicali (India, Brasile, Sudafrica). Altri 50 milioni sono post-chirurgici e specialmente secondari al trattamento del carcinoma mammario. Infine, altri 30 milioni di casi sono essenzialmente causati da problemi funzionali di sovraccarico del circolo linfatico (in particolare, esiti di flebotrombosi profonda dell'arto inferiore, insufficienza epatica, sindrome nefrosica, fistole artero-venose, ecc.). La prima descrizione di una forma ereditaria di linfedema è dovuta a Milroy nel 1882; ad oggi, sebbene le nostre conoscenze siano

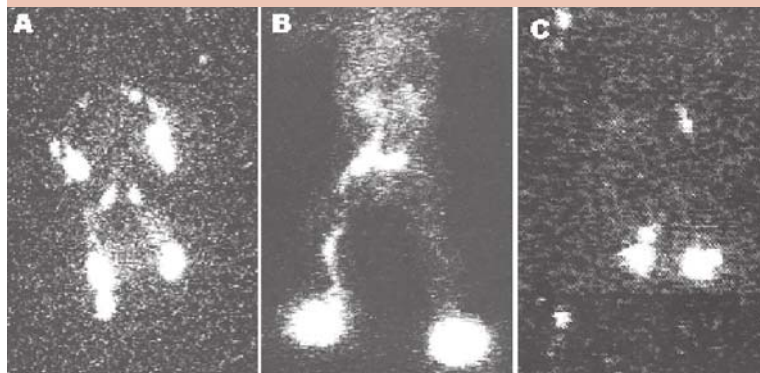
molto aumentate, lo spettro genotipico e fenotipico del linfedema primario è ancora in attesa di un soddisfacente inquadramento. Per tale motivo è opportuno utilizzare il termine "sindromi con displasia linfatica", che comprende sia le forme di linfedema primitivo idiopatico, sia le sindromi che si presentano con versamenti idiopatici (chilotorace, chi-

lopericardio e ascite), con esclusione delle forme con causa tumorale o traumatica o postchirurgica.

Il difetto anatomico-funzionale riscontrato nella maggioranza dei pazienti affetti da displasia linfatica primaria è rappresentato da aplasia o ipoplasia congenita dei linfatici periferici, oppure da anomalie congenite dei tronchi linfatici addominali o toracici, oppure ancora da insufficienza congenita valvolare dei linfatici, con successivo sviluppo in megalinfatici.

La diagnosi del linfedema primario è clinica e si basa soprattutto sulla attenta raccolta dell'anamnesi e sull'esame obiettivo. Nelle fasi iniziali l'edema si presenta "soffice" con presenza di fovea alla pressione; col progredire del quadro, entro parecchi mesi o addirittura anni, il gonfiore diventa via via più duro, la cute si inspessisce e non si può più provocare fovea alla pressione digitale. Tale condizione è irreversibilmente progressiva, sino alla fibrotizzazione del tessuto interstiziale regionale. Per tale motivo la diagnosi e il trattamento precoce, già duran-

Esame linfo-scintigrafico del neonato. A) quadro normale; B) evidente reflusso linfatico arto inferiore destro; C) assenza di visualizzazione della via linfatica dell'arto inferiore destro, con assenza di visualizzazione dei linfonodi inguinali a destra.



La prima descrizione di una forma ereditaria di linfedema è dovuta a Milroy nel 1982

te il periodo pediatrico, sono essenziali per modificare o quantomeno ritardare il corso della malattia. In campo neonatale assume particolare rilievo e difficoltà l'approccio diagnostico e terapeutico al chilorace congenito, associato o meno alla presenza di linfangectasia polmonare, così come la presenza di complessi quadri addominali, caratterizzati da ascite chilo e linfangectasia intestinale. Nell'immediato postpartum la gestione di neonati affetti da questo tipo di patologie è estremamente complessa e richiede tecniche di rianimazione neonatale. Una volta superata la fase critica neonatale inizia il difficile percorso diagnostico e di inquadramento nosologico. L'aumento delle segnalazioni di pazienti affetti da displasie linfatiche congenite ha arricchito i database genetici e dismorfologici disponibili (citiamo, ad esempio, OMIM – Online Mendelian Inheritance in Man - <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>>); inoltre l'utilizzo di moderne tecniche diagnostiche permette di definire con sempre maggiore accuratezza il quadro fenotipico-funzionale di questi pazienti. Tra queste va ricordata la linfoscinti-

grafia, che solo recentemente è stata validata per l'utilizzo neonatale e pediatrico, e la linfatico-RM, le cui potenzialità sono ancora da esplorare soprattutto in campo pediatrico. Le metodiche terapeutiche di natura conservativa medico-fisica adottate nel trattamento del linfedema degli arti consentono di raggiungere un certo miglioramento in alcuni tipi di linfedema, ma la terapia deve essere intensiva,

ripetuta una o due volte l'anno e proseguita per diversi mesi; il paziente deve portare un bendaggio o indossare costantemente una guaina elastica. Peraltro, la riduzione dell'edema procede lentamente e non sempre i presidi terapeutici medici e fisici adottati sono ben tollerati. In caso di interessamento viscerale è necessario utilizzare trigliceridi a media catena; nei casi più gravi può essere indicata la sospen-

sione dell'alimentazione enterale, con ricorso all'alimentazione parenterale esclusiva. Per altri farmaci, quali l'octeotride o la somatostatina, non vi sono pareri uniformi e non vi è adeguata esperienza pediatrica. •

(*) Dipartimento di Scienze Pediatriche "Giovanni de Toni" dell'Università di Genova

Qui sotto parliamo del linfedema



Trattamento microchirurgico del linfedema

Corradino Campisi e Francesco Boccardo (*)

Il linfedema rappresenta un quadro clinico caratterizzato dal rallentamento o dal blocco della circolazione linfatica dell'arto o degli arti colpiti, con evoluzione progressivamente ingravescente e comparsa di ricorrenti complicanze di tipo linfangitico acuto di natura per lo più erisipe-

loide, responsabili di un ulteriore e rapido aumento in volume e consistenza dell'edema. Viene così ad instaurarsi una sorta di circolo vizioso che, automantenendosi, determina la comparsa di un quadro cronico infettivo-tossico-metabolico, con grave invalidità del paziente e possibile, seppur fortunatamente rara, degenerazione sarcomatosa dei tessuti lin-

fedematosi (S. di Stewart-Treves).

Le tecniche chirurgiche impiegate in passato per la cura dei linfedemi miravano alla riduzione volumetrica degli arti mediante interventi di tipo demolitivo-resettivo (cutolipofasectomia, linfangectomia totale superficiale). Si trattava, pertanto, di soluzioni di natura sintomatica che, non rimuoven-

(segue a pag. 20)

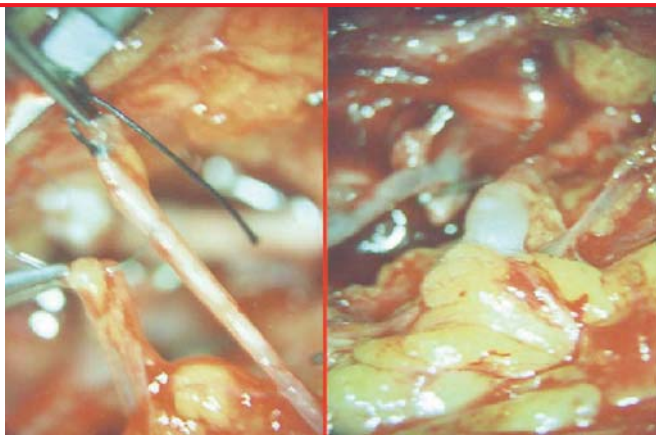


Immagine intraoperatoria di vasi linfatici.

do la causa dell'ostruzione al flusso linfatico, fornivano una temporanea riduzione dell'edema, con successiva recidiva del linfedema che si distribuiva in maniera disomogenea nell'arto colpito per la presenza delle ampie cicatrici retraenti deturpanti.

L'introduzione della Microchirurgia ha consentito di studiare e realizzare soluzioni terapeutiche funzionali e causali del linfedema con lo scopo di drenare il flusso linfatico o di ricostruire le vie linfatiche ove ostruite. Le tecniche microchirurgiche adottate per la terapia chirurgica "conservativa e funzionale" del linfedema vengono distinte in derivate e ricostruttive.

Le metodiche derivate mirano al ripristino del flusso linfatico nella sede dell'ostruzione mediante la realizzazione di un drenaggio linfo-venoso, con l'impiego dei linfonodi o direttamente dei linfatici, anastomizzati alla vena satellite principale e cioè anastomosi Linfonodo-Venosa, Linfatico-Capsulo-Venosa, Linfatico-Venose Terminale e Linfatico-Venose Ter-

mino-Laterali.

Le tecniche microchirurgiche ricostruttive consentono di ripristinare una continuità di flusso del circolo linfatico, superando la sede del blocco con l'impianto di segmenti autologhi linfatici o venosi tra i collettori a valle e a monte dell'ostacolo e cioè anastomosi Linfatico-Linfatica, autotrapianto Segmentale di Linfatico, linfatico-Veno-Linfatico-Plastica o Anastomosi Linfatico-Veno-Linfatiche e lembi liberi linfatico-linfonodali.

Le indicazioni alle varie tecniche di Microchirurgia Linfatica si basano sulla presenza di un valido gradiente pressorio linfatico-venoso nell'arto interessato. Nei casi in cui alla patologia linfostatica si associ un'insufficienza venosa (varici, ipertensione venosa, incontinenza valvolare), le metodiche derivate sono controindicate, mentre devono essere impiegate le tecniche micro-

Le tecniche microchirurgiche distinte in derivate e ricostruttive

chirurgiche ricostruttive. Seguendo tali indicazioni e selezionando accuratamente i pazienti mediante scintigrafia linfatica, linfangiografia (particolarmente nei casi di patologia linfostatica da reflusso gravitazionale), linfangio-RM (che consente di evidenziare, senza l'iniezione di mezzo di contrasto, le vie linfatiche superficiali e profonde di questi grossi arti e di visualizzare la sede dell'ostacolo, oltre a consentire il controllo dell'eventuale presenza di lesioni tumorali recidive o metastatiche), flussimetria e manometria venosa Doppler, fleboscintigrafia e flebografia (nelle flebolinfangiodisplasie), arteriografia digitale nei complessi quadri di panangiodisplasia degli arti, ecotomografia e TC, l'impiego delle tecniche microchirurgiche per il trattamento della linfostasi consente di raggiungere risultati positivi, con riduzione in consistenza e volume dell'edema dell'arto colpito variabile dal 50% al 75%, sino al 100% rispetto alle condizioni precedenti il trattamento a seconda dello stadio della malattia: più precoce è il trattamento, maggiore è la percentuale di regressione dell'edema. I criteri di valutazione dei risultati sono rappresentati dalla volumetria ad acqua e dalla scintigrafia linfatica eseguiti prima del trattamento e a distanza variabile dall'intervento. Nel "follow-up" di pazienti trattati con Microchirurgia Linfatica per linfedema degli ar-

ti, a distanza di oltre 15 anni dall'intervento, tali risultati si sono dimostrati stabili e duraturi.

La Microchirurgia consente di trattare non solo i linfedemi secondari, ma anche quelli primari, che riconoscono quasi costantemente una causa ostruttiva congenita, rappresentata da fibrosclerosi linfonodale prossimale (ascellare o inguinale), con collettori linfatici, afferenti a tali stazioni linfoghiandolari, che si presentano ben funzionanti e spesso dilatati ed ipertrofici per il tentativo di superamento dell'ostacolo. Le tecniche microchirurgiche permettono di derivare il flusso linfatico ostruito su base congenita o acquisita nel circolo venoso, quando quest'ultimo è integro, oppure di ricostruire, in corrispondenza della sede del blocco, delle vie di collegamento tra i collettori linfatici a valle e a monte dell'ostacolo, tramite l'interposizione di segmenti linfatici o, meglio, venosi autologhi (linfatico-veno-linfatico plastica). Infine, le tecniche microchirurgiche giocano un ruolo di rilievo nella prevenzione del linfedema secondario, oltre che nel prevenire il peggioramento della patologia e delle sue complicanze (linfagiti, linforrea, verrucosi linfostatici ed impianto di un linfangiosarcoma negli stadi più avanzati). •

(*) Dipartimento di Chirurgia, Microchirurgia dei Linfatici, Università di Genova, Ospedale S. Martino, Genova

Infezione virale trasmessa da zanzare

Sono molte le nuove malattie cui il medico deve pensare oggi nell'ambito della sua professione. Una di queste è la Febbre del Nilo Occidentale (WNV), un possibile nuovo rischio per la salute di umani ed animali

di Walter Pasini (*)

La malattia si è già presentata in Italia in esseri umani, ad esempio nel mese di settembre in alcune zone del Ferrarese, successivamente al riscontro di un discreto numero di casi di WNV in cavalli. L'infezione è, come è noto, di natura virale ed è trasmessa da zanzare *Culex pipiens*. Il virus infetta gli uccelli, i cavalli ed altri equini, ma è stato trovato in cani, conigli, scoiattoli, moffette, animali predatori e cammelli.

Il WNV appartiene alla famiglia dei flaviviridae. La sua distribuzione geografica include l'Africa, il Nord America, l'Asia orientale, l'Australia ed il Medio Oriente dove si verificano sia casi sporadici che epidemie di encefalite con esito infausto.

Il medico italiano deve considerare la possibilità che la malattia possa ripresentarsi nel corso del 2009 e temere la possibilità che la malattia possa diventare, come già avviene negli Stati Uniti d'America, un problema di sanità pubblica.

Il ritrovamento del virus

del Nilo Occidentale (WNV) nei sobborghi della città di New York nell'estate 1999 marcò il primo riscontro del virus trasmesso da zanzare nell'emisfero occidentale. Durante gli anni seguenti il virus estese la sua presenza alla maggior parte degli stati orientali del continente nord-americano e poi si diffuse alle parti meridionali ed occidentali degli USA, nel Canada ed in parti del Messico. Si teme che il WNV si stia propagando nel resto dell'America centrale e nell'America del Sud. In Nord America, il virus è stato ritrovato in uccelli morti di almeno 140 differenti specie, particolarmente nei corvi che servono come specie-sentinella. Di contro, non si è avuta ancora mortalità negli uccelli in Europa.

L'WNV ha un complesso ciclo di vita. Gli uccelli ne rappresentano il principale serbatoio e le zanzare *Culex* il principale vettore. Quando la zanzara è nella sua fase adulta, il virus si propaga attraverso una trasmissione continua tra la zanzara che funge da vettore e gli uccelli. Sembra

che esseri umani, i cavalli e gli altri mammiferi siano ospiti terminali, di "fine corsa", perché essi non producono una viremia sufficiente a contribuire alla trasmissione del ciclo.

La maggior parte delle infezioni umane dovute a WNV è asintomatica. In circa il 20% dei casi, invece, si osserva una malattia febbrile simil-influenzale con cefalea, mialgie, anorexia. In metà delle persone con WNV compare un esantema maculopapulare. Può aversi anche dolore

agli occhi, faringite, nausea, diarrea e dolore addominale. In meno dell'1% dei casi sono riportate forme neuroinvasive con meningite e/o encefalite che portano alla paralisi ed al coma, quindi alla morte. L'età avanzata è il più importante predittore di morte. La mortalità tra i pazienti con malattia neuro-invasiva è di circa il 10%. Tra chi sopravvive, possono residuare danni neurologici e complicazioni della

sfera cognitiva. Le lesioni neuropatologiche sono simili a quelle che si vedono nell'encefalite giapponese con infiammazione diffusa del sistema nervoso centrale e degenerazione neuronale. Il virus si trova anche nella milza, nel fegato, nei linfonodi e nei polmoni delle persone colpite. L'infezione da WNV può causare anche una sindrome da paralisi flaccida che deriva da un processo a carico delle cellule del corno anteriore del midollo spinale come si ha nella poliomielite.

Come nel caso dell'influenza aviaria e di molte altre zoonosi, la Febbre del Nilo Occidentale va affrontata sul piano della prevenzione attraverso una strettissima collaborazione tra medici e veterinari. •

(*) *Direttore Center for Global Health*



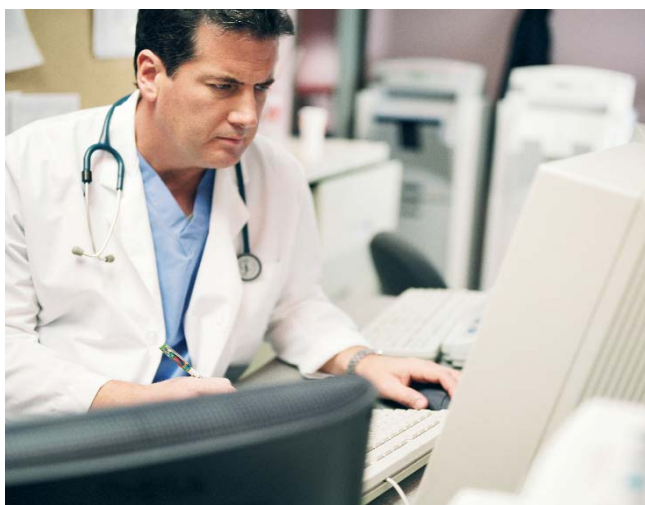
di Livio Frittella

Il mondo virtuale è stato a lungo un classico della letteratura e del cinema fantascientifici. Con l'arrivo in Internet dei cosiddetti MMORPG (terribile acronimo che significa Massive Multiplayer Role Playing Game), è diventato possibile vivere – mediante un proprio alter ego sintetico chiamato “avatar” – avventure in universi paralleli, fatti solo di bit, con immagini tridimensionali e funzioni interattive. Uno dei più celebri – più che un gioco, un'esperienza collettiva – è Second Life, il mondo virtuale nato nei Linden Laboratories di San Francisco nel 2003, che ha registrato per un paio d'anni un vero boom di partecipazioni e ora è un po' passato in secondo piano dopo l'affermazione dei social network (Facebook, MySpace, ecc.), anche se tuttora conta almeno 8 milioni di “abitanti”.

Second Life offre agli utenti opportunità finanziarie, di divertimento e di arricchimento culturale. Ma può essere anche usato come piattaforma per l'educazione e la formazione (non per nulla se ne servono Harvard e Oxford University). Ecco un caso tipico, che riguarda la preparazione in medicina. St. George's Hospital, University of London e Kingston University hanno creato in Second Life uno scenario 3D dove gli studenti in fase di addestramento possono comportarsi come se stessero sulla

Cure virtuali, esperienze reali

In Gran Bretagna si usa Second Life per addestrare i giovani laureandi. Secondo il dr. Ahmed Younis “si tratta di un modo nuovo e divertente per imparare e di uno strumento per mettere in pratica quanto appreso in teoria in un ambiente sicuro”



scena reale ma con la possibilità di sbagliare senza che vi siano conseguenze dai loro errori. Ogni settimana, i giovani ricevono un'e-mail con l'indicazione di una SLURL (cioè un indirizzo in Second Life), digitando la quale accedono direttamente a una scena di soccorso. Generalmente il gruppo che gestisce l'emergenza è formato da tre o quattro studenti.

Entrati nel mondo virtuale, tramite i loro avatar svolgono gli stessi compiti che affronterebbero in quello reale: visitano il paziente, somministrano farmaci, curano ferite, hanno accesso

alle attrezzature per il primo soccorso, come la maschera d'ossigeno o la macchina per l'elettrocardiogramma. “Si tratta di modo nuovo e divertente per imparare e di uno strumento per mettere in pratica quanto appreso in teoria in un ambiente sicuro”, dice il dottor Ahmed Younis, uno dei coordinatori del progetto presso la St. George's University of London. “Il 90% degli studenti che ha provato Second Life pensa di aver imparato meglio a gestire le situazioni della vita reale e di sentirsi più pronto alla prova sullo scenario della vita vera”. Per

ora le situazioni virtuali proposte dalla simulazione tridimensionale sono cinque (compreso un presunto infarto in una stazione della metropolitana), ma presto, dicono i ricercatori che seguono il progetto negli atenei britannici, verranno aggiunti nuovi scenari per toccare diverse specializzazioni mediche.

Ovviamente l'iniziativa delle tre strutture britanniche non è la prima di stampo medico che si effettua nell'universo virtuale. Ad esempio, il Policlinico di Modena è stato il primo ospedale italiano ad aprire un “distaccamento” in Second Life. Si tratta della replica digitale, fedelmente riprodotta, del Dipartimento integrato di Oncologia ed Ematologia. Il centro oncologico modenese ha seguito l'esempio di enti come il Center for Disease Control and Prevention di Atlanta, l'American Cancer Society, l'Università della California e la Stanford University. A cosa serve questa filiale sintetica dell'istituto? Secondo Pierfranco Conte, direttore del Dipartimento, “l'ospedale virtuale rappresenta un'ulteriore possibilità per i cittadini di ricevere informazioni e interagire con il personale del reparto. Ma le potenzialità vanno oltre: stiamo già lavorando alla prima fiction in 3D sul tumore del seno, ambientata nella nostra struttura, che permetterà di ricostruire l'intero percorso ideale della paziente, dagli esami di screening al post intervento”. •

Medici e infermieri, missione in Iraq

La ricostruzione, nella provincia irachena di Nassiriya, è affidata da due anni ad una Task Force alleata guidata dall'italiana Anna Prouse e composta da un gruppo di esperti nei vari settori, per la maggior parte del nostro Paese ma anche inglesi e americani

di Matteo Di Paolo Antonio

Ricostruzione per Anna Prouse vuol dire innanzitutto formazione e per questo nella base Usa di Tallil, dove gli italiani hanno anche il loro quartier generale, è stato creato un importante Training Center, dove si tengono corsi anche per medici e infermieri. Sono state organizzate diverse missioni dall'estero di medici italiani, che hanno operato in una moderna sala operatoria mobile attrezzata per questo nel campo.

Particolarmente importanti sono state le due missioni effettuate a Nassiriya da Smile Train Italia, con 18 tra medici e paramedici, inviando tutta l'attrezzatura necessaria con largo anticipo. La prima volta, alcuni mesi fa, hanno effettuato una settantina di interventi su pazienti (soprattutto bambini) con palatoschisi e cheiloschisi. Per due casi più gravi è stato organizzato il trasporto in Italia. La seconda missione c'è stata a novembre e si è riusciti a realizzare addirittura 112 interventi.

“L'organizzazione di Smile train - spiega Anna Prouse - ci è apparsa perfetta. E la cosa più importante è che



questi medici e infermieri non solo hanno migliorato l'esistenza di tanti bambini, ma hanno insegnato ai medici locali come intervenire in operazioni di tale complessità. L'ultima volta sono arrivati pazienti per essere curati e medici per imparare da tutto il sud dell'Iraq e abbiamo effettuato uno screening accurato a ben 370 pazienti. Speriamo dunque di trovare fondi per altre missioni del genere”. Grazie al Provincial Reconstruction Team a guida ita-

liana a Nassiriya sono stati effettuati anche interventi agli occhi da parte di un medico americano, Wallace, che la Prouse ha conosciuto negli Stati Uniti e ha deciso di andare in missione in Iraq a titolo volontario. In soli 5 giorni ha fatto una ventina di interventi, soprattutto su pazienti giovani. “A fine missione - racconta la Prouse - ha ammesso che il livello nel suo campo dei medici locali è strabiliante e che in una prossima occasione potremo puntare sul-

le specializzazioni”.

La missione più “avventurosa”, raccontano a Nassiriya, è stata quella per intervenire su pazienti affetti da nanismo. Tutto è nato dalla trasmissione televisiva “Small Children Big World”, un reality show famoso negli USA che ha come protagonista una famiglia di nani. La star dello show ha individuato due bambini affetti da una forma particolare di nanismo a Baghdad, è andata a trovarli e ha deciso di portare un ortopedico americano per effettuare due interventi di rara complessità. Sembra, però, che a Baghdad nessuno abbia fornito l'aiuto necessario e così Anna Prouse si è messa in contatto, offrendo la possibilità di organizzare tutto nella provincia di Nassiriya. Invito accettato, ma l'ortopedico e l'anestesista sono arrivati a mani vuote e si è dovuti correre ai ripari per rimediare tutta l'attrezzatura necessaria, con l'aiuto di un medico iracheno di Baghdad. Gli interventi sui due bambini della capitale irachena sono durati rispettivamente 6 e 9 ore e sono stati un successo. Nella sala operatoria mobile, quando non ci sono interventi di questo tipo, si fa training a infermieri e paramedici. Il nuovo progetto ideato dalla Prouse e dai suoi collaboratori (in particolare l'americano George Wess che è un esperto nel campo), prevede di insegnare agli iracheni come fare protesi e si sta già costruendo un piccolo laboratorio a questo scopo. •



Un'associazione mondiale per il cuore dei bambini

I “numeri” dell'Associazione bambini cardiopatici nel mondo: un impegno svolto in una ventina di Paesi che vanno dall'Africa al Medio Oriente, dall'Europa dell'Est alla Cina, dai Caraibi all'India. Tra i risultati la costruzione di due centri cardiocirurgici a Damasco, in Siria, e a Shisong, in Camerun

di Ezio Pasero

Ogni anno nascono in Italia circa 500mila bambini. E per il dieci per cento sono figli di immigrati, i quali contribuiscono al saldo demografico di uno dei Paesi meno prolifici del mondo. Il loro tasso di mortalità infantile è praticamente trascurabile, intorno allo 0,56 per cento

Ogni anno nascono nel mondo circa 800 mila bam-

bini affetti da cardiopatie congenite. Sono in grandissima parte figli di famiglie del Terzo mondo, dove cure mediche e ospedali sono parole quasi prive di significato e dove troppo spesso chirurgia fa rima con stregoneria. Il loro tasso di mortalità è impressionante, superiore al 50 per cento, perché oltre la metà di loro non ha la speranza di vivere. Come dire che nel mondo, ogni anno, muoiono per problemi cardiaci più

o meno tanti bambini quanti sono quelli che nascono in Italia. L'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) ha dichiarato che nel 2000 il 30 per cento dei decessi in età infantile su scala mondiale si è avuto proprio per cardiopatie congenite.

Si calcola che attualmente, al mondo, ci siano più di cinque milioni di bambini con cardiopatia congenita che rischiano di morire se non vengono operati. E che

in gran parte non saranno mai operati, perché vivono in Paesi poveri dove anche la parola speranza è quasi priva di significato. Paradossalmente, è la parola miracolo quella a cui per loro è più facile aggrapparsi: il miracolo della buona volontà, del volontariato, dell'abnegazione, di coloro che decidono di dedicare il loro tempo e le loro energie a cercare di fare qualcosa per gli altri, per coloro che sono meno fortunati, per i diseredati della vita. Di questi miracoli, in quindici anni di attività, l'Associazione bambini cardiopatici nel mondo ne ha compiuti più di tremila: oltre tremila casi di cardiopatie congenite studiate, cioè, e 1.167 interventi cardiocirurgici eseguiti in loco, nel corso di 167 missioni effettuate in una ventina di Paesi che vanno dal-

l'Africa al Medio Oriente, dall'Europa dell'Est alla Cina, dai Caraibi all'India. L'associazione opera in strettissima collaborazione con il Policlinico San Donato, di San Donato Milanese, che è il primo centro di Cardiocirurgia italiano e uno dei primi al mondo per la ricerca e la cura dei bambini cardiopatici. Fondato nel 1969, il Policlinico San Donato è un grande ospedale di ricerca e insegnamento, sede del Dipartimento cardiovascolare Edmondo Malan, tra i primi in Europa per volume di attività ed efficacia delle prestazioni nelle malattie del cuore e dei vasi. È sede del Triennio clinico del corso di laurea in Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Milano e di numerose Scuole di Specializzazione, e nel 2006 il ministero della Salute gli ha attribuito la qualifica di "Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico" (IRCCS) per la ricerca e la cura delle "Malattie del cuore e dei grandi vasi nell'adulto e nel bambino" in considerazione dell'eccellenza dell'attività clinica, didattica e scientifica che in esso viene sviluppata. A fondare nel 1993 l'Associazione bambini cardiopatici nel mondo sono stati il professor Alessandro Frigiola, primario di Cardiocirurgia del Centro Edmondo Malan del Policlinico San Donato, e la professoressa Silvia Cirri, primario del Servizio di Anestesia e Rianimazione

Oltre tremila casi di cardiopatie congenite studiate e 1.167 interventi cardiocirurgici eseguiti nel corso di 167 missioni

e Terapia intensiva postoperatoria dell'Istituto Clinico S. Ambrogio di Milano. Poi, con il passare degli anni, la grande squadra di volontari dell'Associazione si è fatta sempre più numerosa. Adesso sono in più di venticinque, tra medici e tecnici, e con loro collaborano molti colleghi stranieri di vari ospedali del mondo, come la Mayo Clinic di Rochester, nel Minnesota, il Children Hospital Great Ormond Street di Londra, l'Hospital des Enfants Malades di Parigi...

Ciascuno di questi specialisti e di questi tecnici ha probabilmente una storia personale da raccontare. Come il Dottor Jochen Weil, cardiologo pediatrico all'ospedale di Amburgo, che a un certo punto della sua vita umana e professionale ha sentito il desiderio di fare di più, e ha deciso di affiancare per sei mesi all'anno l'équipe del professor Frigiola in giro per il mondo. E straordinarie, intrise di sofferenza ma anche di speranza, sono le storie che i volontari riportano a casa dopo ogni missione nei luoghi più infelici del mondo. Come quel-

la recente ad Arbil, capitale della Regione autonoma del Kurdistan meridionale, in Iraq, dove in una settimana sono stati operati con successo 27 bambini affetti da gravi forme di cardiopatia congenita. O come quella del piccolo Abbas Jawad, di 11 anni, arrivato in Italia in condizioni disperate da Bagdad insieme ad altri undici bambini iracheni portati dalla Croce Rossa. I sanitari del San Donato temevano che Abbas non sarebbe riuscito a passare la notte. Invece, la mattina dopo era ancora vivo, il professor Frigiola lo ha operato con successo e il piccolo è potuto tornare al suo paese.

Miracoli? Sì, miracoli. Ma sono anche altri i motivi per i quali l'Associazione bambini cardiopatici nel mondo costituisce un esempio da sostenere e da imitare: il fatto, cioè, di avere compreso prima e meglio di molte altre Ong che il modo migliore di aiutare le popolazioni dei Paesi privi d'acqua non è quello di portare loro le bottiglie di acqua minerale, ma di fornire loro le attrezzature e le conoscenze per scavare i pozzi e trovarla. Fuori di metafora: molto meglio costruire un ambulatorio attrezzato sul posto e formare personale medico e paramedico, che inviare di tanto in tanto dei sanitari a fare una serie di interventi.

Così, l'Associazione ha già costruito due centri cardiocirurgici a Damasco, in Siria, e a Shisong, in Ca-

merun, e ha realizzato due centri di terapia intensiva pediatrica postoperatoria a Lima, in Perù, e al Cairo. Inoltre, ha assegnato 207 borse di studio per medici stranieri (104 cardiocirurgi, 46 cardiologi, 20 anestesisti/intensivisti, 10 emodinamisti, 5 chirurghi vascolari, 22 tecnici perfusionisti) e ha donato apparecchiature e materiali per gli interventi chirurgici e le terapie. Il progetto umanitario "Children's Heart Project for Africa" lanciato dal Policlinico San Donato è però ancor più ambizioso, perché la sua realizzazione prevede un impegno finanziario di 25 milioni di euro. "Le strutture di cardiocirurgia pediatrica in Africa si contano sulle punte delle dita", ha detto il professor Alessandro Frigiola nel presentarlo. "Nel giro di sette anni prevediamo la costruzione di dieci-dodici centri di cardiologia pediatrica in diverse zone dell'Africa. Le strutture, modulate in diverse tipologie, dalla semplice unità di cardiologia al centro più complesso di cardiocirurgia, saranno poi tutte collegate in via telematica al Policlinico San Donato. L'obiettivo è quello di sopperire in maniera concreta ed incisiva ai problemi creati nei bambini dalle cardiopatie e dal reumatismo cardiaco in un continente dove l' "emergenza morte", a causa di malformazioni cardiache, è altissima". •

Il Codice Rosa contro la violenza di genere

Gli ospedali, i consultori o l'ambulatorio del medico curante sono fondamentali per l'intercettazione di situazioni di maltrattamento. Per questo in numerose città italiane si stanno realizzando interventi in collaborazione con i Centri antiviolenza. I servizi di "Soccorso violenza sessuale" all'interno degli ospedali e il progetto *Emergenza Codice Rosa*



per stupri commessi da sconosciuti sono aumentate anche se di fatto non rappresentano la casistica più frequente, anzi, come conferma il ministero dell'Interno, sono in diminuzione; più numerose sono invece le violenze sessuali agite da conoscenti e le violenze domestiche, anche se meno visibili perché subite nei luoghi più intimi e dalle persone più "care" che cercano di mantenere un controllo dispotico sulla vita della persona sottoposta (partner o figli) con schiaffi, pugni, calci, ustioni, tentativi di strangolamento o di soffocamento, violen-

ze psicologiche, minacce e atteggiamenti persecutori, stupri o costrizioni a fare sesso con terzi. Sono tantissime le donne che raccontano di essere costrette a pratiche sessuali degradanti e umilianti, "immorali e disgustose", di sentirsi espropriate dei propri principi morali. Una realtà ben diversa dall'immaginario comune che attribuisce sempre la violenza sessuale al diverso, allo straniero, allo sconosciuto incontrato per strada! Eppure una stima reale delle violenze domestiche, che racchiudono quasi sempre tutte le forme di violenza (sessuale, fisica, psicologica, economica, ecc.), è difficile perché raramente sono denunciate o raccontate. Ancora più sommerse sono le violenze in famiglia su bambine e adolescenti, soprattutto se l'autore è lo zio, il padre, il fratello, il vicino o un amico di famiglia.

Da un sondaggio epidemiologico del 1984 condotto da Diana Russell, sociologa e attivista dei diritti umani, era emerso che una donna su quattro è vittima di violenza e una su tre subisce abusi sessuali durante l'infanzia; a distanza di un quarto di secolo le ricerche forniscono dei dati più elevati rispetto all'emersione del fenomeno, alcune parlano addirittura del 70%!(1)

Avere l'esatta percezione del fenomeno non è facile; un quadro abbastanza attendibile, anche se non esaustivo,

di Lina Vita Losacco (*)

Negli ultimi tempi il fenomeno della violenza sessuale e domestica ha visto le Istituzioni, sia nazionali che internazionali, sempre più coinvolte nell'attivare misure di contrasto efficaci soprattutto in campo legislativo fornendo alla magistratura ulteriori strumenti per incriminare

l'autore del reato, come il recentissimo decreto italiano contro lo stalking (612-bis c.p.) che prevede una punibilità da 6 mesi a 4 anni. Tali interventi confermano la volontà istituzionale di offrire un concreto sostegno alle donne che subiscono violenza che, sempre più numerose, trovano il coraggio di denunciare. In questi ultimi mesi infatti le denunce

Fondazione Policlinico-Mangiagalli
Svs-Soccorso violenza sessuale tel. 02 55032489
Svd-Sportello violenza domestica tel. 02 55038585

(1) Quaderni di sanità pubblica: violenza e salute nel mondo. Rapporto Oms 2002 (pag. 121)

ci viene fornito dalla rete dei Centri antiviolenza (Cav), distribuiti su tutta la nostra penisola e che offrono residenzialità e accoglienza a donne che subiscono violenza, sole o con figli, in numero sempre crescente. Grazie alla peculiare metodologia d'intervento i Cav forniscono risposte concrete finalizzate ad eliminare o ridurre il disagio della donna che, oltre a ricevere sostegno psicologico per elaborare il vissuto traumatico, svolge un percorso terapeutico per riappropriarsi della propria integrità psico-fisica, autonomia e autostima e per ritrovare una collocazione ed una identità sociale che non può prescindere dal lavoro. Gli interventi dei Cav sono sempre più puntuali anche grazie all'attivazione di una rete con i Servizi territoriali, le Ffoo, i tribunali, le strutture sanitarie, sempre più sensibilizzati. Gli ospedali, i consultori o l'ambulatorio del medico curante, sono i luoghi in cui le donne si rivolgono più volte nel corso della loro vita con richieste di cura per sé o per i propri figli, pertanto il loro ruolo è fondamentale nel far emergere il sommerso in quanto luoghi ideali alla intercettazione delle eventuali situazioni di violenza non esplicitate. Infatti frequentemente le donne si fanno medicare senza dichiarare il vero motivo delle lesioni riportate; la situazione poi si fa più complessa se l'aggressore è il partner o un familiare che spesso accompagna la donna o il bambino in ospedale. Quello che in questi casi

Emergenza Codice Rosa
tel. 06.6780537- 366.1669013



occorre è un buon ascolto da parte del professionista della salute affinché possa individuare gli elementi riferibili ad una situazione di violenza anche *pensando all'impensabile*, eliminando pregiudizi o stereotipi di tipo culturale, personale e professionale che frequentemente impediscono di vedere la realtà. Non a caso il tasso di denuncia aumenta se la donna si rivolge a operatori del pronto soccorso (62,3%), a medici e infermieri (35,9%) in grado di riconoscere il vissuto traumatico connesso alla violenza; tra l'altro, lì dove si ravvisino le condizioni di reato perseguibile d'ufficio, gli operatori socio-sanitari hanno l'obbligo di segnalazione alle autorità giudiziarie come ad esempio nei casi di maltrattamento in famiglia reiterato (art. 572 c.p.) o violenza sessuale su minore.

In ambito sanitario, l'informazione e formazione su violenza di genere, prevenzione e trattamento delle conseguenze è ancora carente, anche se negli ultimi tempi vanno intensificandosi le iniziative in tal senso e sia Asl che Ospedali fanno ri-

chiesta di formazione e di forme di collaborazione con i Cav. Anche l'Aogoi (Associazione ostetrici ginecologi ospedalieri italiani) negli ultimi anni si è impegnato a diffondere una cultura sanitaria attenta alla violenza di genere con l'obiettivo di farla diventare parte integrante delle conoscenze mediche. In numerose città italiane come Palermo, Ferrara, Cuneo, Prato, Firenze, Milano, Torino, Roma, per citarne alcune, vengono realizzati interventi di contrasto alla violenza di genere in maniera sinergica tra ospedali o Asl, Istituzioni e Cav. A Milano e Torino, ad esempio, è attivo il "Soccorso violenza sessuale" (Svs), un servizio presente all'interno della struttura ospedaliera (Mangiagalli a Milano e S. Anna a Torino) nato dalla cooperazione interistituzionale tra una rete di Enti e Associazioni del privato-sociale. L'Svs di Milano, che ha 12 anni di vita, garantisce, 24/24h e per 365 giorni l'anno, l'assistenza nei casi di violenza sessuale e si avvale dell'intervento di ginecologhe, medici legali, infermiere, assistenti sociali e



Centro Soccorso
violenza sessuale (Svs) Torino
tel. 011.3134180 fax 011.3134181
svs@oirmsantanna.piemonte.it

psicologhe. Sempre a Milano, dal 2007, all'Svs si è aggiunto l'Svd, sportello violenza domestica, che accoglie le donne vittime di maltrattamento in famiglia.

A Roma invece è di recente attivazione l'*Emergenza Codice Rosa*, un progetto di Differenza Donna (2) in collaborazione con la Asl Rm-D che introduce il Codice Rosa, quale strumento di codifica di tutte le situazioni di violenza fisica, sessuale, psicologica, economica, stalking e sfruttamento nei confronti di donne, bambine/i e adolescenti, all'interno dell'ambulatorio dei medici generici e dei pediatri, dei Dsm, dell'Area salute della donna e del bambino, dei Consultori. Nell'ambito dello stesso progetto sono di imminente realizzazione dei *point sos violenza domestica e stupro*, all'interno del Pronto soccorso dell'Ospedale G. B. Grassi di Ostia e del policlinico Umberto I-Università Sapienza di Roma, per fornire l'assistenza sanitaria immediata e il sostegno psicologico alle vittime di stupro e violenza domestica. Tali iniziative stanno estendendosi in maniera capillare nel nostro Paese. Sensibilizzare gli operatori sanitari sul tema significa *abituarli* a "triaggiare" tutte le varie forme di violenza e diagnosticarle precocemente contribuendo alla riconoscibilità sociale della stessa e quindi alla emersione del fenomeno. •

(*) *Coordinatrice del servizio Emergenza Codice Rosa dell'associazione Differenza Donna*

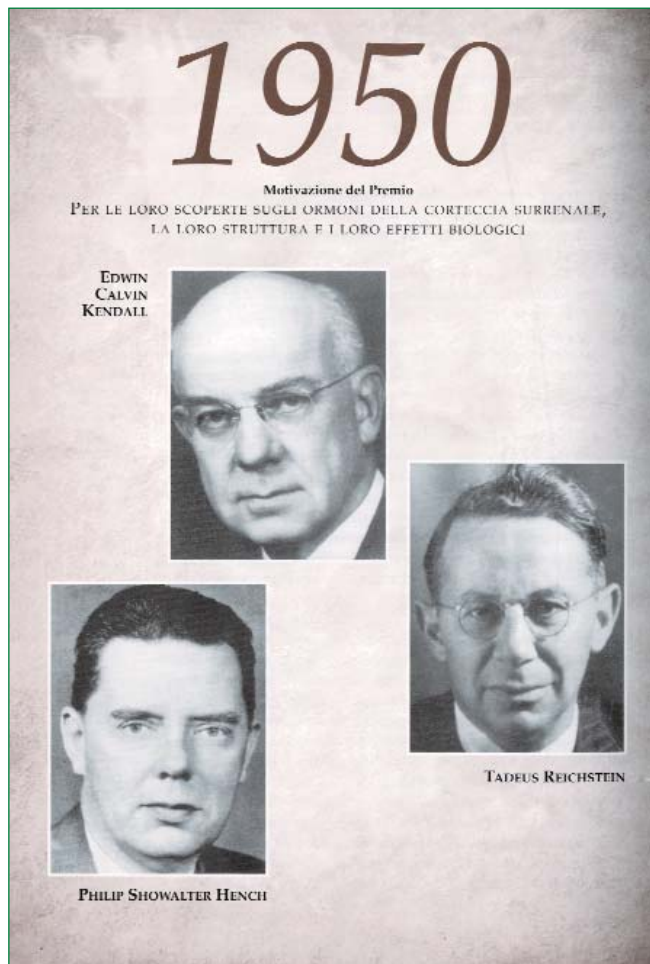
(2) Differenza Donna gestisce a Roma due centri antiviolenza, un centro d'accoglienza per donne in difficoltà, un centro per vittime della tratta, un centro antiviolenza a Guidonia

Edward C. Kendall e le spie per i surreni

Servizi segreti, buoi argentini, piloti della Luftwaffe, due scienziati americani ed uno svizzero. La storia del cortisone s'inizia con un'intricata questione di spionaggio internazionale...

di Luciano Sterpellone

Pochi mesi prima della II Guerra mondiale, un agente segreto tedesco parte da Buenos Aires per Berlino, visibilmente soddisfatto per aver concluso un affare altrettanto segreto, ma decisamente strano per uno 007: si è assicurato l'esclusiva per la Germania dell'intera produzione di ghiandole surrenali dei buoi macellati negli stabilimenti dell'Argentina. I rapporti tra III Reich da un lato e Gran Bretagna e Stati Uniti dall'altro sono ormai così tesi che una guerra appare sempre più imminente, inevitabile. Sulle prime, i servizi segreti Alleati restano un po' perplessi sul vero significato dello strano contratto firmato tra nazisti ed esportatori argentini. Poi, con l'inizio delle ostilità, si cominciano a nutrire seri sospetti su di un fatto venuto alla luce in quei giorni: i piloti della Luftwaffe di Hitler, in particolare quelli degli Stukas, riescono a sopportare sorprendentemente bene gli enormi sbalzi di pressione comportati dagli spericolati voli "in picchiata" e dalle brusche risalite in quota; e sperimentano di continuo nuovi velivo-



li che li portano ad altezze mai raggiunte senza peraltro mostrare alcun disturbo da ipobarismo. Vengono forse trattati con qualche misterioso farmaco... magari estratto proprio dai surreni? Il sospetto viene segretamente "girato" ai laboratori di ricerca che lavorano per il

Pentagono, in uno dei quali lavora un chimico di primo piano, Edward C. Kendall, già noto per aver scoperto - a soli 28 anni - due ormoni prodotti dalla tiroide, la tiroxina (T4) e la triiodotironina (T3); e ora sta interessandosi a un'altra ghiandola a secrezione

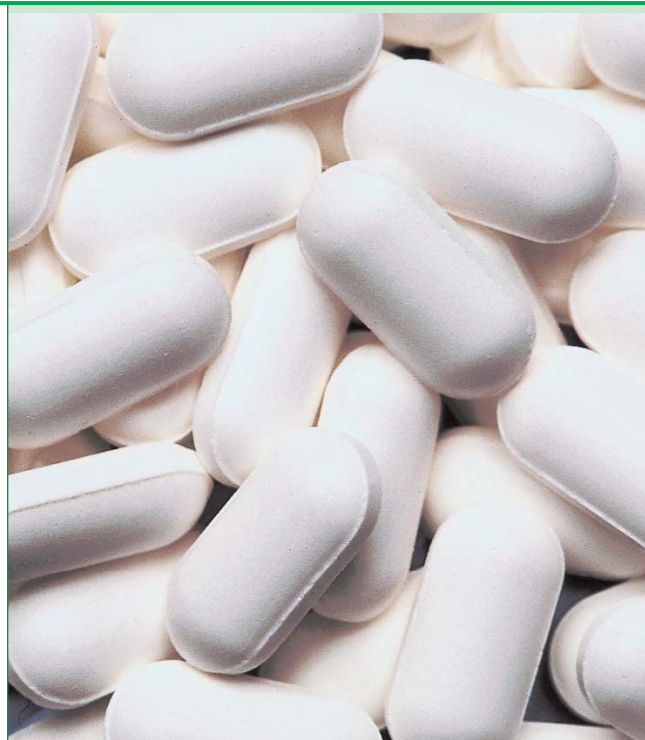
interna, proprio il surrene. Kendall ha osservato che gli animali sperimentalmente privati della corteccia surrenale muoiono dopo aver sviluppato tutti i sintomi di una malattia, il "morbo di Addison", di cui poco o nulla si conosce a quel tempo. Per contro, se all'animale portatore di Addison si somministra un estratto di corteccia, i suoi sintomi migliorano o regrediscono del tutto.

Ovvia la conclusione che si tratta di un'insufficiente secrezione da parte della corteccia. Ma, si chiede Kendall, qual è l'ormone diretto responsabile?

Nel frattempo, Tadeus Reichstein, un polacco naturalizzato svizzero, sta anch'egli occupandosi di ormoni corticosurrenali. Con lui Kendall intraprende una serie di ricerche, che si protrarranno per ben tredici anni. Tra alti e bassi e colpi di scena, i due riusciranno ad isolare dalla corticale del surrene ben ventotto sostanze, inizialmente designate con le lettere dall'alfabeto A, B, E, F, ecc.. Successivamente, l'isolamento e la definizione della struttura chimica dell'aldosterone verranno stabilite da Reichstein, che diverrà direttore dell'Istituto di farmacologia di Basilea. Ma i primi risultati clinici della somministrazione dei singoli ormoni non sono incoraggianti. Solo il composto E (poi battezzato "cortisone") mostra di rispondere alle aspettative, per cui le ricerche si incentrano su di esso. Si cerca in primo luogo di migliorarne la produzione mettendo a punto

nuove tecniche di preparazione. Ma il problema principale è costituito dai costi sempre più elevati per incrementare la sperimentazione. Problemi? “Macché! - interviene il Pentagono senza mezzi termini, anzi - Credito illimitato. Continuate le ricerche”. Divengono allora ben ventidue i laboratori - tra i più qualificati degli Stati Uniti - che si gettano a capofitto nell'impresa. Nel 1941 viene istituito in Usa un gruppo di lavoro denominato “Comitato dei surreni”, con a capo lo stesso Kendall. Proprio in quell'anno, un medico ricercatore dei laboratori della Mayo Clinic di Rochester, Philip S. Hench, che sta occupandosi del reumatismo articolare, fa un'osservazione di non poco conto: nei pazienti di artrite reumatoide gli accessi dolorosi articolari diminuiscono di intensità in coincidenza di particolari situazioni come gravidanza, digiuno protratto, febbre, interventi chirurgici, ittero; e ipotizza che in tali situazioni la corteccia surrenale venga stimolata a produrre un “ormone protettivo”, oppure che qualcuno dei suoi ormoni contenga una “frazione” dotata di una tale proprietà. Ma come una

**Nel 1941 viene
istituito in Usa
il gruppo
di lavoro
“Comitato
dei surreni”**



doccia fredda arriva dagli agenti segreti alleati che operano in Germania una notizia che suona come una beffa tremenda, rimettendo tutto in discussione: i piloti della Luftwaffe resistono alle grandi altezze non perché ricevono qualche farmaco misterioso, ma perché...vengono drogati. Un bel colpo per le costose ricerche sugli ormoni corticali! Almeno per gli strateghi del Pentagono.

Ma Kendall non si arrende. Sa bene che nella Scienza nulla va perduto. È già al corrente delle osservazioni di Hench nei pazienti artropatici e decide di proseguire con lui le ricerche con gli ormoni corticali: questa volta un farmaco preparato per la guerra servirà per la pace. L'industria del farmaco sarà prodiga nell'elargire i fondi necessari per continuare le ricerche.

E un bel giorno viene pre-

sentato al mondo scientifico un filmato (un modo allora inedito di comunicare) che espone i risultati di queste ricerche.

Il 21 settembre 1948 Hench ha iniettato 100 mg del composto E (cortisone) ad una donna di trent'anni immobilizzata a letto da cinque. Appena due giorni dopo ella può già muoversi per la stanza, il terzo è in piedi. L'ottavo giorno la cinepresa la riprende in strada mentre si reca a fare la spesa con la sporta sotto il braccio.

Altro filmato. Nelle prime sequenze, alcuni malati di artrite reumatoide, ridotti a veri relitti, immobili nelle carrozzine o appoggiati alle grucce, nel tentativo di muovere qualche passo. Poi l'iniezione del composto E. Una rapida dissolvenza e i pazienti ricompaiono presto più sciolti nei movimenti. Mani rattrappite riacquistano la capacità motoria di

una volta, braccia e gambe che si muovono liberamente. E sul volto dei pazienti la gioia del ritrovato benessere, del ritorno alla vita. I *media* danno ampio spazio alla notizia. Ma cadono in un grossolano qui pro quo e parlano di “vitamina E” invece che di “composto E”. Ci vorrà un bel po' per chiarire l'equivoco.

Il cortisone troverà largo impiego di tutto il mondo. Ai tre protagonisti - Kendall, Hench e Reichstein - verrà assegnato il premio Nobel 1950 “per le loro scoperte sugli ormoni della corteccia surrenale, la loro struttura e i loro effetti biologici”.

Ma in breve ci si accorge che il cortisone non può essere usato alla leggera, perché può dare reazioni collaterali anche serie specialmente relative al ricambio dei minerali. Ma, si sa, la Scienza non si ferma. In breve verranno apportate radicali modifiche alla molecola originaria, sinché negli anni 1970 si arriverà alla messa a punto dei farmaci antinfiammatori non steroidei. Un enorme progresso nella terapia che prende le sue prime mosse da un'intricata questione di spionaggio internazionale riguardante il surrene dei buoi argentini... •

**I media caddero
in errore
e parlarono
di “vitamina E”
invece che
di “composto E”**

Solidarietà... utile anche a se stessi

di Antonio Gulli

Ma che cos'è, in fondo, la solidarietà? Forse a questa domanda difficile si può rispondere – come mi suggerisce una delle esponenti storiche del movimento *Voci dei popoli del Mondo* – “avere il senso di offrire a chi non ha ciò che si è ricevuto. Sentire il bisogno di condividere con i meno fortunati la ricchezza, il dono e

quella parte di fortuna che si possiede. Sia per merito o per caso.” Già in altra occasione questo giornale ha affrontato questo tema. L'ha fatto – sia in relazione all'individuo che alla collettività – esplorandone le diverse forme, i significati e le funzioni che può assumere. Il voler andare più a fondo; il voler sviluppare questa parte del nostro sentire più personale – in cui il sociale si compenetra con il nostro vivere il sentimento – ci porta a contatto con quelle esperienze che hanno dato un corpo concreto a questo orizzonte di senso, e che vede proprio nella classe medica – tra tutte le professioni – quella che, sul piano deontologico, fonda il suo esistere sull'attenzione all'altro. Indipendentemente dalla “casacca” vestita o dalla bandiera scelta.

La testimonianza che si presenta è una delle tante e tante storie che si possono raccontare. Nella sua assoluta unicità e irriducibilità; nel suo irripetibile formarsi, questa storia – ne siamo convinti – è anche la storia di tanti e tanti medici che, attraverso le più singolari traiettorie e percorsi biografici, attualmente operano sui fronti più duri di questo nostro pianeta, dove il diritto alla vita non è ancora garantito e quello alla salute e alla cura è appeso a un filo. Il filo sottile ma robusto della solidarietà.

La storia raccolta vede come interlocutrice un medico che da tanti anni opera in Eritrea dove, insieme con un medico locale – il dottor Ghebrè – ha fondato un ospedale nei pressi di Ghundae. Il testimone raggiunto – la dottoressa Stefania B. – consegue la propria laurea in Francia nel '72. In quel Paese esercita la sua professione come internista e pediatra fino a che, per vicissitudini familiari, nel '79, ritorna in Italia. Dal 1981 entra a far parte del numeroso

gruppo di medici che lavorano in uno dei più grandi nosocomi romani: il San Camillo, dove, tra l'altro, per tre anni si impegna nell'attuazione della legge 194 e dove – nel 1998 – istituisce il centro anestesilogico. Centro di cui si occupa fino al 2005.

È difficile isolare delle ragioni che possano portare una persona a impegnarsi verso i meno fortunati della terra; come ancora più difficile è presentare queste come fattori generalizzabili e che possono indurre altri medici a intraprendere lo stesso impegno. Le mie domande incalzanti, volte a cogliere la ragione di questa sensibilità verso le persone che soffrono – verso quelle discriminate e indigenti – non troveranno, nel corso del colloquio, una risposta netta; quanto sollevano un pulviscolo di accadimenti che mettono in evidenza l'emergere di una sensibilità quasi “innata”. Ciò che mi racconta sono frammenti, coriandoli di memoria, che possono, forse, tutte insieme, dare un senso all'esperienza che sta compiendo da diversi anni nel paese africano. Mi racconta: “...ho frequentato qui a Roma il Liceo Chateaubriand e lì c'erano due coppie di gemelli. Una inglese e una vietnamita. Ambedue provenienti da famiglie altolocate. Mi ricordo che erano figli di ambasciatori i vietnamiti e di diplomatici gli inglesi. Mentre i ragazzini inglesi erano invitati a tutte le feste che si organizzavano, i gemelli vietnamiti ne rimanevano esclusi. Una volta feci io una festa e l'invitai. Da quella volta in poi la classe ebbe modo di conoscerli e li assorbì. Da allora vennero invitati come tutti gli altri compagni di classe”. Che relazione può esserci tra questa esperienza giovanile e l'impegno attuale che la vede protagonista? Ciò non toglie che – a dispet-



to delle aspettative familiari – lei sceglie medicina e diventa medico. Mi dice: “Io sono felicissima di essere medico, sono felicissima di poter operare indipendentemente se la persona che ha bisogno possa pagare o meno. Io metto a disposizione il mio sapere e non è che se uno è ricco o povero fa aumentare o diminuire il mio sapere, le mie capacità non aumentano rispetto alla classe sociale”. Alla domanda se l’aspetto economico può incentivare ad avere un occhio di riguardo, mi risponde: “Il problema è avere una coscienza individuale, le persone che non sono assolutamente incentivate da questo sono incentivate dalla loro curiosità, dal loro semplicemente volere bene ai pazienti. Perché no? Dall’apertura che hanno nei confronti dei pazienti. In sostanza un certo tipo di scelta è un fattore individuale.”. Ciò non toglie che la giovinezza vissuta in Francia dalla dottoressa Stefania B. – che la porta a confrontarsi con le condizioni vissute dagli algerini in quel paese nel periodo degli effetti della de-colonizzazione, cioè nel decennio a cavallo tra gli anni ’60 e ’70 – può essere indicata come la condizione che ha favorito in lei l’emergere di questa sensibilità verso gli altri. In egual misura si può dire – come da lei stessa affermato nel corso dell’intervista – che la sua propensione a occuparsi delle persone meno garantite nasce in ragione del fatto di essere vissuta all’interno di una famiglia che lei stessa definisce “egoista”; cioè dell’essere lei stata immessa all’interno di un’educazione che metteva al centro dei comportamenti il proprio stretto interesse personale. Fatto sta che lei – oramai diventata medico e operando anche nel privato – mette in atto, già a Lione – dove ha iniziato la sua carriera medica – una specie di ridistribuzione della ricchezza che, nello specifico, si traduce nella cura gratuita verso un gran numero di persone indigenti, per la maggior parte africani. Alla domanda se il medico non debba sentire questo impegno verso l’altro, proprio in ragione della professione svolta, mi risponde: “Sì. In passato accadeva di più; oggi come oggi molto meno. Una volta il medico era molto più rispettato e ora, invece, la gente, anche in ospedale, è molto più aggressiva. Forse perché le persone chie-

La classe medica è quella che fonda il suo esistere sull’attenzione all’altro. Indipendentemente dalla “casacca” vestita o dalla bandiera scelta

dono un certo tipo di ascolto che con la mole di lavoro che c’è è difficile dare completamente. È possibile individuare la caduta di prestigio dei medici intorno agli anni ’90, più o meno da quando è aumentato il potere di acquisto”. Come – incalzo io – che c’entra il potere d’acquisto delle persone? Mi risponde: “Le persone non accettano completamente la diagnosi del medico e vanno alla ricerca continua di altre. Non esiste più quella fiducia che c’era verso il medico. Questo aspetto ha fatto sì che anche i medici – naturalmente non tutti – hanno messo in atto una specie di reazione. In sostanza le capacità, più che riconosciute dalla fiducia che il paziente prima poteva avere nei confronti del medico, oggi si legano a quanto costa la visita, cioè alla pecunia”. E continua: “Vedi, l’esperienza che oramai da tanti anni svolgo in un paese come l’Eritrea, non solo mi ha portato a vedere la medicina in un modo diverso, come un profondo servizio alla persona in tutti i suoi aspetti, come esperienza in cui devi fare tutto da sola e in cui devi imparare a risolvere i problemi più assurdi e incredibili che da noi risolveresti in pochi secondi, ma a riconoscere quanto tu possa essere importante proprio come medico. Lì non c’è un altro collega a cui chiedere o mandare il paziente. Lì ci sei solo tu. E ogni persona è sempre un problema medico e un problema complessivo. Lì tu non sei visto solo come medico, ma come persona che si occupa di loro. E poi devi stare sempre attento a rispettare le loro convinzioni. Ma alla fine paga! Questo è gratificante e ti sostiene anche nei momenti più difficili. La gratitudine e la loro completa fiducia ti ripaga dei sacrifici e delle rinunce. Insomma sei tu che curi loro ma... sapessi...”. Si può aggiungere: quanto loro “curano te!”. •





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

Congresso nazionale dell'associazione medici diabetologi

Rimini, dal 27 al 30 maggio, Nuova Fiera

Presidente: Adolfo Arcangeli

Comitato scientifico: Adolfo Arcangeli, Antonio Ceriello, Domenico Cucinotta, Alberto Micheli, Sandro Gentile, Carlo B. Giorda

Argomenti: terapia del diabete di tipo 2, validità e attualità dei target non glicemici, iperglicemia, screening e prevenzione del diabete di tipo 2, malattie cardiovascolari, ipertensione

Informazioni: **Segreteria Organizzativa** Oic srl Organizzazione Internazionale Congressi, Viale G. Matteotti 7, 50121 Firenze, tel. 055 50351, fax 055 5001912, e-mail: amd2009@amd2009.org

Management sanitario – modalità e-learning

L'Università LUM Jean Monnet e l'Istituto Superiore di Sanità organizzano tre corsi di perfezionamento in management sanitario, in modalità e-learning, per l'A.A. 2008-2009

I area: Corso di perfezionamento in prevenzione e promozione della salute - pps

II area: Corso di perfezionamento in management e programmazione sanitaria - maps

III area: Corso di perfezionamento in gestione delle aziende sanitarie - geas

Direzione dei corsi: Ignazio M. Marino, Ranieri Guerra

Durata: i corsi saranno fruibili in modalità e-learning dal 3/06/2009 al 18/12/2009

Iscrizioni: dal 2/03/2009 al 30/04/2009

Informazioni: www.lum.it, e-mail: corsi.perfezionamento@lum.it, tel. 080 6978209

Ecm: esenzione dall'acquisizione di altri crediti ecm per l'anno in svolgimento



Gastroenterologia 2009

Roma, 28 aprile, 26 maggio, 23 giugno, 6 ottobre, 3 novembre, 1 dicembre

Coordinamento Scientifico: Leonardo Tammaro

Alcuni argomenti: gastriti: correlazioni cliniche, endoscopiche ed istologiche; ulcera peptica, stipsi cronica, intestino irritabile, lassativi, diarrea cronica, malattia da reflusso gastro-esofageo refrattaria

Informazioni: Segreteria Scientifica

Maria Carla Di Paolo (responsabile), Lorella Pallotta, Sebastiano Caliendo, Silvia Borgogni, Achille Recher

Segreteria Organizzativa: Symposia S.r.l., Borgo San Lazzaro 17, 00136 Roma, tel. 06 39725540, fax 06 39725541, e-mail: info@grupposymposia.it

Ecm: richiesti crediti formativi ecm

Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini - Unità operativa di cardiologia interventistica

Trattamento della placca coronarica instabile

Roma, 6-7 Maggio, Auditorium Parco della Musica, Viale Pietro de Coubertin 30

Direttore: Roberto Violini

Alcuni argomenti: fisiopatologia della placca vulnerabile; prevenzione, diagnosi ed il trattamento; strategie di trattamento nelle acs; appropriatezza e qualità: dalle linee guida alle risorse economiche

Informazioni Segreteria Organizzativa: e.mail: info@intercardio.net; sito web: www.intercardio.net, tel. 366 2008317

Neoplasie localmente avanzate dell'addome

Roma, 8-9 giugno, Università Cattolica del Sacro Cuore, Policlinico A. Gemelli

Direttore: prof. Giovanni Battista Doglietto

Obiettivi: fare il punto sugli argomenti più dibattuti nel trattamento dei tumori localmente avanzati, utilizzando esperienze e conoscenze di estrazione chirurgica, oncologica e radioterapica

Informazioni: Segreteria Scientifica Istituto di Clinica Chirurgica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Chirurgia Digestiva Policlinico A. Gemelli, Roma, tel. 06 30155133, 06 30154436, fax 06 30156579

Segreteria Organizzativa: sig. Michele Parisi, Ufficio Formazione Permanente, Largo F. Vito 1, 00168 Roma, tel. 06 30154297, fax. 06 3051732

Ecm: in fase di accreditamento

Riflessoterapia agopunturale nelle lombalgie e lombosciatalgie

Montegrotto Terme (Pd), 8 - 9 - 10 maggio

La riflessoterapia painful points, ideata dal dott. Barbiero 30 anni fa, è "personalizzata" perché i punti sono individuati su indicazione del paziente. I painful points sono oggettivabili attraverso l'ecografia e si stimolano indirettamente con manipolazioni vertebrali semplificate e direttamente con aghi, infiltrazioni riflessogene o laser. Le statistiche eseguite dimostrano come i risultati nella cura delle lombosciatalgie mediante la tecnica painful points siano positivi e stabili nell'88% dei casi. Questa riflessoterapia è molto efficace nella cura di moltissime patologie diverse e di varie specialità

Informazioni: sig.ra Alessandra Ferrari, sito web: www.painfulpoints.com, tel. 049 710050

Convegno regionale Aogoi – Fesmed – Agite

Salerno, 16, 17, 18 aprile

Direzione scientifica: D. De vita

Rivolto a: medico-chirurghi (ginecologi-ostetrici, urologi, chirurghi generali, fisiatri) ostetriche

Informazioni Segreteria Organizzativa Grafica Pubblicitaria Napoli – Salerno, e-mail: daviddevita@tiscali.it, cell. 339 8503997, tel. 089 2595886, 389 6482823, fax 089 799102,

e-mail: info@graficapubblicitarianapoli.it, sito web: www.graficapubblicitarianapoli.it

Ecm: richiesti crediti ecm



Obesità ed eccesso ponderale

Roma, 18-19 aprile e 23 maggio, istituto Paracelso

Programma integrato di studio e di pratica clinica con medicina tradizionale cinese e medicina omeopatica per il trattamento causale dell'obesità.

I seminari prevedono la frequenza di un week-end, di 1 giornata di approfondimento e di 2 giornate di tirocinio pratico da concordare con la segreteria. I seminari sono riservati ai medici e non richiedono alcuna conoscenza specifica della medicina cinese e dell'omeopatia.

A tutti i partecipanti sarà fornito il manuale. Sono previsti seminari in varie città italiane

Informazioni: Segreteria tel. 06 5816592

Associazione nazionale dentisti italiani

Congresso regionale Andi Sicilia

Trapani, 16 maggio

Relatori: prof. E. Gherlone, prof. G. Malagnino, prof. A. Pelliccia, dott. Roberto Callioni, prof. F. Mangani, prof. A. Putignano, prof. A. Cerutti, prof. M. Amato

Informazioni: Segreteria Organizzativa Andi Sicilia, presidente dott. Alberto Adragna, Piazza Sant'Agostino n.12, 91100 Trapani, tel./fax 0923 546522, e-mail: albertoadragna@libero.it

Protesi di ginocchio: dalla chirurgia alla riabilitazione

Moncrivello, 8 maggio

Direzione scientifica: Cisari Carlo e Castelli Pier Giorgio

Informazioni: Associazione Silenziosi Operai della Croce, Centro di Riabilitazione "Mons. Luigi Novarese", Santuario B.V. del Trompone, 13040 Moncrivello (Vc), tel. 0161 426.524, fax 0161 433885, e-mail: formazione@trompone.it

Ecm: richiesti 8 crediti ecm per medici e fisioterapisti

Fondazione Irccs - Istituto nazionale dei tumori di Milano

Dissezione chirurgico-anatomica del collo e della cavità orale

Alicante, 16-17 aprile

Informazioni: Segreteria Scientifica-Organizzativa

dott. W. Fontanella, e-mail: walter.fontanella@istitutotumori.mi.it, tel. 335 6466379,

d.ssa Letizia Ferraro, e-mail: letizia.ferraro@istitutotumori.mi.it, tel. 347 8902158,

dott. R. Bianchi, e-mail: roberto.bianchi@istitutotumori.mi.it, tel. 349 8343736

Ecografia clinica

Bologna, 4-8 maggio, aula magna ospedale Maggiore, Largo B. Nigrisoli 2

Direttore: Vincenzo Arienti

Obiettivi: i corsi sono a carattere residenziale e si propongono di fornire le nozioni di base ed aggiornamento in ecografia mediante lezioni frontali ed esercitazioni pratiche

Alcuni argomenti: l'esecuzione dell'ecografia addominale, anatomia del fegato, epatocarcinoma, pancreas, biopsia in nefro-urologia, alcolizzazione, nefropatie mediche, utero-annessi

Informazioni: Progetto Meeting, Via De' Mattuiani 4, 40124 Bologna, tel. 051 585792, fax 051 3396122, e-mail: info@progettomeeting.it, sito web: www.ecografiabologna.org/corso2009

Ecm: richiesti crediti ecm



Medicina manuale

Roma, 11-16 maggio, Hotel Kaire, Via Maffeo Vegio 18

Responsabili scientifici: dott. Manlio Caporale, dott. Hermann Locher

Argomenti: eziopatogenesi del blocco, semeiotica segmentale di maigne, mobilizzazione probatoria e manipolazione mirata, tecniche diagnostiche e terapeutiche manuali di base per il rachide dorsale e le articolazioni costo-trasversarie, tecniche diagnostiche e terapeutiche manuali di base per il rachide lombare e le articolazioni sacro-iliache

Informazioni: sig.ra Angela Notaro, tel. 06 30683045, fax 06 30609476, e-mail: info@medicinamanuale, sito web: www.medicinamanuale.it

Ecm: riconosciuti 43 crediti per i medici chirurghi e i fisioterapisti

Fratture della mano: diagnosi, trattamento e riabilitazione

Caltagirone, 16 maggio, Hotel Monteverde, Via delle Industrie

Alcuni argomenti: diagnostica per immagini, lesioni osteorticolari della mano: approccio chirurgico o trattamento conservativo, lesioni osteorticolari della mano e polso: approccio chirurgico o trattamento conservativo, riabilitazione delle fratture con trattamento incruento

Destinatari: il convegno è destinato a medici specialisti in fiatria e fisioterapisti

Informazioni: Segreteria Organizzativa

dott. Morano Nino, tel. 338 8186059, e-mail: morano@intefree.it, dott. Giuseppe Internullo 330 406367, e-mail: internullo.g@virgilio.it

Ecm: richiesti crediti formativi

Ipnosi per analgesia

Pescara, 8-9-10 maggio

Direttore: d.ssa Pilar Coppola

Iscrizioni: entro il 15 aprile

Alcuni argomenti: storia e teorie, scuole e studiosi, indicazioni e controindicazioni, linguaggio ipnotico, plagio, contratto terapeutico, fasi e modalità operative, induzione diretta e indiretta, trance neutra, terapeutica, segni, sintomi, condizionamento, deipnotizzazione, effetti collaterali

Informazioni: Segreteria Scientifica d.ssa Iolanda Fabrizio, tel. 085 2058104, 348 4912025

Congresso nazionale italian chapter international society cardiovascular ultrasound

Imaging cardiovascolare: clinica, diagnosi e terapia

Ostuni, 13-15 maggio, sala convegni masseria Santa Lucia

Presidenti: M. M. Ciccone, S. Favale, P. Palmiero

Obiettivi: trattare i più importanti aspetti ecocardiografici delle più diffuse cardiopatie attraverso letture, presentazioni e casi clinici. Da una appropriata prescrizione dell'esame, di precipuo interesse del mmg, alla più efficace esecuzione ed interpretazione, per cardiologi ed internisti

Informazioni: Segreteria Organizzativa

Meeting Planner, via S. Matarrese 12, 70124 Bari, tel. 080 9905360, e-mail: segreteria@meeting-planner.it, segreteria@iciscu.org, sito web: www.iciscu.org

Ecografia ed ecointerventistica in epato-gastroenterologia

Ravello, Costiera Amalfitana (Sa), 14 - 15 - 16 maggio

Referente Scientifico: prof. Antonio Giorgio

Programma: tavola rotonda: ecoendoscopia in gastroenterologia, la steatosi epatica non alcolica (nash), la ceus in epatologia, nuovi aspetti in ecointerventistica: la rf delle cisti idatidee, il fibroscan visto dagli ecografisti, il trattamento dell'epatocarcinoma: più punti di vista per un solo bersaglio, il trattamento ablativo percutaneo, la tace, resezione e trapianto, i nuovi farmaci biologici

Informazioni ed iscrizioni : tel. 081 5908381, 081 5908278, e-mail: assanui1@virgilio.it, segreteria@ecoanei.eu, sito web: www.ecoanei.it



Pubmed contro Google? Come usare Internet per il proprio aggiornamento

Roma, 8 maggio, aula multimediale

Direzione scientifica: Chiara Bassi, Luca De Fiore

Iscrizioni: entro il 20 aprile

Obiettivi: promuovere tra le figure professionali che operano in Sanità l'uso consapevole di internet in tutte le sue declinazioni

Informazioni: Erica Sorelli, tel. 06 86282347, fax 06 86282250, e-mail: e.sorelli@pensiero.it

Ecm: il corso è accreditato secondo il programma per l'educazione continua in medicina per tutte le professioni sanitarie

Ecografia Internistica

Castello di Garganza, Monte San Savino (Arezzo), 30 maggio - 3 giugno

Direttori: dott. Marcello Caremani, dott. Fabrizio Magnolfi

Principali argomenti: fegato, vasi portali, colecisti e vie biliari, pancreas, milza, tubo gastroenterico, reni, vescica, prostata, surrene, linfonodi, organi genitali femminili, polmone, traumi addominali, aorta, ecografia interventistica diagnostica e terapeutica, eco-color-doppler, ecografia con contrasto, tecnica dell'esame

Informazioni : ultrasound congress, tel. 0575 380513 - 348 7000999, fax 0575 981752

e-mail: info@ultrasoundcongress.com, sito web: www.ultrasoundcongress.com

Microchirurgia in diretta di meningiomi intracranici

Vicenza , 7-8 maggio, Ospedale di Vicenza, Viale Rodolfi 37

Presidente: dott. Lorenzo Volpin

Tale corso si rivolge a specialisti orl, neurochirurghi , neurologi, radiochirurghi, radioterapisti

Il Corso vedrà una parte importante di apprendimento diretto dalla live surgery con diretta video dalla sala operatoria. Vi saranno poi una serie di interventi a tema in aula su tale tipo di patologia con discussione sulle varie possibilità terapeutiche

Informazioni: segreteria 0444 753826, e-mail: lorenzo.volpin@ulssvicenza.it

Carcinoma della prostata

Roma, 23 maggio, azienda complesso ospedaliero San Filippo Neri, Via G. Martinotti 20

Direzione Scientifica: d.ssa M.A. Mirri, dott. G.M. Giacomini

Destinatari: medici di medicina generale

Obiettivo: creare un percorso diagnostico terapeutico (pdt) condiviso tra specialisti ospedalieri e medici di medicina generale per offrire al paziente una terapia personalizzata, condivisa ed economicamente sostenibile

Informazioni: Segreteria Organizzativa Latitudine Zero, tel. 334 9698923, fax 0862 311612,

e-mail: latitudine.zero@tiscali.it

Ecm: in fase di accreditamento

Topics in gastroenterologia ed epatologia

Piacenza, 29-30 maggio, presso centro congressi Park Hotel, Strada Valnure 7

Direttore: F. Fornari

Alcuni argomenti: epatologia, efficacia della terapia antivirale c, epatite cronica c genotipo 1, le infezioni batteriche nel paziente cirrotico, gastroenterologia, endoscopia digestiva

Informazioni: Segreteria Scientifica

G. Aragona, G. Comparato, L. Fanigliulo, F. Giangregorio, M.G. Marinone

Segreteria organizzativa

Progetto Meeting, Via De' Mattuiani 4, 40124 Bologna

tel. 051 585792, fax 051 3396122, e-mail: info@progettomeeting.it

Ecm: accreditamento ecm. previsto per medici chirurghi



Associazione allergologi immunologi territoriali e ospedalieri sezione Sicilia

Malattie allergiche

Mondello (Pa), 22-23 maggio, Hotel Palace

Presidente: dott. Marcello Zambito

Segreteria Scientifica: Calogero Caramazza, Antonino Ingrassia, Rosalba Natoli, Giovanna Scarantino, Giuseppe Valenti, Marcello Zambito

Segreteria Organizzativa: Cica Congress, Via Terrasanta 12/14, 90141 Palermo, tel. 091 7829192, fax 091 6260639, sito web: www.cicacongress.com, e-mail: info@cicacongress.com

Scuola di specializzazione in gastroenterologia dell'università di Bologna

Malattie infiammatorie croniche intestinali

Bologna, 22 maggio, auletta Labò Barbara, nuove patologie policlinico S. Orsola – Malpighi

Alcuni argomenti: genetica ed ambiente nelle ibd, diagnostica per immagini nelle ibd, nuove tecniche diagnostiche: sierologia ed endoscopia, strategie vecchie e nuove nel trattamento delle ibd

Informazioni: Segreteria Organizzativa Progetto Meeting, Via de' Mattuiani 4, 40124 Bologna tel. 051 585792, fax 051 3396122 e-mail info@progettomeeting.it

Ecm: richiesto accreditamento ecm per medici

Associazione italiana ulcere cutanee

Lesione cutanea

Savona, 8-9 maggio, Fortezza del Priamar

Presidente: Gaetano Romano

Alcuni argomenti: best practice nella cura delle ulcere, multidisciplinarietà delle ulcere cutanee:

aspetti sottovalutati, dolore e ulcere, ulcere infette, continuità assistenziale tra ospedale e territorio

Informazioni: Segreteria Organizzativa Centro Congressi Internazionale s.r.l., Corso Bramante 58/9, 10126 Torino, tel. 011 2446915-6, fax 011 2446900, e-mail: elisa.macri@congressiefiere.com, e.baccalaro@congressiefiere.com

Ecm: richiesta assegnazione crediti ecm al ministero della Salute per medici, infermieri, fisioterapisti e podologi

Vulnera mentis III, consensus conference

Pisa, 22-23 maggio, MyOne Hotel Galilei

Presidenti: dott. Giovanni Cannavò, prof. Nino Basaglia, dott. Giacomo Travaglini

Alcuni argomenti: criteri di classificazione degli esiti del trauma encefalo-midollare e loro valutazione medico legale, risarcimento integrale del danno patrimoniale e non patrimoniale

Informazioni: Segreteria Organizzativa

Impronte srl, tel. 050 8312194, 8312083, fax 050 8310827, e-mail: zaira.lombardo@improntesrl.it, sito web: www.melchiorregioia.it

Ecm: richiesto accreditamento ecm per le discipline di: medicina legale, medicina fisica e riabilitazione, neurologia

Associazione flebologica ambulatoriale e di day surgery

Stages in flebologia

Padova, maggio, ottobre, novembre

Responsabile scientifico: dott. Ugo Baccaglini

Informazioni: Segreteria Organizzativa

Associazione flebologica ambulatoriale in collaborazione con

Dlm srl, Via XX Settembre 37, 35122 - Padova, tel. 049 665481, fax 049 665685, e-mail: afads@tiscali.it, sito web: www.afads.com

Ecm: attribuiti crediti ecm

Come comunicare (ai malati) con efficacia

Oggi risulta fondamentale nella professione medica comunicare con i pazienti in modo semplice ed efficace, un modo trasparente e personalizzato tra il medico e chi gli sta di fronte

di Maurizio Zomparelli (*)

La chiave di lettura della comunicazione efficace è quella di rendere esclusiva la comunicazione interpersonale, uniformandola singolarmente caso per caso e non generalizzandola.

Ogni essere umano rappresenta un universo comunicativo a se e la chiave di lettura per entrare nella sua comunicazione è quella di farlo senza creare squilibri, insomma in assonanza e non in dissonanza comunicativa per arrivare all'empatia, ultimo e massimo stato vincente della comunicazione.

Empatizzare significa sapere ascoltare, comprendere, condividere le necessità ed il dramma del nostro paziente e successivamente sapere indicare la via d'uscita o l'accettazione dello stesso dramma attraverso la nostra interpretazione e comprensione dello stesso. Il paziente reagirà sicuramente in modo positivo ai nostri suggerimenti e collaborerà attivamente al progetto terapeutico proposto.

Dire ad un paziente: "Tu hai il cancro, ma oggi la medicina ti permetterà di vincerlo" può non essere sufficien-



te per ottenere la collaborazione del nostro paziente. Dire allo stesso paziente: "Comprendo quanto sei preoccupato del tuo futuro e di quello che ti attende, ma so che ti starò vicino e ti suggerirò come affrontare l'intervento o la terapia, perché ti assicuro che ne trarrai tanti benefici e tu dovrai lottare insieme con me per vincere il male che ti fa soffrire", questo sì potrebbe essere più convincente come modo di comunicare per ottenere quella necessaria determinazione e collabora-

zione da parte del nostro paziente.

Altra considerazione da tenere presente è la comunicazione analogica, quella del corpo, dello sguardo, della nostra postura. Noi vediamo gli altri, ma loro ancor più vedono noi e la nostra immagine nel suo complesso; questo vuole dire che se non ci poniamo in modo convincente al nostro interlocutore potremmo fallire nell'intento di comunicare un concetto od una tesi in modo significativo e penetrante. Se invece vogliamo fare comprendere in

modo personale quello che diciamo e rendere la nostra comunicazione condivisa dobbiamo tenere conto anche di come e dove comunichiamo ed in quale modo ci poniamo.

Infine, consiglio di utilizzare la Pnl (programmazione neuro-linguistica), tecnica assolutamente indispensabile per individuare la chiave di accesso comunicativo con il nostro interlocutore, tenendo conto del suo e nostro modo di esprimerci: se ci muniamo di queste conoscenze tutto ci sembrerà più semplice e più possibile per realizzare un ottimo livello comunicativo e professionale.

Ci sono scuole mediche riconosciute che programmano corsi accreditati proprio per ottenere queste conoscenze anche a livello pratico: consiglio di seguire almeno uno dei corsi che vengono programmati a totale beneficio della nostra professionalità. Abbiamo tutti compreso che non basta conseguire la laurea in una materia per farsi considerare dei professionisti completi; è necessario mettersi in gioco per vincere le nostre preclusioni ed allargare il campo di azione riducendo i nostri limiti. La tentazione di migliorarci non dovrebbe mai abbandonarci.

(*) *Dirigente medico della clinica addominale Eur di Roma, docente della Scuola medica italiana di psicoterapia Smipi di Bologna*
Per informazioni:
www.acaya.net

"Il Giudizio universale"



8 APRILE 1994

Il pubblico, dopo ben tre anni di restauri, può tornare ad ammirare "Il Giudizio universale" affrescato da Michelangelo nella Cappella Sistina in Vaticano.



Diego
Armando
Maradona

6 APRILE 1991

Diego Maradona, fuoriclasse in organico al Napoli, trovato positivo al doping viene sospeso per quindici mesi.

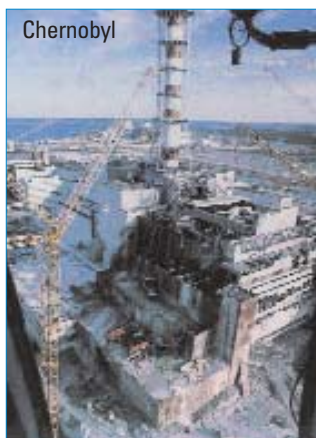
12 APRILE 1988

"L'ultimo imperatore" di Bernardo Bertolucci riceve ben 9 premi Oscar. Si tratta del film più premiato dell'anno.

Aprile e le sue storie...

Non v'è dubbio, che ogni condizione umana ha i suoi doveri. Quelli d'un infermo sono la pazienza, il coraggio, e tutti gli sforzi per non essere inamabile a coloro che gli sono vicini.

Silvio Pellico, "Le mie prigioni"



Chernobyl

26 APRILE 1986

Si verifica la più grave tragedia ecologica di tutti i tempi: a Chernobyl, in Unione Sovietica, esplode la centrale nucleare.

12 APRILE 1981

La navetta spaziale americana Columbia, guidata da John Young e Robert Crippen, effettua il primo viaggio nello spazio.

27 APRILE 1956

Rocky Marciano, grande campione di pugilato, dichiara il proprio ritiro dalle competizioni.

17 APRILE 1961

A Cuba, la Cia e gli esuli cubani tentano lo sbarco sull'isola alla Baia dei Porci: è un fallimento.



Rocky Marciano

18 APRILE 1951

In Francia viene firmato il Trattato della Comunità europea del carbone e dell'acciaio: lo sottoscrivono Italia, Francia, Repubblica Federale tedesca, Belgio, Olanda e Lussemburgo. E' il primo passo nella direzione dell'unificazione europea.

24 APRILE 1926

In Germania, a Berlino, Germania e Unione Sovietica firmano un patto di neutralità e amicizia.



Eleonora Duse

21 APRILE 1924

Eleonora Duse, durante una trionfale tournée negli Stati Uniti, muore a Pittsburg.

6 APRILE 1917

Woodrow Wilson, presidente degli Stati Uniti, dichiara guerra all'impero tedesco.

29 APRILE 1900

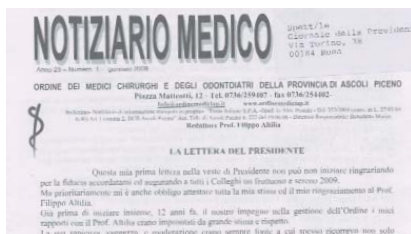
Nuova Costituzione per l'arcipelago delle Hawaii dopo l'annessione agli Stati Uniti.

Ascoli Piceno

Avviso a tutti gli iscritti

Abbiamo bisogno di conoscere il tuo indirizzo email e il numero del tuo cellulare per completare il nostro archivio informatico e permetterci di contattarti con maggiore tempestività, sia via email sia con sms.

Se non l'hai già fatto inviaci per favore una tua email all'indirizzo info@ordinemediciap.it con l'indirizzo email e numero di cellulare a cui desideri ricevere le nostre comunicazioni. Ti ricordiamo che con il 2009 terminerà la pubblicazione cartacea dell'attuale notiziario. Pertanto avvisi e scadenze saranno comunicate elusivamente via email – sms o visionabili sul sito dell'Ordine. Gli iscritti all'ordine dei medici e odontoiatri della provincia di Ascoli Piceno che vogliano trasferire l'iscrizione all'Ordine della provincia di Fermo, in quanto residenti e/o esercenti l'attività professionale prevalente in uno dei 40 Comuni della suddetta provincia, devono presentare domanda d'iscrizione per trasferimento all'ordine dei medici e odontoiatri della provincia di Fermo, Corso Cavour 71 – 63023 Fermo.



Terni

Compilazione della ricetta da parte del sostituto del medico di famiglia o del pediatra di libera scelta

Ad integrazione della Circolare regionale riportata nel numero 1/2008 del Bollettino d'informazione sono necessarie alcune precisazioni per evitare che la ricetta redatta dal sostituto incorra nella censura di un solerte funzionario di Federfarma regionale.

Nel ricettario comune del Ssn la firma del sostituto deve essere apposta nel riquadro "Timbro e firma del medico", unitamente col timbro del medico titolare. Il timbro del sostituto va apposto nell'angolo in basso a destra dello spazio riservato alla prescrizione.

Nel ricettario per stupefacenti, nel riquadro "Timbro medico, indirizzo e n. telefono professionista", deve essere riportato, oltre ai suddetti dati del sostituto (che è il "proprietario" di questo ricettario) ed alla dizione "prescrizione redatta in sostituzione del dr. XY, codice regionale XXYY" anche l'indirizzo dello studio del medico titolare (Circolare ministero della Salute 30 giugno 2003 n. 800.UCS/AG1/4870), per cui la dizione completa sarà: "prescrizione in sostituzione del dr. XY, codice regionale XXYY, con studio in XXYY via XXYY".



Genova

Proroga del documento sulla valutazione dei rischi per studi medici e odontoiatrici con dipendenti

Nello scorso numero di "Genova Medica" vi avevamo dato comunicazione che il termine ultimo per l'effettuazione della valutazione dei rischi per gli studi medici e odontoiatrici con dipendenti era il 1° gennaio 2009. A dicembre, invece, è stata disposta una proroga che sposta questo termine al 16 maggio 2009.

Attenzione, però, perchè la proroga è relativa solo ai nuovi adempimenti sulla valutazione dei rischi e le relative sanzioni previste relativamente ai rischi da stress lavoro-correlato e alla data certa del documento di valutazione dei rischi. Rimane, quindi, in vigore il termine ultimo del 1° gennaio per l'obbligo di integrare il documento dei rischi secondo quanto previsto dal D. Lgs 81/08.



Brescia

L'Ordine e la comunicazione

Il collegamento fra la struttura ordinistica e gli iscritti è un mezzo fondamentale per mantenere vivo l'interesse dei medici nei confronti del loro Ordine e per dare loro modo di partecipare alla sua gestione giudicandone la validità e la correttezza. Il Consiglio Direttivo ha pertanto posto particolare cura alla gestione dei mezzi di comunicazione, non lesinando mezzi finanziari, ricercando l'aggiornamento tecnologico ed assicurando ampia disponibilità di personale. Ovviamente la comunicazione per essere veramente valida presuppone che non avvenga a senso unico dal centro alla periferia, ma che si svolga in entrambe le direzioni; ciò è da sempre auspicato da tutti i Consiglieri che si attendono che gli iscritti facciano pervenire commenti, proposte, critiche, sia in relazione a quanto pubblicato sia in modo spontaneo ed indipendente. Attualmente l'Ordine utilizza per comunicare la rivista mensile BresciaMedica, la newsletter elettronica settimanale ed il sito internet al momento in fase di revisione. BresciaMedica rimane l'organo ufficiale ordinistico e vuole essere nel contempo specchio completo di quanto avviene nell'ambito dell'Ordine stesso e mezzo di informazione variamente orientato su diversi argomenti utili alla vita pratica del medico il tutto in forma leggera ed accattivante onde facilitarne ed incrementarne la lettura. In tal senso va interpretata la presenza di un piccolo spazio letterario e di alcune fotografie ad oggetto naturalistico od artistico. E' anche presente uno spazio dedicato



agli scritti dei Colleghi purtroppo spesso non usufruito. Per coloro più interessati a specifiche norme od ai verbali del Consiglio Direttivo o della Commissione Albo Odontoiatri vi è allegato uno specifico inserto. La settimanale lettera elettronica giunge a tutti gli iscritti che hanno fornito il loro indirizzo di posta elettronica fornendo un notiziario conciso ed aggiornato; i medici che non hanno ancora comunicato il loro recapito elettronico potranno farlo in ogni momento contattando la segreteria. Il sito internet è in fase di ulteriore espansione e perfezionamento; fra breve fornirà oltre ad un ampio spazio informativo, servizi di vario genere. A tutti gli iscritti l'invito pressante ad usufruire dei suddetti mezzi di comunicazione dedicando loro un minimo di attenzione così da non rimanere privi di informazioni alle volte anche di rilevante importanza.

Dott. Raffaello Mancini

Firenze

Buone pratica per la sicurezza del paziente

Nell'ambito delle iniziative tese a favorire l'introduzione, la diffusione e l'applicazione di buone pratiche per la sicurezza del paziente, la Giunta Regionale Toscana, con la delibera n. 1005 del 1° dicembre scorso, ha approvato l'introduzione nelle Aziende Sanitarie di alcune buone pratiche mirate a realizzare un sempre più completo sistema di gestione del rischio clinico, in aggiunta a quelle già esistenti. Più precisamente la recente delibera riguarda: la misura e la gestione del dolore; l'adesione alla rete di sorveglianza microbiologica; la gestione dei chemioterapici antiblastici; l'utilizzo dei cateteri venosi centrali; la prevenzione e il trattamento delle ulcere da pressione. Le Aziende Sanitarie sono, quindi, stimolate a porre in essere tutti gli adempimenti necessari per l'applicazione delle suddette buone pratiche all'interno delle rispettive strutture assistenziali, anche in collaborazione con le società medico-scientifiche di riferimento.



Novara

Pubblico impiego, il ricovero ospedaliero non riduce la busta paga se lo prevede il contratto

I periodi di ricovero ospedaliero e di convalescenza post ricovero non riducono la busta paga se lo prevede il contratto. Infatti l'art. 71 del Dl 122, ora legge 133/08, per le assenze per malattia dovute a infortuni sul lavoro o a causa di servizio,



oppure dovute a ricovero ospedaliero o a day hospital prevede che sia fatto salvo l'eventuale trattamento più favorevole se previsto dai contratti collettivi o dalle specifiche normative del settore; secondo l'Uppa (parere 53/2008) ne deriverebbe che tale previsione vada estesa anche al periodo di convalescenza post ricovero.

Alessandria

Proroga di un anno per la libera professione intramoenia negli studi

Con la Legge n. 189 del 4/12/2008 è stato convertito il Dl 154/2008, nel quale è previsto che gli studi medici e le strutture private non accreditate potranno ancora per un anno (fino a gennaio 2010) essere utilizzati per l'intramoenia "allargata" dei dirigenti sanitari. Una proroga di quattro anni (fino alla fine del 2012) è concessa inoltre alle Aziende per realizzare le strutture dedicate alla libera professione. La proroga è dovuta al fatto che le aziende non hanno realizzato ancora le strutture necessarie alla libera professione e che il governo intende realizzare una riforma complessiva del sistema.



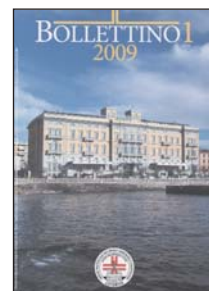
Livorno

Certificato di malattia

Indicazione ai medici di medicina generale per una corretta compilazione.

È necessario:

- compilare tutti i campi della prima sezione del certificato accertandosi che la seconda copia sia leggibile;
- prestare particolare attenzione alle date e al codice nosologico;
- scrivere in modo comprensibile la diagnosi al fine di poter disporre una visita medica di controllo mirata;
- indicare se si è verificato un incidente stradale o accidentale al fine di poter stabilire l'eventuale responsabilità di terzi.



Validità del certificato

È bene ricordare che:

- la data di inizio della malattia riportata sul certificato non può essere anteriore a quella del giorno precedente;
- nel caso di continuazione della malattia, il certificato rilasciato il lunedì successivo al periodo di malattia non potrà comprendere il sabato anche se non è lavorativo. In ogni caso la continuazione della malattia deve essere indicata.

(a cura della Direzione regionale per la Toscana)

Viaggio nella memoria radio-televisiva italiana

di Ludovica Mariani

Alla guida di Rai Teche (www.teche.rai.it) fin dalla sua nascita, nel 1997, Barbara Scaramucci (giornalista, scrittrice e prima donna a ricoprire l'incarico di direttore giornalistico in Rai) ci parla del lavoro di ricerca e documentazione della storia

della radio e della tv italiana. Uno sterminato archivio di 600 mila titoli, sempre in crescita, che ci racconta l'Italia che fu e che sarà.

Quando nasce Rai Teche?

Nasce 12 anni fa per decisione della direzione generale della Rai consapevole che per ampliare l'offerta sulle nuove piattaforme, satellitare e digitale terrestre, doveva recuperare e catalogare il suo straordinario archivio, in modo particolare quello televisivo.

Quale titolo o filmato è orgogliosa di avere?

Nella ricerca e catalogazione dal 3 gennaio 1954, giorno ufficiale di avvio delle trasmissioni televisive, abbiamo potuto sfatare alcune leggende. Tra queste la "perdita" di *Alto Gradimento*. Che invece è stato completamente recuperato, persino le puntate mai andate in onda, fatte come prova da Arbore e Boncompagni. Lo stesso per i teleromanzi e gli sceneggiati. Dal '54 ci sono tutti con l'eccezione di sette titoli. Un mese fa abbiamo trovato una puntata sperimentale di *Campanile sera*, mai trasmessa ma realizzata per i dirigenti Rai a Milano il 22 ottobre 1959 una settimana prima che il programma andasse in onda. Purtroppo si confermano dei buchi. Come *Giovanna la nonna del Corsaro Nero* un titolo importante della grande stagione della tv dei ragazzi degli anni 60 andato irrimediabilmente perduto.

Cosa rimpiange di non avere?

Mancano inspiegabilmente due commedie di Eduardo De Filippo degli anni 61/62, *Sabato*, *Domenica e Lunedì* e *Sik-Sik l'artefice magico*. Sono andate perdute o portate via da qualcuno. Manca poi l'esecuzione di Luigi Tenco a Sanremo di *Ciao amore ciao* pochi minuti prima che andasse nella camera di albergo e si uccidesse. Ho cercato invano per anni, persino alla Procura di Imperia, il filmato di quella serata. Ci eravamo convinti che all'epoca fosse stato preso dagli inquirenti. Ma così non è e questo materiale non risulta essere stato mai nelle mani dalla polizia né della procura, negli archivi Rai non c'è e purtroppo la video registrazione nel 1967 non esisteva.

Un intenso lavoro anche di collaborazioni.



Barbara Scaramucci
(foto Dati)

Sì, con Rai Storia ad esempio, canale di Rai Educational diretto da Giovanni Minoli. Usa materiale documentaristico e credo diventerà uno dei canali più significativi con la diffusione del digitale terrestre. Collaboriamo poi con il mondo istituzionale della cultura, del cinema e dell'arte, dalla Mostra su Giotto in corso a Roma alle fondazioni dedicate ai protagonisti del giornalismo e della televisione. Collaboriamo con la Fondazione Biagi, con il Museo della Scienza di Milano e la Fondazione Arnaldo Pomodoro. Il 22 aprile, a 100 anni dalla nascita di Montanelli, annunceremo la collaborazione con la Fondazione a lui intitolata. Possiamo dire con orgoglio che non c'è mostra, rassegna, convegno o museo che non abbia un'area audiovisiva con i nostri materiali.

Le prossime iniziative di Rai Teche?

I più amati dal pubblico sono gli sceneggiati che stanno uscendo sotto forma di varie collane tematiche (ultima quella del Giallo-Mistero). Di teatro è già uscito tutto Pirandello, Goldoni e le commedie di Garinei e Giovannini.

**Possiamo dire con orgoglio
che non c'è mostra, rassegna, convegno
o museo che non abbia un'area audiovisiva
con i nostri materiali**

Le prossime uscite prevedono tutta la storia televisiva di Mina e del Quartetto Cetra, mentre per il teatro proponiamo i grandi classici, dall'Amleto con Vittorio Gassman ai duetti di Albertazzi e Dario Fo.

Molti programmi sono costruiti oggi su vecchi filmati. Che pensa di questa "operazione nostalgia"?

Non tutti utilizzano bene il repertorio. Arbore in *Meno siamo meglio stiamo* è un esempio di uso straordinario. *Cominciamo bene prima* su Rai3, parla soprattutto di Teatro e usa il materiale di repertorio in modo elegante e corretto. Minoli lo fa diventare storia contemporanea sia con *La storia siamo noi* sia con il nuovo canale Rai Edu Storia. Ci sono buone cose su Rai Sat Extra e Premium e ho trovato attualizzato, intelligente e scherzoso l'utilizzo in *Tutti pazzi per la tele*. Mi è piaciuto l'uso ironico e surreale ne *La superstoria*, ma la migliore trasmissione televisiva in assoluto per me resta *Blob* che è l'unico modo per capire che tipo di televisione stiamo vivendo.

Si valuta la qualità nella scelta dei programmi da archiviare?

Nessun archivio lo fa. Quando negli anni '60 hanno scelto di tenere di alcuni programmi solo un paio di puntate ci hanno depauperato l'archivio. Intanto costerebbe di più selezionare che prendere tutto e poi siamo proprio sicuri che nell'estate del 1970, ad esempio, tutti avessero la percezione che *Alto Gradimento* era un programma che stava cambiando il modo di fare la radio? Io penso di no. I posteri hanno il diritto-dovere di vedere cosa è stata una certa stagione televisiva. Prendiamo ad esempio i programmi contenitori, forse i peggiori e certo i più criticati: è innegabile che al loro interno ci sono elementi che rappresentano il costume e la società. Come si potrebbe selezionare e poi chi avrebbe la titolarità di farlo? Quindi difendo con convinzione la scelta per la quale mi sono battuta di archiviare tutto.

Si guarda con rimpianto alla tv del passato. È possibile rifarla?

È finita la stagione di una televisione ad alto valore culturale, pedagogico e formativo, irripetibile come il bianco e nero. La qualità invece può esistere sempre e l'errore della Rai è stato di aver guardato al modello commerciale più che alla produzione differenziata in chiave di qualità. È iniziata così la stagione dei format per l'intrattenimento che non a caso è il settore qualitativamente più debole. Il Paese vive una stagione di appiattimento della creatività di cui la Rai è in parte responsabile per non essere andata a cercare, letteralmente fare scouting, le migliori professionalità di creativi e autori televisivi.

C'è aria di cambiamento nel senso dell'offerta e della qualità?

Spero nella diffusione del digitale terrestre. Alla fine di questo anno il 30 per cento del territorio sarà digitalizzato e tra un anno e mezzo oltre il 50. Il pubblico non avrà più i soliti sei canali, ma dodici-quindici. Credo che tra il cambio della tecnologia e la necessità di aumentare l'offerta si tornerà a cercare qualità e idee nuove. I prossimi cinque anni da questo punto di vista saranno salutarì.

Cioè, se la spinta non viene dall'interno verrà dall'esterno?

Questo è l'unico Paese in Europa che è passato dal monopolio del servizio pubblico a venticinque anni di duopolio.

Un'anomalia italiana che è finita perché il digitale romperà questo schema già incrinato da Sky. Da qui si può ripartire e me lo auguro soprattutto per le nuove generazioni. La Rai è un'azienda molto rappresentativa dell'Italia dove c'è un'abbondante fetta di cialtroneria ma altrettanto abbondante fetta di ottimi professionisti affezionati all'azienda, che lavorano seriamente, con passione e impegno. La rivoluzione del digitale esalterà le migliori professionalità emarginando quel pezzo di Rai che non ci piace. •



I Promessi Sposi, Sandro Bolchi con Nino Castelnuovo e Paola Pitagora, 1967



Mike Bongiorno con Paola Bolognani in Lascia o raddoppia (1957)

Milton Gendel, un americano a Roma

Nasce a New York nel 1918 e si trasferisce nella capitale italiana nel 1949. Qui comincia a registrare con una curiosità e una produttività (72 mila fotogrammi) da geniale stakanovista la metamorfosi del nostro Paese che passa velocemente dalle macerie della guerra alla Dolce Vita

di Paola Stefanucci

Click. E tutto diventa chic, lieve, nobile: se dietro l'obiettivo c'è Milton Gendel, leggendario fotografo americano (di origine russa) che ha immortalato in bianco e in nero le icone più celebri del Novecento. Le foto di Milton Gendel raccontano, alle pupille e al cuore, tutto quel che c'è da sapere. Molto meglio di un resoconto dettagliato, meglio di un trattato. Egli concede imparzialmente il suo sguardo: è attratto sia dalle circostanze ordinarie sia da una strepitosa galleria di personaggi regali e famosi che cattura in atteggiamenti semplici e privati, offrendone talvolta un'immagine ironica e giocosa. Margaret d'Inghilterra, Lord Snowdon, Sir Cecil Beaton, Elisabetta II, Peggy Guggenheim, Salvador Dalí, Alberto Burri, Gianni Agnelli: nessuno avrebbe potuto ritrarli meglio di questo singolare e sempreverde artista newyorkese che con incredibile versatilità trova il tempo di esprimersi anche sul fronte della critica d'arte e del giornalismo. Con garbo ed ironia, Milton Gendel, impeccabile gentleman

dalla straordinaria erudizione e di fine sensibilità umanistica, ci racconta il suo lavoro legato alla tumultuosa ed inarrestabile espansione di quel prodigio mediatico che è la fotografia.

Il suo primo click?

Il mio più grande interesse da bambino era cattu-

rare le immagini. Ho cominciato a scattare a dodici anni.

Cosa rappresenta per lei la fotografia?

La Memoria. Fotografare significa fissare le immagini per documentare e ricordare gli eventi. E i momenti più importanti della nostra

vita. Si fotografa per motivi più disparati: sentimentali, familiari, di curiosità verso gli altri e il mondo.

La fotografia ha una sua forza indipendente o il fotografo deve prevaricare e imporre il suo pensiero?

La fotografia è tutta nell'occhio del fotografo. Nello sguardo. L'occhio è il principe.

Quale tra le celebrità che ha ritratto ricorda con maggior trasporto e perché?

Salvador Dalí. Per la sua pittura controcorrente, i suoi scritti ed anche per il semplice fatto che era un fiume di parole. Non smetteva mai di parlare, di inventare, di associare. Per la sua decisa capacità di autopromuoversi. Il successo di Dalí irritava molto André Breton che lo espulse dal movimento surrealista e lo punzecchiava continuamente per il suo attaccamento ai soldi. Ricordo che gli storpiò il nome nell'anagramma *Avida Dollars*.

Un personaggio italiano?

Gianni Agnelli. Per il suo charme magnetico. Le sue buone maniere. Era molto apprezzato anche da noi in America.

Ed uno blasonato?

La regina Elisabetta II. Ella è l'acme della competenza. Si sa calare nel ruolo istituzionale in modo esemplare, coniugando regalità e pragmatismo. Per esempio, una volta, credo nel 1975, eravamo a Buckingham Palace ed uno dei suoi cagnetti aveva sporcato il tappeto rosso davanti all'ingresso del suo ufficio. La regina non si scompose affat-



Milton Gendel ©

to, ma esclamò "Oh dear! The dog soiled the carpet". E pulì. Poi, mi invitò nel suo studio privato dicendomi: "Vieni a vedere la novità!". Mi mostrò un aggeggio per stracciare le carte, sul cui uso mi diede immediatamente una dimostrazione pratica con un portamento molto manageriale.

La sua prima mostra.

Alla Galleria Marlborough di Roma nel 1977. Non avevo mai fatto una mostra prima. Scattavo le foto per

bianco e nero faccia più arte del colore. Forse perché le foto storiche sono in bianco e nero. Io francamente non vedo una superiorità tra l'una e l'altra. Amo molto il colore. Nel catalogo della mia ultima mostra di Londra la copertina è a colori e vi è tutta una sezione di foto a colori. Però i collezionisti preferiscono il bianco e nero che, ovviamente, si vende più del colore. È un mito del mercato.

goranti intuizioni. Ad esempio, ha lanciato Alberto Burri in America magnificandolo in un saggio pubblicato sulla prestigiosa rivista Art News.

Da medico di campagna, Alberto diventò un personaggio internazionale. Durante la seconda guerra mondiale in servizio con il corpo medico dell'esercito italiano, fu catturato e portato in un campo di prigionia in Texas dove per ingannare il tempo dipingeva paesaggi. Libera-

gato Giovanni Carandente, storico e critico dell'arte, di cui avevo il massimo rispetto, quando mi ha invitato a far parte della Commissione per la Biennale di Venezia.

Ma come è arrivato in Italia?

Grazie ad una borsa di studio Fullbright. Per imparare un po' la lingua, cominciai a tradurre il manuale *Saper vedere l'architettura* di Bruno Zevi. Dopo un anno il libro venne pubblicato anche in inglese. Bruno era molto teatrale, mi fece un complimento barocco: "La tua traduzione mi è piaciuta tanto. La farò tradurre in Italiano per la seconda edizione". Un giorno lo invitai a colazione a casa mia in via Monserrato. Avevo un domestico africano, un ex ascaro sessantenne alto 2 metri, sempre ubriaco. Zevi rimase scioccato da questa cornice. Lui pensava che io me la passassi bene. "Tu vivi così?" esclamò. "Sai Bruno – gli dissi – sono un po' a corto di soldi e oggi abbiamo mangiato un parafango della macchina che ho venduto la settimana scorsa". Il giorno dopo mi telefonò. Mi aveva fissato un appuntamento a piazza di Spagna dall'ingegner Adriano Olivetti, che mi ingaggiò subito come consulente culturale e addetto ai rapporti internazionali dopo un breve colloquio.

Lei è nato a New York, ma vive a Roma da 60 anni. Si sente più romano o americano?

Mi sento un americano a Roma. •



illustrare gli articoli che scrivevo. Una sera la direttrice Carla Panicale si lagnava: "Sono furibonda. Motherwell (un artista con il quale aveva fatto tante mostre) insiste che io faccia una mostra di sua moglie che è fotografa. Preferisco fare una mostra delle tue fotografie, piuttosto". E così fu. **Perché nelle sue foto predilige il (nostalgico) bianco e nero?**

Per l'insistenza dei galleristi. Essi ritengono, per una inspiegabile ragione, che il

La fotografia tradizionale, certamente non immune dall'incessante innovazione tecnologica, si sta smaterializzando in milioni di pixel. Pure lei è stato contagiato dalle riprese in formato digitale?

Sì, ma al di là della tecnologia, per fotografare ci vuole occhio, rapidità, e soprattutto fortuna.

Chi sono stati i suoi maestri?

La vita è la mia ispiratrice. **Lei è anche un autorevole critico d'arte, capace di fol-**

so se c'era un nesso tra il fatto di essere un medico e il suo impulso verso il recupero. Si aprì un nuovo orizzonte per lui. In quegli anni fu tra i primi artisti italiani a farsi un nome all'estero. Io penso di aver contribuito alla sua notorietà con il mio articolo sulla rivista più importante del settore, letta da centinaia di migliaia di persone. Ho recensito numerosi altri artisti italiani poi diventati famosi: Scialoja, Rotella, Mochetti. E mi ha molto lusingato.

so se c'era un nesso tra il fatto di essere un medico e il suo impulso verso il recupero. Si aprì un nuovo orizzonte per lui. In quegli anni fu tra i primi artisti italiani a farsi un nome all'estero. Io penso di aver contribuito alla sua notorietà con il mio articolo sulla rivista più importante del settore, letta da centinaia di migliaia di persone. Ho recensito numerosi altri artisti italiani poi diventati famosi: Scialoja, Rotella, Mochetti. E mi ha molto lusingato.

Libri ricevuti

di G. F. Barbalace

Lacrime di ghiaccio

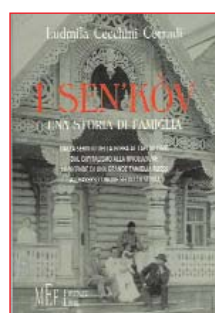


Le sedici storie raccolte da Domenico Corà in questo volume non sono tutte dei semplici racconti, come vengono presentati. Alcune sono dei ben delineati ritratti di personaggi, sconosciuti o illustri, che hanno molto influito su di lui per il loro spessore morale, per la loro grandezza d'animo, o per il loro prestigio professionale. Tanto le figure reali, descritte in poche righe, come quella del professor Lorenzo Pezzotti, o presentate con narrazioni più ampie, come quella di Toni Giuriolo, quanto le storie inventate, come quella del giovane Angelo, l'alpino mandato prima in Albania e poi in Russia, che dà il titolo al volume, tramandano un mondo di caratteri, un modo non convenzionale di essere e quei sentimenti e quei valori, forti e positivi, che Corà ha sentito il bisogno di esprimere e tramandare alle nuove generazioni.

Domenico Corà

"Lacrime di ghiaccio"

Editrice Veneta, Vicenza - pp. 327, euro 15,00



I Sen'kòv

Ludmila Cecchini Corradi, figlia di una russa, racconta la storia della famiglia materna. Questo eccezionale documento di destini umani e di storia della Russia passa attraverso la servitù della gleba, l'affrancamento dalla schiavitù, l'affermazione nella imprenditoria tessile, fino alla colpa dei Sen'kòv di appartenere, in epoca stalinista, ad

una famiglia divenuta borghese, cosa che costò la deportazione ai fratelli maggiori e la sparizione del fratello minore della madre dell'autrice. Sono tutte pagine di vita vissuta, ora di commovente affiatamento familiare, ora di grande dolore, come traspare dalle lettere della prigionia inviate dagli zii alle famiglie. L'interesse della narrazione è accresciuto dalle belle foto dei personaggi e dei luoghi di cui si parla e da un amplissimo apparato di note che rispondono a tutti gli interrogativi del lettore.

Ludmila Cecchini Corradi

"I Sen'kòv"

Mef, Firenze - pp. 391, euro 23,00

Gli occhi del futuro

Rita Calisti raccoglie in questo libro le esperienze fatte in Kenya come operatrice pediatrica nel volontariato, attività svolta con grande passione e tanto amore per i bambini del villaggio di Karungu. Dal suo racconto emerge un continuo senso di colpa derivato dal fatto di essere bianca e di sentirsi una ricca appartenente alla razza che per secoli ha sfruttato le popolazioni africane. L'autrice non considera però che, anche se i bianchi non fossero esistiti, forse le condizioni degli africani non sarebbero state oggi molto diverse. La miseria e la sofferenza di queste popolazioni si evidenzia soprattutto dal confronto con il nostro tenore di vita. Ma proprio questa differenza rende l'impegno, di chi si muove dall'opulento occidente per dedicarsi al soccorso e al riscatto degli abitanti di paesi poverissimi, un'opera encomiabile, degna di stima e di essere conosciuta ed imitata.

Rita Calisti

"Gli occhi del futuro"

Edizioni Camilliane, Torino - pp. 75, euro 12,00



Storia dell'Implantologia

Quest'opera è tratta dalla sintesi di tre tesi di Master in Implantologia discusse da Massimo Corradini, Diana Naiche e Andrea Rossi all'Università di Pisa nel 2007.

Si tratta di una significativa novità editoriale che, presentando le innovazioni nel settore, raccoglie anche la memoria storica delle differenti metodiche implantoprotesiche praticate e dei medici che le hanno concepite e che meritano di essere ricordati ed onorati. Un'ampia presentazione dei fatti concernenti l'implantologia - dai reperti archeologici etruschi, romani e honduregni, ai tentativi e alle teorizzazioni medioevali e rinascimentali, alla riproduzione cronologica degli articoli più interessanti della disciplina - consentirà all'operatore di valutare meglio la novità e la validità delle tecniche da adottare.

M. Corradini, D. Naiche, A. Rossi

"Storia dell'Implantologia"

RC Libri, Milano, pp. 319



Darwin bocciato in medicina

Un libro che rischia di riaccendere la polemica sull'evoluzionismo di Darwin. Con il suo ponderoso lavoro, ricco di argomentazioni mediche, anatomiche, chimiche, fisiche, genetiche, nonché filosofiche, psicologiche, storiche e matematiche, Giovanni Lo Presti sostiene che le ottocentesche teorie del naturalista inglese, che i postdarwinisti accolsero come verità scientifiche, ma che la comunità scientifica non ha mai pienamente recepito, oggi si dimostrano fantasiose ed empiriche. Infatti, se l'evoluzionismo si realizza modificando apparati preesistenti, gli organi umani che mancano alle scimmie non sono frutto di una modificazione. Inoltre le scoperte sulla natura unica del Dna e il risvolto sempre patologico, mai migliorativo, nelle mutazioni del patrimonio genetico contraddicono questa teoria.

Giovanni Lo Presti

"Darwin bocciato in medicina"

Bonanno Editore, Catania - pp. 416, euro 37,00

Il mondo come ikebana

I vari argomenti di questo saggio filosofico di Carlo Quattrocchi vengono alternati con la libertà compositiva di un Ikebana, l'arte giapponese di disporre rami, foglie e fiori per partecipare all'armonia universale. Al lettore attento non sfuggirà però il filo comune che unisce le diverse questioni a quell'umanesimo scientifico propugnato dall'autore che, iniziandosi con l'opera di Leonardo, ha oggi come fine il progresso umano e la conservazione dell'ambiente. Con tale visione umanistica egli tratta, in una prosa scorrevole e spesso divertente, moltissime questioni politiche, storiche, religiose, sociali, etiche, artistiche con le quali l'uomo di oggi si trova a fare i conti quotidianamente come l'islamismo, il controllo delle nascite, la bioetica, la droga, il femminismo, la sessualità, le ideologie, la globalizzazione e tanto altro.

Carlo Quattrocchi

"Il mondo come Ikebana"

Palombi Editori, Roma - pp. 343, euro 15,00



In breve

Federico F. Oriana

GIUSEPPE ORIANA

Deicata alla memoria del padre, Ammiraglio di squadra (c.a.) On. Sen. Giuseppe Oriana, questa biografia non racconta soltanto la vita di un personaggio valoroso negli studi, in guerra, nell'impegno sociale, ma è anche la testimonianza dell'affetto di un figlio giustamente orgoglioso di quanto il padre ha dato all'Italia e alla Marina Italiana.

Rivista Marittima, Roma - pp. 140

Giovanni Savignano

CODICE ROSSO

Originale raccolta di dialoghi di un medico con vari personaggi. In forma chiara e piacevole, tutti i piccoli e i grandi problemi della sanità sono qui presentati al grande pubblico, ma anche gli addetti ai lavori troveranno in questo opuscolo numerosi spunti di riflessione sulle molte cose da migliorare in campo sanitario.

Il Sole 24 Ore, Milano - pp. 145, euro 19,00

Giorgio Bolla

SOLO IMMAGINI

Il vento, che disegna la memoria e l'acqua del fiume, che scorre come il tempo silenzioso conservatore della luce dei ricordi, sono le immagini più frequenti di questa poesia che rielabora, in brevi soliloqui notturni, il gioco dell'anima nelle vie del passato e fa sentire il poeta padrone del tempo e dei sogni.

Casa Editrice Ismecca, Bologna

pp. 42, abbinato a Dvd Video

Tito A. Zambelli

ACACIE - PAROLE DAI SILENZI

Il tempo, che mescola le troppo veloci stagioni dell'anno e della vita, ha gran parte in questa poesia incentrata sull'esitazione tra i rimpianti del passato e le illusioni del futuro. E il lento morire del presente, che sfugge come sabbia fra le dita, diventa in questi versi una cascata di pensieri che, a sera, precipitano nel buio baratro della mente.

Mef, Firenze - pp. 69, euro 8,80

Alberto Raimondi

POESIE IN FORME MUSICALI

Queste liriche, già apparse in altre raccolte e pubblicazioni, sono caratterizzate dalla ricercatezza della forma, capace di raggiungere accenti leopardiani o l'esotica concisione della poesia giapponese. Simpatica è anche una presentazione di se stesso che, senza imitare il Foscolo, è scritta in dialetto lombardo.

Mef, Firenze - pp. 81, euro 9,80

I bimbi muoiono e il mondo "osserva"

Presentato nella Sala delle Colonne della Camera dei Deputati gremita di pubblico il libro di Giuliano Crisalli "Achtung bambini".

Appello di Eolo Parodi – autore della prefazione - ai medici italiani perché facciano fronte comune contro la tragica fine di milioni di fanciulli. L'autore invitato dalla Commissione parlamentare per l'infanzia per approfondire i tanti argomenti trattati

Personalità politiche, membri di Commissioni parlamentari, medici, insegnanti di scuole elementari e medie, illustri docenti universitari, presidenti e segretari di Associazioni nazionali che si occupano da anni dei problemi dei minori, segretari dell'Organizzazione delle mamme, una qualificata rappresentanza della Croce Rossa Italiana e tanti tanti cittadini. Tutti insieme hanno affollato, mercoledì 18 febbraio, la Sala delle Colonne della Camera dei Deputati per assistere – meglio, partecipare - alla presentazione del libro di Giuliano Crisalli "Achtung bambini", reportage dal mondo dell'infanzia rubata. Un pubblico così numeroso che a un certo punto s'è reso necessario l'intervento dei Vigili del fuoco per disciplinarne l'accesso.

Tutte queste persone,

uomini e donne, hanno dimostrato di essere pronte, con entusiasmo, a diventare interpreti di questo angosciante dramma moderno: i bambini che soffrono, vengono venduti, uccisi, privati dei loro organi vitali, avviliti, affamati, senza più lacrime negli occhi.

Dalla riunione, che non sarebbe sbagliato definire

"riunione di lavoro", è uscito un imperativo categorico: "Bisogna fare qualcosa!". Basta discussioni, basta buoni propositi e promesse al vento. Gli intervenuti alla presentazione hanno fornito, a loro volta, racconti di nuove continue tragedie quasi a voler rendere ancora più ponderosa l'opera di Giuliano Crisalli.

Si sono alternati al microfono: l'On. Gabriella Carlucci (Pdl) vice presidente della Commissione parlamentare dell'infanzia; l'On. Roberta Pinotti (PD) della Commissione Difesa; il prof. Eolo Parodi, il medico che si è assunto l'arduo compito di redigere la prefazione al libro di Crisalli; Bruno Tucci presidente dell'Ordine dei giornalisti del Lazio e del Molise che ha riassunto, con opportune sottolineature, "Achtung bambini"; Maria Latella direttrice di

"A", giornalista di chiara fama; Elisabetta Scala del Movimento italiano genitori; Mario Bottaro editore del libro. I loro interventi hanno mostrato un'eccezionale padronanza dell'argomento "bambini", il tutto sotto l'occhio vigile di Paola Ferrari, la giornalista Rai che si è assunta il compito, mai così facile, di dirigere il dibattito dopo aver rivolto parole affettuose di saluto, stima e apprezzamento professionale a Giuliano Crisalli.

Gabriella Carlucci

"Ha raccontato una triste vicenda di un bambino romeno per la cui salvezza la Commissione parlamentare dell'infanzia si è rivolta al Presidente della Repubblica. "All'On. Napolitano nel presentare questa triste storia consegnerò anche il libro di Crisalli pieno di questi drammi. Per altro, avendo trovato "Achtung bambini" così ricco di esempi e storie documentate, la Commissione parlamentare inviterà l'autore a partecipare a una delle prossime sedute per fare il punto della situazione anche e, soprattutto, in base a quanto scritto nel libro".

Eolo Parodi

"Dobbiamo agire subito. E' troppo tempo che questo terribile problema è sul tavolo in attesa di so-



Dalla presentazione di "Achtung bambini" è emerso con forza un imperativo categorico: "Bisogna fare qualcosa!"

luzioni. Chiamo a raccolta tutte le istituzioni italiane, europee, mondiali, e rivolgo un particolare invito ai medici affinché dopo aver letto "Achtung bambini" e aver provato, come io ho provato, un vero e proprio pugno nello stomaco, anzi una vera e propria bomba che esplode nelle nostre coscienze, reagiscano. Dico ai miei colleghi, che sono sensibili a questi problemi: mettamoci tutti insieme. Racconti così tragici non dobbiamo più leggerli. Se non riusciamo ad agire qualcuno ci giuricherà".

Roberta Pinotti

"La parte del libro che più mi ha coinvolto è quella relativa anche alla mia rappresentanza nella Commissione parlamentare di Difesa e cioè i milioni di mine sparse in tutto il mondo che continuano a dilaniare i corpi dei bambini innocenti e le "bombe a grappolo" con le quali spesso i bambini giocano rimanendo orribilmente mutilati. Succe-

de tutti i giorni: oggi, ieri, l'altro ieri".

Bruno Tucci

"Ho una lunga pratica giornalistica, raramente, però, sono riuscito in anni di ricerche su vari problemi ad aver sotto gli occhi una documentazione così precisa come quella che ci fornisce Crisalli. Chi legge questo libro non lo dimenticherà mai".

Maria Latella

"È inutile sottolineare il valore giornalistico del libro di Giuliano. Chi è del mestiere non potrà non fare tesoro di quanto vi è scritto. È un susseguirsi di emozioni, di sconcertanti verità, di racconti che dimostrano quanto possa essere perversa la natura umana.

Ho letto "Achtung bambini" commuovendomi, spaventandomi, adirandomi. È una storia senza fine come è senza fine il dolore di quella madre ucraina alla quale ignobili "commercianti" rubarono il figlio appena nato dicendole che aveva abortito al sesto mese. Questo è dolore vero".

Elisabetta Scala

"Problemi di educazione scolastica, mancanza di affetto, malattie terribili, fame, sete, aids, diarrea, preoccupano noi componenti del Movimento genitori italiani cui stanno a cuore

particolarmente questi problemi e diamo tutta la nostra disponibilità al tentativo di risolverli".

Mario Bottaro

"Come editore mi preme sottolineare che questo è un mosaico di documenti e fatti terribili, impressionanti, che non dovrebbero farci dormire la notte, che dovrebbero far chiedere a tutti noi, ma soprattutto ai "Potenti della terra" come sia possibile che queste cose accadano".

Ha concluso Paola Ferrari riassumendo i contenuti del libro e sottolineando come "Achtung bambini" contenga tante storie una dietro l'altra, qualche volta simili quasi a rappresentare un rosario di dolore. Dai bambini - soldato agli schiavi (non importa se inseriti nel vergognoso mercato del turismo sessuale o della mendicizia o di uno sfruttamento chiamato "lavoro"), dai mutilati per le mine antiuomo, per le piccole vittime dei traffici di organi, agli innocenti malati di aids e ai milioni di esseri privati di cibo, cure mediche, istruzione, fino ai fanciulli che "abitano" ai margini delle strade delle grandi città.

"Crisalli - sottolinea Paola Ferrari - non cede mai alla commozione perché non si lascia dominare dagli avvenimenti che racconta, ma si indigna e chiama tutti a raccolta,

coinvolgendoci al punto da farci sentire responsabili per i lunghi silenzi di una società cosiddetta civile, per quanto è avvenuto, avviene e accadrà, a milioni di innocenti: in Africa, Asia, nelle Americhe, in Australia e nella nostra civilissima Europa. Siamo di fronte a un quadro terrificante anche e soprattutto per la debolezza degli sforzi della società. E la società siamo noi, tutti cittadini del mondo". Giuliano Crisalli è intervenuto con poche parole: "Al termine di un lungo, faticoso e doloroso percorso dovremmo essere in grado di chiederci se sarà possibile fare qualcosa per affrontare seriamente il problema.

Anche per non continuare a provare vergogna. Il libro vuole essere una denuncia sociale che si rivolge a tutti. Un disperato "j'accuse".

Una chiamata alle armi per combattere sullo stesso fronte. Solo con la consapevolezza di ciò che accade possiamo cercare di salvare i bambini. Il nostro futuro". •

Editore:
Redazione srl
Via dei Santi Giacomo
e Filippo, 19/6
16122 Genova
Tel. 010-8376460
www.e-redazione.it
info@e-redazione.it

Slide-book di epistemologia e statistica per scienze biomediche

Lo *Slide-Book* è una “pubblicazione virtuale multimediale” costituita da una sequenza di diapositive tipo Power Point sulle quali è riportato un ampio ed esauriente testo esplicativo sugli argomenti trattati, con il vantaggio - rispetto ai comuni testi stampati - di una inconsueta economicità a fronte della notevole estensione e complessa iconografia del suo contenuto. Oltre che come testo direttamente utile al lettore, può essere quindi vantaggiosamente utilizzato per incontri, lezioni, conferenze. Altro vantaggio di questa originale e incisiva pubblicazione dell'Autore, già professore di medicina interna dell'Università Sapienza di Roma, è di esporre in modo esauriente i fondamenti essenziali di due discipline come l'epistemologia e la statistica medica, sinora poco popolarizzate o considerate esclusive per addetti ai lavori, ma nondimeno oggi essenziali per un'adeguata comprensione dei complessi problemi connessi allo sviluppo delle Scienze biomediche del III Millennio, per se stesse interdisciplinari.

Pietro Cugini

“Slide-Book di epistemologia e statistica per scienze biomediche”

Società Editrice Universo, Roma - euro 15,00

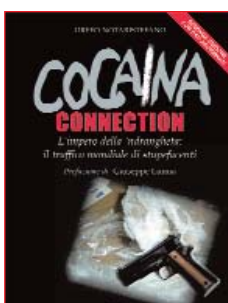
Cocaina connection

La seconda edizione del volume di Orfeo Notaristefano, con la nuova prefazione di Giuseppe Lumia della Commissione parlamentare antimafia, presenta aggiornamenti sui consumi di droghe illecite e lecite in Italia e in Europa, nonché documenti sulle azioni di recupero per i tossicodipendenti e un'intervista ad Alfio Lucchini, presidente di FeDerSerd, la federazione dei servizi ai tossicodipendenti. Il testo si focalizza sulle nuove rotte del narcotraffico con base nel Nord Africa, in Paesi dove già sono drammatiche le condizioni di vita di quelle popolazioni, falciate da guerre, miseria e Aids. Nella nuova introduzione (*Un anno di insostenibile pesantezza*), l'autore ripercorre i 14 mesi che separano la prima dalla seconda edizione, ricostruendo gli eventi nei quali il libro è stato strumento di lotta contro le mafie e, al tempo stesso, messaggio di speranza per i tossicodipendenti che vogliono liberarsi dalle droghe.

Orfeo Notaristefano

“Cocaina connection. L'impero della 'ndrangheta: il traffico mondiale di stupefacenti”

Edizioni Ponte Sisto, Roma - pp. 416, euro 16,00



Non ricordo più il tuo volto

I veri capolavori sono quelli che nascono dalla memoria, ma passano attraverso il cuore e al cuore si rivolgono. Francesco Geraci è un uomo vero, passionale, nostalgico, legato al suo passato, al suo mondo, alla sua Ragona, “paese di feudo e di zolfo o a Acquapicca, vicino, quasi uguale a Ragona”. In queste poesie c'è la memoria storica, una memoria schietta, spontanea, genuina, che si rifugia nel passato non per fuggire dal presente, ma per meglio valutarlo e conoscerlo, attraverso gli occhi attenti di chi ha vissuto e toccato con mano i fatti storici e sociali del secolo scorso e del presente; è una memoria che spesso si vela di amarezza e nostalgia perché “oggi l'onestà si dà alla latitanza” e gli uomini “hanno perduto ogni residua umana dignità”; oppure si colora e si rinvigorisce di sana ilarità, non priva di ironia, come per la sessantenne che accusa “il medico di essere stato un asino per essere stato per molti anni a scuola per scrivere un certificato, un pezzo di carta”.

La coerenza delle idee, l'integrità morale e l'onestà intellettuale sono il messaggio di quest'opera.

Francesco Geraci

“Non ricordo più il tuo volto”

Edizioni Medinova, Favara (Ag) - pp. 216, euro 12,00



A cuore aperto

Prima che fossero trasformati per sempre in aziende, gli ospedali erano luoghi in cui il colloquio medico-paziente era la premessa per qualsivoglia percorso di guarigione. Perché al centro di tutto c'era l'uomo, incarnato in questo romanzo da tanti personaggi incredibilmente autentici, così come veri e drammatici sono il dolore, la speranza e la felicità di avercela fatta. Storie di pazienti, medici, infermieri, che fanno da cornice ad eventi eccezionali. Come lo xenotrapianto tra uomo e babbuino o la storia di un giovane che vivrà 42 ore senza fegato e che al suo risveglio sembrerà aver assorbito difetti e vizi del donatore. Grazie allo sguardo disincantato ma partecipe di Luigi Rainero Fassati, che è anche medico chirurgo di consolidata esperienza, questo romanzo apre uno squarcio su fatti e misfatti della sanità in Italia.

Luigi Rainero Fassati

“A cuore aperto”

Longanesi, Milano - pp. 258, euro 16,60





Riconoscimento letterario per medici scrittori

La Lega italiana contro i tumori, sezione di Parma, indice per il 2009 la XXX edizione del Premio letterario nazionale aperto a tutti i medici.

I racconti dovranno contemplare, sia pure nell'ambito della più ampia libertà creativa e interpretativa, la tematica inerente ad una situazione di carattere neoplastico; non dovranno esprimere tanto passaggi medico-tecnici, quanto suscitare attraverso l'originalità, il contenuto dei pensieri, l'espressione letteraria e le immagini, stati d'animo per un coinvolgimento alla lotta contro i tumori.

Gli elaborati non dovranno superare le otto facciate, spazio due e dovranno risultare inediti e mai premiati in altri concorsi. Dovranno essere corredati dalle generalità dell'autore, indirizzo, numero di telefono e da una dichiarazione di liberatoria per una eventuale pubblicazione del racconto inviato sia da parte della Lilt che dell'autore. Gli scritti che non rispondessero integralmente ai suddetti requisiti saranno cestinati.

Verranno premiati i primi tre classificati; i premi dovranno essere ritirati personalmente nel corso di una cerimonia che si terrà, indicativamente, nel mese di settembre. Una pergamena sarà consegnata a tutti i partecipanti.

Le opere concorrenti, in numero di 6 copie, dovranno essere inviate alla Lega per la lotta contro i tumori, Sezione di Parma – Via Gramsci 14 – 43100 Parma – entro e non oltre il 31 maggio (della data di spedizione farà fede il timbro postale). La giuria sarà composta da critici ed esperti letterari ed i nominativi saranno resi noti, prima che abbiano inizio le operazioni di valutazione dei racconti, sul sito della Lilt. Luogo e data della premiazione verranno comunicati successivamente a mezzo raccomandata a tutti i partecipanti.

Per informazioni, la segreteria è aperta dal lunedì al venerdì dalle 8,30 alle 12,30 e dalle 15 alle 18 - tel. e fax 0521/988886 – 702243 – email parma@lilt.it. •

La Fondazione Pezcoller premia un italiano

Il presidente della Fondazione Pezcoller, Gios Bernardi, ha annunciato il vincitore del “2009 Pezcoller Foundation – Aacr International Award for cancer research”.

Il Comitato scientifico di selezione del premio di quest'anno si è riunito a Philadelphia per scegliere il vincitore fra i 35 candidati di alto livello provenienti da tutto il mondo scientifico.

È risultato primo il dr. Napoleone Ferrara e secondo il dr. Riccardo Dalla Favera. Napoleone Ferrara, nato nel '56 a Catania e lì laureato, svolge da anni la sua intensa attività al Genentech Institute di San Francisco.

Le sue fondamentali scoperte nel campo dell'angiogenesi tumorale hanno permesso il passaggio dall'oncologia di base alla transazionale con l'impiego del Bevacizumab e del Ranibizumab in associazione con la chemioterapia o con l'interferone per la cura dei tumori metastatici al colon retto, di alcuni tumori del polmone, del rene e anche per la cura della degenerazione maculopatia della retina degli anziani.

Ferrara riceverà il premio durante una cerimonia al castello del Buonconsiglio di Trento, il prossimo 8 maggio, mentre verrà presentato come vincitore alla Comunità scientifica internazionale durante il meeting Aacr di Denver (18-22 aprile).



Terrà inoltre due lecture (“Korsmeyer” e “Tecce”) a Padova presso il Vimm ed a Roma presso l'Istituto Regina Elena.

Il presidente Bernardi ha espresso la grande soddisfazione per il riconoscimento a questi due ricercatori italiani di eccellenza, costretti peraltro dalle difficoltà economiche e istituzionali in cui si dibatte la ricerca scientifica nel nostro Paese a portare la propria intensa e significativa attività all'estero. •

Il viandante sul mare di nebbia

Robert Walser ed il "mito" del viandante



Ritratto dello scrittore che, attraverso le sue opere, ripercorre l'idea romantica del vagare in un'eterna ricerca, spogliandola, però, dei suoi significati originali

di Riccardo Cenci

Si nasconde qualcosa di inspiegabile nell'immagine di Robert Walser disteso nella neve, stroncato durante una delle sue frequenti passeggiate, unica residua attività della sua tormentata esistenza, si annida un significato oscuro in quel corpo morto per cause del tutto naturali, il quale sembra invece crollato sotto le percosse di un destino infausto, abbattuto da un colpo di pistola sparato

da un invisibile avversario. Allo stesso modo nell'apparente pacatezza della sua scrittura, in quell'aspirazione a passare inosservato che egli stesso indicava come obiettivo della propria vita, si cela il tentativo di mettere un bavaglio all'angoscia, quasi cercando di negarne l'esistenza. In tal senso la sua idea della "Wanderung", del vagare in un'eterna ricerca, si spoglia dei significati propri del romanticismo per acquisire una connotazione di apparente pacatezza. Non a

caso uno dei racconti più noti e più lodati dello scrittore svizzero si intitola appunto *Der Spaziergang* (*La passeggiata*), quasi a ricondurre in un sentiero più controllabile la smania errabonda dell'eroe romantico, trasformandola in un susseguirsi di piaceri innocenti. Il protagonista dell'arte di Walser è un vagabondo che vede nell'attesa e nella sospensione una possibilità, è un individuo che annega la follia nella più comune superficialità, ed in tal modo cerca di

trovare una via di scampo. L'eroe di Walser fugge, è un nomade che a volte abdica alla propria individualità ed al proprio carattere per evitare lo scontro con la dolorosa realtà.

Il protagonista del romanzo *L'assistente*, forse il suo capolavoro, accetta di buon grado il proprio ruolo di servitore perché ha compreso la vanità di ogni ribellione; solo celandosi nell'anonimato egli riesce a preservare la propria umanità, sfuggendo al meccanismo sociale che lo annichirebbe. Eppure la vita, anche nei suoi aspetti più semplici, racchiude in sé la magia ed il mistero, per cui l'effimero balenare di un evento naturale, come la comparsa di un raggio di sole, ci riconduce alla consapevolezza del molteplice, ad un fluire senza fine che richiama l'eternità dell'universo. La peculiare interpretazione del vagabondare fornita da Robert Walser scaturisce da un sostrato culturale tipicamente mitteleuropeo, dal quale non si può prescindere se si vuole comprendere il significato ultimo della "Wanderung". Quando Caspar Friedrich dipinge *Il viandante sul mare di nebbia*, crea un'immagine che è il cuore del romanticismo tedesco. L'uomo ritratto di spalle contempla la

**Nell'aspirazione
a passare inosservato
si cela il tentativo
di mettere un
bavaglio
all'angoscia**

Il viaggio assume la connotazione del dolore

vastità del paesaggio montano, la sua solitudine ne amplifica le proporzioni facendolo assurgere ad un livello eroico. L'eterno viandante si ferma un istante ad osservare la vastità del creato, con un senso di commozione che rasenta il misticismo. Schubert trae la celeberrima *Wanderer-Fantasie*, una delle opere pianistiche più esuberanti del suo repertorio, da un proprio Lied giovanile dedicato alla figura del viandante, presenza costante nella sua vasta produzione vocale. Il testo sembra quasi una trasposizione poetica della tela di Friedrich:

*Scendo dalla montagna,
la valle è nebbiosa,
il mare ribolle,
cammino in silenzio,
scontento,
e sempre sospirando
chiedo: dove?
Sempre dove?*

*Qui il sole mi sembra
tanto freddo,
il fiore appassito, la vita
ormai trascorsa,
e ciò che essi dicono mi
sembra vuoto rumore,
io sono straniero ovunque.*

È questa la caratteristica del viandante, questo senso di estraneità che lo costringe ad un eterno vagare. Del re-

sto il più noto ciclo liederistico schubertiano, la *Winterreise*, inizia proprio con i versi: "Fremd bin ich eingezogen, Fremd zieh ich wieder aus" ("sono giunto da straniero, da straniero me ne vado"). Il viaggio assume la connotazione del dolore, il protagonista si aggira in un orizzonte gelido, vittima dell'altrui indifferenza. La natura assume bagliori di fredda ostilità, mentre il tempo perde il proprio valore per trasformarsi in un eterno presente. Il più delle volte nell'idea della "Wanderung" si nasconde il peso di una colpa: il Cavaliere Gluck di Hoffmann ad esempio, avendo svelato agli uomini i segreti conosciuti nel regno dell'immaginazione, è condannato ad aggirarsi per il mondo in attesa della redenzione. Allo stesso modo l'Olandese volante di Wagner, a causa di un atto blasfemo compiuto in vita, è destinato a vagare in eterno finché l'amore di una donna non lo redima. Anche il Wotan del *Siegfried*, ormai esautorato del proprio potere, si presenta con l'aspetto

del viandante, spettatore passivo degli eventi che egli inutilmente cerca di impedire. La scrittura di Robert Walser parte inevitabilmente da queste premesse, ma le supera in una visione che non ha più nulla di romantico, ma diviene veramente moderna. Egli, come scrive con parole illuminanti Claudio Magris: "rivolge un irrevocabile e rigoroso addio alla totalità epica servendosi un'ultima volta delle forme di quella totalità, scarnificate sino all'osso e ridotte a una struttura così essenziale da risultare astratta". Walser rinuncia all'abbandono mistico, rinuncia all'individualità arrogante per cercare di sottrarre il salvabile all'oblio. Nelle pieghe di una scrittura discreta e delicata, che ha nel non detto la propria forza, egli nasconde un'aspirazione nobile ed innocente che, come ha efficacemente notato Walter Benjamin, accomuna i suoi personaggi ai protagonisti delle fiabe; sono figure che emergono dalla notte più buia per andare verso la vita, come l'assistente del-

l'omonimo romanzo. Egli è libero di sfuggire alla catastrofe perché, come dice la moglie del suo datore di lavoro: "Se vuole, lei può andarsene. Fa un pacco della sua roba, prende il treno e va dove le pare. Un posto lo trova dappertutto [...]". Non ha da tener conto di nessuno al mondo, del carattere particolare o dei bisogni di qualcuno, nessuno la trattiene dall'avventurarsi nell'incerto. Può essere amaro, ma può anche essere bello godersi la libertà". Il viandante si spoglia in queste righe della sua patina romantica per entrare di diritto nel mondo dell'attualità. Ci piace concludere queste riflessioni citando ancora una volta Claudio Magris, il quale come pochi ha saputo cogliere l'essenza dell'arte di Walser, focalizzando nel contempo l'immagine del "Wanderer" nella narrativa moderna: "Da ogni parte è lo scherno che fissa il viandante, oltre ogni occupazione umana si apre un vuoto senza fine e il viandante, che vorrebbe indugiare fra ciò che è liso e consunto, per raccogliere i relitti della vita, si sente incalzato in una fuga senza sosta". È quest'idea della fuga il minimo comune denominatore che, dal romanticismo fino ad oggi, accomuna tante figure della letteratura europea. •

Robert Walser



La caratteristica del viandante è il senso di estraneità che lo costringe ad un eterno vagare

Scatti di design

In occasione della 48esima edizione del Salone internazionale del Mobile di Milano, presso il Padiglione d'arte contemporanea, la mostra antologica sull'attività fotografica dello Studio Ballo dagli anni '50 ai giorni nostri

di **Serena Bianchini**

In concomitanza con la quarantottesima edizione del Salone del Mobile, la città di Milano dedica al lavoro dello Studio Ballo, punto di riferimento dei più importanti designer dagli anni '50 ad oggi, una grande mostra. L'evento che dal 21 aprile al 7 giugno sarà ospitato dal Padiglione d'arte contemporanea (Pac) è una vera passerella in cui sfilano le fotografie delle più belle e famose forme di design italiano e straniero, quelle immagini che abbiamo sempre ammirato sulle copertine delle più importanti testate di arredamento e design, cataloghi e periodici come *Ottagono*, *Casa Vogue*, *Abitare*.

Le lampade di Castiglioni, la libreria Carlton di Sottsass per Memphis, i suoi vasi colorati, insieme alla sedia superleggera di Giò Ponti sono alcuni dei grandi oggetti che hanno fatto la storia del design fotografati con la maestria dello Studio Ballo, uno studio fotografico, una bottega, come la ama chiamare Marirosa Toscani Ballo, a cui ha dato vita insieme a Aldo Ballo, e che ha continuato a gestire anche dopo la morte di quest'ultimo, avvenuta nel 1994.

Un esempio di grande fotografia è lo scatto della libreria Carlton di Sottsass; Aldo Ballo l'aveva fotografata con ombre radenti, un'inquadratura leggermente angolare e un fondo grigio, contornata da un alone; questa immagine esaltava la novità dei colori e le forme insolite della libreria, divenendo così una vera e propria icona.

Gli oggetti, semplici o articolati, venivano posti davanti alla macchina fotografica e venivano *colti, capiti, letti*.

Si leggono, in mostra, tante testimonianze di quel lavoro, di quegli incontri nella grande cucina accanto allo studio, tra l'odore del caffè e l'affabilità della coppia Ballo; sono riportate frasi di nomi noti e di amici, fotografi, giornalisti che hanno vissuto quell'atmosfera suggestiva, e inoltre testi emozionanti sull'operato dei Ballo, come questa citazione di Michele De Lucchi: "È stato sinonimo di limpidezza, precisione, pulizia e lucidità per molti anni e ricordo quando per dire che una foto era

perfetta, senza sbavature e senza squilibri, si diceva *una foto alla Ballo*".

Oltre ai pezzi celebri sono in mostra i ritratti dei designer accanto alle loro opere, la creatura accanto al creatore che Aldo Ballo faceva dialogare, e nelle grandi stanze del Pac viene ricreato lo studio con l'attrezzatura fotografica, il "limbo bianco", i cavalletti, i pannelli riflettenti, tutti i mezzi che componevano le scelte colte e raffinate sulla luce.

Il pubblico può capire attraverso questi testi, le ricostruzioni, le pubblicazioni dei cataloghi e i periodici, l'atmosfera di un luogo di lavoro, gli spazi dove nasceva la creatività.

Inoltre, le fotografie, nell'allestimento della mostra, sono consapevolmente ben lontane dall'essere appese ai muri del museo, infatti sono poste su veri e propri piani di lavoro perché, come Marirosa Toscani Ballo ricorda spesso di suo marito, l'imperativo di Aldo Ballo era: "non faccio foto d'arte, foto "da chiodo", qui si fa fotografia industriale, si va dentro l'oggetto: interpretare l'oggetto, restituirgli l'anima".

Una gigantografia di tutti i componenti dello Studio Ballo è posta all'entrata del museo: sono circa trenta assistenti con tutti gli strumenti da lavoro in mano e al centro si trova la storica coppia sorridente; questa foto, scattata da Oliviero Toscani negli anni '80, mostra una truppa pronta all'attacco: lo spirito di un gruppo vincente. •



Ettore Sottsass per Vistosi - Serie di vasi - Kodak 13x18 (1977)

ed esposizioni in Italia a cura di Anna Leyda Cavalli

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: 800 904447
www.mostradellarobbia.it*

L'ORO DELL'ANIMA. ICONE RUSSE DAL XIV AL XVIII SECOLO DEL MUSEO TREYAKOV DI MOSCA

BERGAMO – fino al 14 giugno 2009
Cinquanta capolavori provenienti dal museo che, con oltre seimila pezzi, rappresenta la collezione più importante al mondo di arte sacra russa.

*Provincia di Bergamo
presso Spazio Viterbi
telefono: 035 387839
www.provincia.bergamo.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 entità divina.

*Palazzo Bricherasio
telefono: 011 5711811
www.palazzobricherasio.it*

FUTURISMO 1909-2009. VELOCITÀ + ARTE + AZIONE

MILANO – fino al 7 giugno 2009
Tra le numerose esposizioni dedicate al Futurismo, questa è l'unica che intende documentare l'intero campo d'azione del movimento dalla pittura, all'architettura, alla pubblicità, alla moda.

*Palazzo Reale
telefono: 02 875672
www.comune.milano.it/palazzoreale*

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*

GIOTTO E IL TRECENTO. IL PIÙ SOVRANO MAESTRO STATO IN DIPINTURA

ROMA – fino al 28 giugno 2009
Mostra di indiscutibile valore con oltre centocinquanta opere di altissimo livello, tra cui spiccano venti capolavori eseguiti da Giotto.

*Complesso del Vittoriano
telefono: 06 6780363 - 6780664*

EMMA CIARDI (1879 - 1933). NON SOLO FUTURISMO

STRA (VE) – fino al 23 maggio 2009
Pregevole ed elegante rassegna composta da oltre sessanta opere della pittrice veneziana tra le rarissime donne artiste

che, a cavallo tra i due secoli, guadagnarono fama internazionale, in compagnia delle impressioniste Berthe Morisot e Mary Cassatt.

*Museo Nazionale di Villa Pisani
telefono: 041 2719019 - 049 502270
www.villapisani.beniculturali.it*

DÉCO. ARTE IN ITALIA 1919-1939 ROVIGO – fino al 28 giugno 2009

La mostra intende rendere maggiormente 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*

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*



Umberto Boccioni, "Gli addii", olio su tela, 1911

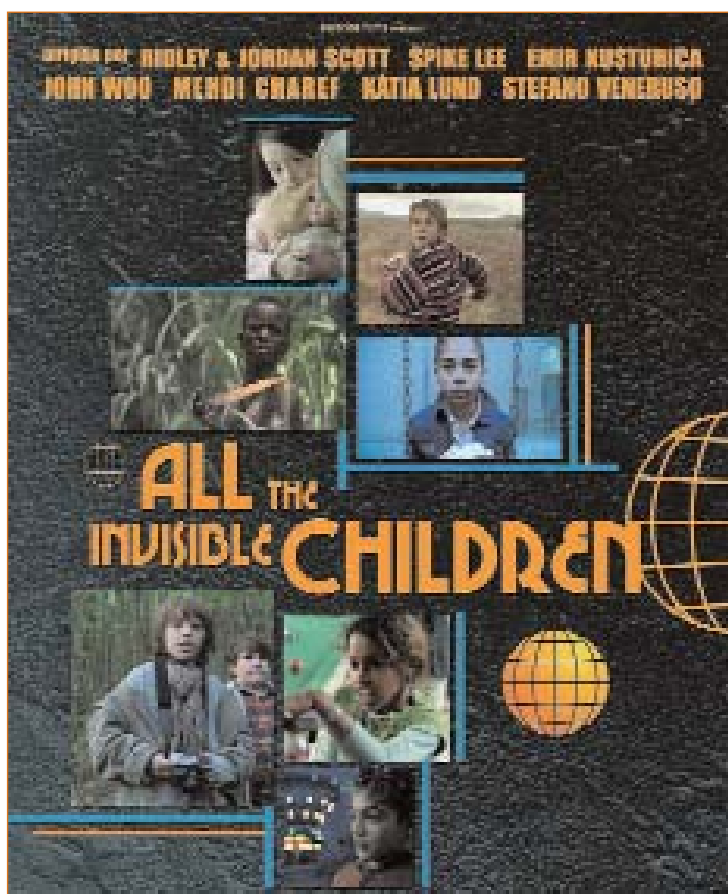
La violenza degli indifferenti

di Maricla Tagliaferri

Le cifre sono ripugnanti: 860 milioni di bambini nel mondo vivono fra sfruttamento, malattie, fame, prostituzione. Una realtà immensa e scandalosa, ricordata ancora di recente nel libro di Giuliano Crisalli, *Achtung bambini*. Letteralmente inguardabile,

dalla quale, infatti, anche il cinema distoglie lo sguardo. Sono pochissimi i film dedicati all'infanzia violata. Si contano su poche dita le grandi produzioni, che raggiungono il pubblico più vasto, magari col sostegno di qualche star volenterosa. Viene in mente *Blood diamond*, con Leonardo Di Caprio, che racconta la guerra civile in Sierra Leone, il reclutamento dei bambini soldato, le orrende mutilazioni subite dai ragazzini al servizio dei trafficanti, le connivenze delle potenze occidentali col commercio dei "diamanti insanguinati". Viene in mente *La generazione rubata*, di Phillip Noyce, sulla politica australiana, durata fino al 1970, di sottrarre ai genitori i bambini meticcii, per affidarli a famiglie bianco-puro allo scopo di sradicarne l'ultima goccia di sangue (e cultura) nero. Un fenomeno ricordato anche nel recente *Australia* con Nicole Kidman. Qualche orrore viene mescolato alla fiaba di *The Millionaire*,

Oscar 2009. Ma per lo più i film-denuncia rimangono confinati nei festival o passano fuggacemente nelle sale, ammesso che ci arrivino. Per esempio, chi ha visto *All the invisible children*? Passato alla Mostra di Venezia nel 2005, prodotto da tre donne italiane fra cui Maria Grazia Cucinotta, firmato da registi come Spike Lee, Ridley Scott e John Woo, sostenuto dall'Unicef e dal ministero dello Sviluppo, è rimasto lettera morta. Come *Born into brothels*, in cui si racconta la vita difficile dei figli delle prostitute del quartiere a luci rosse di Calcutta. Realizzato dalla fotografa inglese Zana Briski, che mise in piedi un autentico esperimento pedagogico, ha vinto un Oscar nel 2005. Oppure *Osama*, il primo film dell'Afghanistan del dopo-talebani, vincitore di un Golden Globe nel 2003, in cui si narra la vita esemplare di una bambina di 12 anni, prima costretta a fingersi maschio per poter elemosinare e poi data in sposa ad un vecchio. Eppure, spulciando negli archivi e nella memoria, in Italia si sono prodotti film importanti. La televisione pubblica è stata in prima linea, realizzando ancora nel 1996 cinque cortometraggi d'autore sugli "adulti precoci", da Sarajevo all'Angola. Dietro la macchina da presa nomi come Gianni Amelio, Marco Risi, Marco Tullio Giordana, Alessandro D'Alatri, Mario Martone. Due anni dopo va in onda *Iqbal*, di Cinzia Th. Torrini (sì, la stessa regista di *Elisa di Rivombrosa*), storia del piccolo sindacalista Iqbal Masih, affittato dai genitori ad un produttore di tappeti, ucciso a 12 anni, nel '95. E di due anni fa *Rossomalpelo* di Pasquale Scimeca, che usa la novella di Verga per denunciare la sofferenza di tutti i bambini sfruttati nel mondo. È dello scorso anno *Forse Dio è malato*, di Franco Brogi Taviani, tratto dal libro di Walter Veltroni, viaggio fra Sudafrica, Mozambico, Angola, Uganda, dove un bambino su sei muore prima dei cinque anni. Risale al 2004, *Certi bambini* di Adrea e Antonio Frazzi, incentrato su un baby-killer napoletano per raccontare il "terzo mondo" di casa nostra. E ha ormai quasi dieci anni *Territori d'ombra*, forse l'unico film italiano che punta il dito contro la pedopornografia della porta accanto. Il regista Paolo Modugno fa muovere i suoi attori (Leo Gullotta, Laurent Terzieff e Pino Quartullo) a Tolmezzo, sui monti della Carnia, dove criminalità e indifferenza si intrecciano. Che sia proprio l'indifferenza la vera violenza contro i bambini? •



L'arpa, dal dio Mercurio a Kurosawa

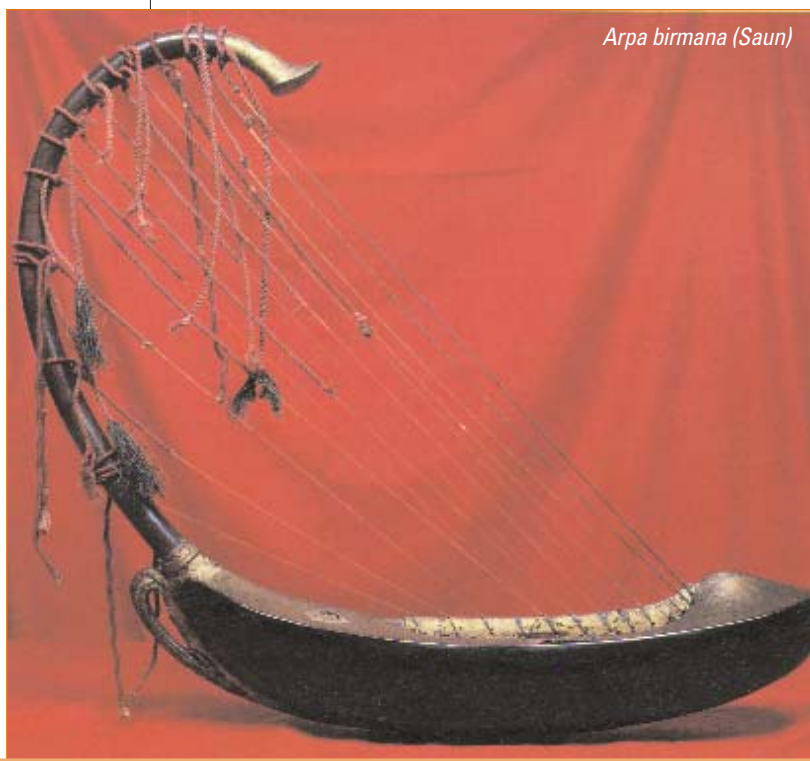
di Piero Bottali

Narra la mitologia greca che Mercurio, mentre se ne andava tranquillo lungo la riva del mare dopo aver rubato i buoi del fratello Apollo, si imbatté in un carapace vuoto di tartaruga rovesciata nel quale erano rimasti tesi alcuni nervi

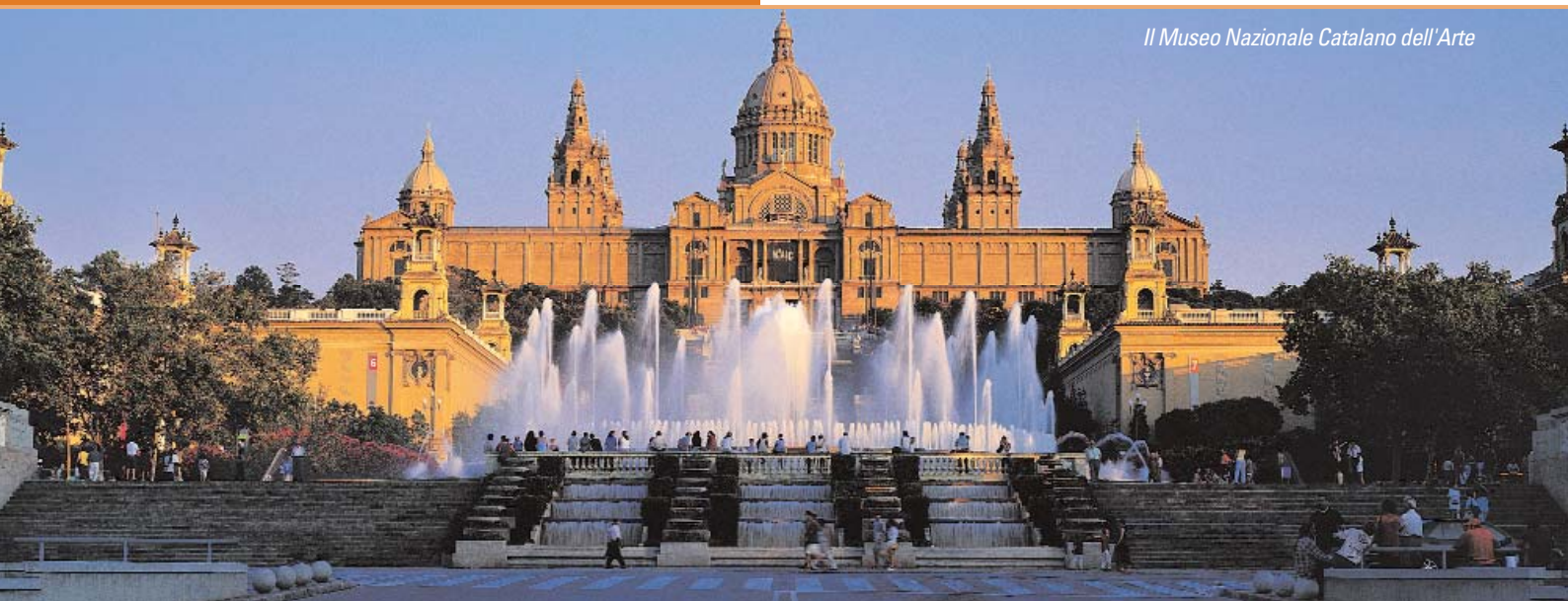
dell'animale disseccato dal sole. Questi, divenuti elastici, appena toccati dal piede del dio emisero un gradevole suono vibrante e ricco di armonici. Mercurio sorpreso e divertito afferrò il carapace emisferico e cominciò a pizzicare i tendini creando semplici armonie: era nata l'arpa. Ma anche la cetra, la lira e il salterio, suoi strettissimi parenti, e le cugine quali la chitarra, il liuto, il mandolino, il buzuki, eccetera. Tutti questi strumenti nei secoli hanno avuto i loro momenti di grande fortuna e favore: pensiamo alla diffusione del liuto nel Rinascimento. La chitarra invece ha goduto di una inarrestabile crescita e propagazione solo da poco più di 150 anni, da quando il geniale Antonio Torres la modificò e, da striminzita chitarruccia anoressica con spalle e fianchi magrolini e voce flebile, la trasformò in uno strumento dai fianchi procaci, vita stretta, spalle forti e la dotò di un'incatenatura capace di farle emettere una voce da farsi ascoltare anche in un'orchestra.

E l'arpa? Paga della dolcezza dei suoi suoni vibranti e liberi, intrisi di vento e di sogno, quasi non desiderosa di cambiamenti troppo radicali come la chitarra, nella sua struttura e nel meccanismo di produzione del suono fino a 300 anni fa era rimasta simile a come quando nacque. Il principio infatti è lo stesso: varie corde (il cui numero è assai aumentato nel tempo) ancorate tramite cordiera ad una cassa armonica e tese con piroli su un giogo facente un angolo più o meno acuto con la cassa armonica. L'arpa è strumento millenario: la sua più antica raffigurazione compare su un frammento di vaso sumerico di circa tremila anni avanti Cristo, che rappresenta un'arpa arcuata. La straordinaria arpa egizia, conservatasi fino ai nostri giorni e solo di poco meno vetusta di quella sumerica, ha il manico che entra nel corpo-risunatore appoggiandosi al fondo, come un cucchiaino in una tazza. Significativamente, la kafira afghana, la nanga africana, la nedumu degli Azende, la kissàr etiopica (dal greco κιθάρα, cetra) quella dell'Hindu Kush e la moderna arpa birmana saun del cele-

bre film del regista giapponese Akira Kurosawa, riproducono le fattezze di questi antichi cordofoni mesopotamici, tanto da far supporre all'organologo Curt Sachs un'unica radice centroasiatica. Le arpe archeologiche e le moderne etniche avevano quattro o cinque corde in scale diatoniche e intonate secondo le esigenze momentanee; quelle moderne invece di corde ne hanno più di cinquanta e il giogo si è trasformato in un'asse curva ed uniformemente robusta per sopportare l'enorme tensione. Strumento-simbolo dell'Irlanda, l'arpa celtica irlandese aveva un suono "liquido e prolungato" assai amato dalla regina Elisabetta I: un famoso esemplare del XIV secolo, appartenuto al re Brian Boru, è conservato al Trinity College di Dublino. Nel 1720 fu inventato un dispositivo che permetteva allo strumento di produrre anche i bemolli e i diesis. Merito del bavarese Hochbrucker che applicò alla base dell'arpa sette pedali che, mediante un sistema di leve nascoste nella colonna, ruotavano degli uncini vicino ai piroli tendendo le corde e consentendo così di emettere suoni di un semitono più alti. •



Arpa birmana (Saun)



La Barcellona di Antoni Gaudì

La capitale catalana è una delle più accoglienti città del mondo. Il suo motto è *Barcelona es teva* (Barcellona ti appartiene). Sempre in cambiamento, è alla sua terza rivoluzione urbanistica

di Mauro Subrizi

Barcellona è in perenne processo di ristrutturazione. Una città di per sé multiforme e poliedrica, che ha costruito la sua filosofia di vita intorno all'idea di cambiamento. Il succedersi di grandi e piccole iniziative – dalle Olimpiadi all'Anno di Picasso, passando per innumerevoli eventi culturali, professionali e sportivi – è solo uno stimolante pretesto per avanzare e dare sempre nuovi motivi ai più di quattro milioni di turisti che la visitano ogni anno. Dopo le Olimpiadi, che furono il pretesto per aprire al mare una città cresciuta per secoli di spalle al mediterraneo, e il Foro delle Culture, che servì per comple-

tare l'espansione sul litorale con l'urbanizzazione di una ampia zona degradata, adesso è il momento della terza grande rivoluzione urbanistica della città negli ultimi venti anni.

“La Barcellona di Carvalho sta scomparendo”, si lamentava **Manuel Vázquez Montalbán**, poco prima di morire, guardando le ruspe che trasformavano nel nuovo polo artistico della città, il Raval, il barrio chino, quartiere di bohémien, piccoli delinquenti e prostitute, scenario delle avventure del suo detective. Sono passati cinque anni, ma i colpi di piccone non sono riusciti a cancellare le tracce dei quartieri dove i sari colorati della colonia pachistana si fondono con le chilabas immacolate dei mu-

sulmani che escono dalla moschea e con i completini di Armani dei galleristi d'avanguardia.

RAMBLAS

Quella che oggi è l'arteria principale della città vecchia era una volta il letto di un torrente. I cinque viali che la compongono e che si susseguono cambiando nome, sono percorsi ogni giorno da un flusso ininterrotto di passanti, che chiacchierano sotto i platani, comprano qualcosa o si rilassano.

Le Ramblas sono diventate il palcoscenico di uno spettacolo gratuito, una vetrina variegata di umanità. Le Ramblas conducono da Plaça de Catalunya alla zona del porto, dove svetta il monumento a **Cristoforo**

Colombo. La distanza da percorrere è poco meno di 1200 metri, ma le deviazioni interessanti sono molte ed è necessario disporre di un po' di tempo. L'aspetto attuale delle Ramblas risale in gran parte all'Ottocento, quando furono costruiti il Teatro dell'opera e il mercato e vennero installate le fioriere in ferro battuto.

EIXAMPLE

In contrasto con la congestione caotica della città vecchia, l'Eixample è il quartiere residenziale della borghesia benestante. Questa caratteristica è evidente soprattutto nel Quadrat d'Or, un nucleo di eleganti

**Le Ramblas
sono diventate
il palcoscenico
di uno spettacolo
gratuito**

vie con alcune notevoli realizzazioni dell'architettura modernista, tra cui due di Gaudì. Completano la scena un parco fantastico e la più strana delle cattedrali. La bellissima via centrale, Passeig de Gràcia, è un susseguirsi di eleganti ristoranti e di ancor più eleganti boutique. Vi prospetta la cosiddetta **Manzana della Discordia**, l'isolato al quale contribuirono tre grandi architetti modernisti, tra i quali Gaudì. Quando il Passeig declina in direzione di Gràcia, un quartiere colorito che sembra un mondo a parte rispetto alla Barcellona più tradizionale, si incontra un altro capolavoro di Gaudì: Casa Milà. Sempre del geniale architetto il fiabesco Parc Güell che si trova oltre Gràcia. Poi tornando verso sud, potrete visitare la **Sagrada Família**, la grande opera incompiuta di Gaudì e il monumento più famoso della città.

PEDRALBES E TIBIDABO

Nel sobborgo occidentale di Pedralbes sorge l'omonimo monastero. Il convento ospita la collezione d'arte europea raccolta dalla fondazione Thyssen-Bornemisza. A sud dell'edificio religioso, vicino all'Avinguda Diagonal, il Palau Reial de Pedralbes è sede di un museo di arti decorative. Il tratto dell'Avinguda Diagonal in direzione del quartiere di Les Corts, tra il Palazzo Reale e Plaça de Francesc Macià, è in gran parte fiancheggiato da banche ed edifici residenziali, oltre a recenti e modernissimi centri

commerciali che soddisfano gli amanti dello shopping. Verso sud vi è il **Camp Nou**, lo stadio di Barcellona, dove i tifosi di calcio si danno appuntamento per assistere alle partite della squadra del cuore. A ovest, sul colle Tibidabo ci si potrà divertire nel luna-park con lo spettacolo della città distesa ai propri piedi.

TORRE AGBAR

Inconfondibile tanto di notte quanto di giorno, la torre che l'architetto francese Jean Nouvel ha progettato nel 2005 per la compagnia delle acque di Barcellona si è inserita di prepotenza nello skyline della città con i suoi 144 metri, che la rendono il terzo edificio più alto della città, superata solo dalla Torre Mapfre e dall'Hotel Arts. Situata nella Plaça de les Glòries Catalanes, all'ingresso del nuovissimo

Sagrada familia



quartiere tecnologico, la torre è rivestita da un complesso sistema di lamine di alluminio, placche di vetro

e 4mila led che, sia di notte che di giorno, le cambiano l'aspetto. La torre non è visitabile all'interno. •

Casa Milà





UNA SERIE DI QUESITI ED UNA RISPOSTA

Gentile Presidente,
a fine anno compirò 62 anni. Laureato nel '72, ho cominciato a versare i contributi dall'anno successivo prima ai vari Enti mutualistici e poi al SSN.

Vorrei sapere a quanto ammonterebbe la mia pensione se interrompessi l'attività lavorativa adesso ed al compimento del 65° anno di età. Approfitterei ancora della tua gentilezza, per chiederti cosa potrei fare per incrementare la pensione al 65° anno di età, quanto mi costerebbe e quale sarebbe l'entità di questo incremento.

Ti ringrazio per l'ospitalità e porgo i più cordiali saluti.

(lettera firmata)

Caro Collega,
presso il Fondo dei Medici di Medicina Generale risultano accreditati in tuo favore contributi previdenziali per un importo complessivo pari a euro 209.890,21.

Qualora volessi anticipare l'età del pensionamento, ti faccio presente che hai già maturato i 35 anni di anzianità contributiva nello scorso mese di dicembre e, ai sensi della Legge 449/97 che prevede un differimento nell'erogazione della pensione rispetto alla data di raggiungimento di tutti i requisiti (c.d. "finestre di uscita"), potrai godere effettivamente del trattamento previdenziale a partire dal 1° luglio 2009.

A tale data, l'importo della pensione che ti verrebbe erogata a carico del Fondo in parola sarebbe pari a circa euro 32.500,00 annui lordi. Nel caso, invece, optassi per il trattamento misto, convertendo in indennità di capitale una quota pari, nel massimo, al 15% della pensione maturata, avresti diritto ad una pensione pari a circa euro 27.600,00 annui lordi e ad una indennità di circa euro 64.000,00 lordi.

Continuando, invece, a contribuire fino al compimento del 65° anno di età, l'importo pensionistico che ti verrebbe erogato sarebbe di circa euro 39.200,00 annui lordi mentre, optando per il trattamento misto, la pensione sarebbe pari a circa euro 33.300,00 e l'indennità in capitale di circa euro 71.200,00.

In merito alla possibilità di incrementare gli importi sopra indicati, ti rappresento la facoltà di attivare l'istituto del riscatto di laurea o di allineamento contributivo.

Con riferimento alla prima ipotesi, ti ricordo che nel febbraio 2000 avevi già presentato domanda a cui poi non hai ritenuto di aderire. Qualora, comunque, volessi presentare una nuova richie-

sta, il costo ad oggi ammonterebbe a circa euro 60.000,00 e ti garantirebbe un incremento pensionistico pari a circa euro 5.000,00 annui lordi.

Il riscatto di allineamento contributivo, invece, consente di allineare alla media degli importi accreditati negli ultimi 36 mesi di contribuzione effettiva i contributi versati in anni precedenti. Con tale operazione hai la possibilità di incrementare la media retributiva relativa all'intera vita contributiva che, conseguentemente, ti garantirebbe un trattamento pensionistico di importo più elevato, oppure puoi decidere di limitare l'incremento pensionistico ad una somma determinata.

A titolo esemplificativo, per aumentare l'importo pensionistico di euro 1.000,00 l'onere a tuo carico ammonterebbe a circa euro 12.300,00.

Per entrambe le fattispecie di riscatto, comunque, gli uffici competenti, dietro presentazione di apposita domanda, provvederanno ad inviarti una comunicazione nella quale sarà indicato l'esatto ammontare dell'onere ed il conseguente incremento di pensione.

La proposta dovrà essere accettata entro 120 giorni dall'inizio della stessa, in caso contrario la domanda decade automaticamente.

Ti ricordo, infine, che i contributi versati a titolo di riscatto sono interamente deducibili dall'imponibile Irpef, ai sensi del Decreto Legislativo 18 feb-

braio 2000 n. 47.

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

Ti saluto cordialmente.

Eolo Parodi



QUANTI ANNI DEVO RISCATTARE?

Egregio Presidente,
laureata in medicina e chirurgia ed iscritta all'ordine nel 1983, ho iniziato il versamento dei contributi previdenziali nel 1984. Svolgo dal 1994 attività di medico convenzionato col Ssn per la Medicina generale mentre in precedenza ho svolto attività di guardia medica. Sto valutando la possibilità di procedere al riscatto degli anni di laurea che mi consentirebbe di anticipare l'età del pensionamento, pertanto vorrei sapere quanti anni devo riscattare per raggiungere i requisiti minimi, l'importo da versare e in che termini; inoltre gradirei sapere a quale età raggiungerò i requisiti minimi per la pensione nell'ipotesi o meno di un riscatto degli anni di laurea e l'importo della pensione nell'una e nell'altra ipotesi con e senza conversione in capitale del 15% della pensione maturata. Certa di una esauriente e

sollecita risposta ringrazio anticipatamente e invio i miei più cordiali saluti.

(lettera firmata)

Cara Collega, presso il Fondo dei Medici di Medicina Generale risultano accreditati in tuo favore contributi previdenziali dal 1984 ad oggi, per un importo complessivo pari a euro 111.625,45.

Qualora volessi anticipare l'età del pensionamento, dovrai effettuare il riscatto degli anni di laurea che ti permetterebbe di maturare il requisito contributivo dei 35 anni di anzianità, richiesto dalla normativa attualmente vigente per accedere alla pensione di anzianità, nel dicembre 2013. Senza l'attivazione di tale istituto, infatti, matureresti l'anzianità contributiva solo nel dicembre 2019, data successiva al compimento del 65° anno di età.

Dato che tu hai già presentato domanda in tal senso, gli uffici competenti dell'Ente provvederanno al più presto a comunicarti l'esatto ammontare dell'onere a tuo carico ed il relativo incremento di pensione di cui potrai beneficiare, determinato sulla base dei contributi accreditati alla data della domanda. La richiesta non è in alcun modo vincolante quindi, qualora non la reputassi conveniente, non sarai tenuto ad aderirvi.

A titolo informativo ti faccio presente che il riscatto di 6 anni di laurea comporterebbe un onere a Tuo carico pari a circa euro 35.200,00, il cui versamento può essere effettuato in un'unica soluzione o in rate semestrali con la maggiorazione degli interessi legali.

La pensione di anzianità decorrerebbe, ai sensi della Legge 449/97 che prevede un differimento nell'erogazione della pensione rispetto alla data di raggiungimento di tutti i requisiti (c.d. "finestre d'uscita"), a partire dal 1° luglio 2014. A tale data, l'importo del trattamento pensionistico che ti verrebbe erogato a carico del Fondo

in parola sarebbe pari a circa euro 22.100,00 annui lordi. Nel caso optassi per il trattamento misto, convertendo in indennità di capitale una quota pari, nel massimo, al 15% della pensione maturata, avresti diritto ad una pensione pari a circa euro 18.800,00 annui lordi e ad una indennità di circa euro 47.600,00 lordi.

Qualora, invece, non reputassi conveniente aderire alla proposta di riscatto, avrai diritto a percepire la pensione dal compimento al 65° anno di età. Continuando a contribuire fino a tale data, l'importo che ti verrebbe erogato sarebbe di circa euro 27.300,00 annui lordi mentre, optando per il trattamento misto, la pensione sarebbe pari a circa euro 23.200,00 annui lordi e l'indennità in capitale di circa euro 49.700,00.

Ti rappresento, infine, la possibilità di attivare il riscatto di laurea continuando comunque a contribuire fino al 65° anno di età. In tal caso, l'istituto in parola ti garantirebbe un incremento del trattamento pensionistico che ammonterebbe a circa euro 31.500,00 lordi annui; mentre con il trattamento misto la pensione sarebbe pari a circa euro 26.800,00 annui lordi e l'indennità in capitale a circa euro 57.200,00 lordi.

Mi corre l'obbligo di precisarti che le ipotesi sopra rappresentate potrebbero subire variazioni.

Ti saluto cordialmente.

E. P.



QUALE SARÀ LA MIA RETRIBUZIONE PENSIONISTICA?

Carissimo prof. Parodi, cercherò di essere telegrafico il più possibile: inizio attività convenzionata Inam nel 1977 e successivo passaggio al SSN, riscattati 6 anni di laurea, in cor-

so riallineamento contributivo dal dicembre 2007. Gradirei conoscere la mia retribuzione pensionistica con le due possibili opzioni (15% anticipato, oppure rateo pensionistico) se optassi per:

- a) pensionamento al 30/04/2009
- b) pensionamento al 30/04/2010
- c) pensionamento al 30/04/2015
- d) caso premorienza quota al coniuge e figli conviventi.

Grato per l'attenzione e la consueta esaustiva relazione che mi vorrà inviare, porgo anticipati ringraziamenti ed un cordialissimo saluto.

(lettera firmata)

Caro Collega, sulla posizione previdenziale in essere presso il Fondo dei Medici di Medicina Generale risultano accreditati contributi pari ad euro 223.994,78, dal febbraio 1977 all'agosto 2007, comprensivi dei versamenti effettuati per il riscatto della laurea.

In base a tale contribuzione, qualora tu decidessi di cessare l'attività a 58 anni di età, avresti maturato tutti prescritti requisiti per l'accesso al pensionamento di anzianità, senza attendere l'apertura delle cosiddette "finestre d'uscita" previste dalla L. 449/97; l'importo stimato del rateo mensile che ti verrebbe erogato è pari a circa euro 3.000,00 lordi. Optando per la conversione in capitale del 15% della pensione maturata, ti verrebbe riconosciuta un'indennità di circa euro 80.000,00 lordi, con un trattamento mensile residuo di circa euro 2.600,00 lordi.

Invece, la pensione di cui potresti usufruire l'anno successivo (59 anni) è pari, in ipotesi, a circa euro 3.200,00 mensili lordi. Con la conversione in capitale, tale rateo scenderebbe a circa euro 2.700,00 mensili lordi, con un'indennità una tantum di circa euro 83.000,00.

Inoltre, come da tua ulteriore richiesta, al compimento del 65° anno di età avrai diritto al-

la corresponsione della pensione di vecchiaia, a prescindere da qualunque anzianità di contribuzione maturata. La proiezione pensionistica effettuata ha determinato una prestazione mensile in tuo favore di circa euro 4.500,00 lordi. Ritirando anticipatamente il 15% del capitale maturato, ti verrebbe erogato l'importo di circa euro 100.000,00 a titolo di indennità e il residuo trattamento mensile sarebbe di circa euro 3.800,00 lordi.

Ti rammento, altresì, che è in corso di pagamento, sempre presso il Fondo dei Medici di Medicina Generale, il riscatto di allineamento che, una volta estinto, ti garantirà un incremento delle prestazioni sopra ipotizzate.

Ti rappresento, infine, quanto disposto dalle norme regolamentari della gestione in parola in merito alla fattispecie della premorienza dell'assicurato. Ai suoi superstiti viene riconosciuta una pensione di reversibilità (o indiretta, in caso di decesso prima della cessazione dell'attività), che consiste in una percentuale di quella a lui spettante; tale valore percentuale risulta variabile in ragione del numero degli aventi diritto.

Di norma:

- al solo coniuge è riconosciuto il 70%;
- al coniuge con 1 figlio è riconosciuto il 60% + il 20%;
- al coniuge con 2 o più figli è riconosciuto il 60% + il 40%;
- ad un solo figlio è riconosciuto l'80%;
- a due figli è riconosciuto il 90%;
- a tre o più figli è riconosciuto il 100%.

I figli sono considerati a carico dell'iscritto fino all'età di 21 anni, ovvero di 26 anni se studenti.

Ti informo, infine, che per effetto di eventuali modifiche la presente informativa non deve ritenersi impegnativa per l'Enpam.

Ti saluto cordialmente.

E. P.

Ricordiamo con i francobolli

Poste italiane in memoria del grande giornalista
Indro Montanelli, il Vaticano celebra la sua fondazione,
mentre San Marino si dà... all'astronomia!



di Gian Piero Ventura

Come sappiamo i francobolli possono commemorare, onorare, celebrare, festeggiare... eccoci quindi a fare una veloce panoramica su alcune emissioni di questo periodo, con anche un piccolo "straforo" sulla cugina... numismatica.

Iniziamo con Poste italiane che, tra le tante emissioni, ha deciso di onorare la memoria del grande giornalista Indro Montanelli, scomparso nel 2001, ma anche di celebrare i quarant'anni dedicati alla salvaguardia della cultura e della tradizione italiana grazie all'iniziativa *L'Arma per l'Arte*.

Un programma che prevede un'emissione filatelica

il 4 maggio e tre grandi mostre a Napoli, Roma e Firenze per rendere omaggio alla quarantennale attività del Comando Carabinieri tutela patrimonio culturale con reperti esposti che vanno dall'VIII secolo a.C. al V secolo d.C., ma di queste ultime manifestazioni torneremo a parlare in seguito per darne maggiori dettagli.

Lo Stato della Città del Vaticano invece ha celebrato l'80° anniversario della sua fondazione.

Questa infatti avveniva formalmente a febbraio del 1929, nel Salone d'onore del Palazzo del Laterano, dove venivano firmati i Patti Lateranensi, intesi a porre fine alle "questioni romane" e a dare una precisa configurazione ai rapporti tra la Chiesa e lo Stato in Italia. I francobolli

dell'80° anniversario raffigurano i Pontefici dal 1929 ad oggi, mentre il foglietto riproduce la Civitas Vaticana - Nuova pianta della Città del Vaticano. Questo è lo Stato territorialmente più piccolo del mondo (44 ettari) ed ha una popolazione di circa 800 persone, divise tra cittadini e residenti. Nel 1984 l'Unesco ha dichiarato la Città del Vaticano patrimonio mondiale dell'umanità.

Infine eccoci a San Marino dove in occasione della proclamazione da parte dell'Onu del 2009 come *Anno internazionale dell'astronomia*, si è deciso di emettere due valori postali e di coniare un'apposita moneta.

Quest'ultima, in argento, raffigura sul dritto una composizione di pianeti e volta celeste, sulla parte sinistra sono rappresentate tre torri con tre piume simboli della Repubblica di San Marino. Nel rovescio la riproduzione di un astrolabio, antico strumento di misurazione astronomica e sul fondo, inserite nella volta celeste, le rovine di Stonehenge ritenute un antico osservatorio astronomico.

Il francobollo da ? 0,65 rappresenta invece il sistema solare con tutti i pianeti in orbita attorno al sole secondo il sistema eliocentrico che fu ipotizzato da Galileo Galilei, uno dei primi scienziati a scontrarsi con la teoria geocentrica sostenuta da autorevoli pensatori e illustri teologi dei tempi passati.

Il 2009 cade infatti nel 400° anniversario delle prime osservazioni astronomiche al telescopio di Galilei, avvenute nel 1609, e lo scopo principale dell'*Anno internazionale dell'astronomia* è di dare ad

ognuno la possibilità di riscoprire il proprio posto nell'universo con l'osservazione del cielo e far sentire a tutti l'emozione dell'esplorazione personale degli oggetti celesti.

Quest'anno costituirà anche un'occasione per illustrare a tutti le scoperte avvenute negli ultimi 400 anni, in particolare quelle più recenti, e di illustrare il ruolo essenziale ricoperto dall'astronomia nell'educazione scientifica. Il motto scelto? "L'Universo, a te scoprirlo". •



DEF Europa-Anno internazionale dell'astronomia



a cura
dell'avv. Pasquale Dui (*)

Con la sentenza 2437/2009 le Sezioni Unite della Corte di Cassazione hanno risolto la questione relativa alla rilevanza penale dell'attività medico-chirurgica a fini terapeutici in caso di mancato consenso del paziente, che aveva dato luogo a rilevanti contrasti giurisprudenziali e dottrinali. La fattispecie riguardava una paziente, ricoverata nel reparto di ginecologia, che veniva sottoposta ad un intervento di laparoscopia e a salpingectomia, con la quale le veniva asportata la tuba sinistra. L'intervento di asportazione risultava essere una scelta

Rilevanza penale del mancato consenso

Risolta con sentenza 2437/2009 l'annosa questione
che aveva dato luogo a notevoli contrasti
giurisprudenziali e dottrinali

corretta ed obbligata, eseguito correttamente e con competenza, tuttavia, per l'accusa, senza il valido consenso della paziente, informata soltanto della laparoscopia. Secondo i giudici di primo grado, infatti, erano prevedibili: l'asportazione della salpinge, la non opportunità di interrompere l'intervento e la mancanza di pericolo di vita. L'omissione, pertanto, doveva configurarsi come una scelta consapevole e volontaria. Il fatto, poi, che ogni trattamento medico eseguito in assenza di un consenso valido e specifico integri una lesione della libertà della persona, induceva i giudici a considerare il medico responsabile di violenza privata. Impugnata la sentenza da parte del medico, la Corte d'Appello riteneva contraddittoria ed insufficiente la prova dell'acquisizione del consenso informato della paziente e rilevava l'intervenuta prescrizione del reato.

Contro la sentenza proponevano ricorso per Cassazione, sia i difensori del-

l'imputato, sia quelli della parte civile. Al riguardo, le Sezioni Unite appurata la configurabilità del consenso come vero e proprio principio fondamentale in materia di tutela della salute, nonché l'illiceità della condotta del medico che opera contro la volontà del paziente, a prescindere dall'esito fausto o infausto, spostavano la loro attenzione su che cosa accada, invece, nel caso in cui, in assenza di espresso consenso allo specifico trattamento praticato, il risultato dello stesso abbia prodotto un beneficio per la salute del paziente.

Le Sezioni Unite, vagliati i due orientamenti, accoglievano un'impostazione del concetto di malattia in chiave c.d. "funzionalistica", sottolineando come, essendo la stessa classe medica già da tempo concorde nel ritenere "che le mere alterazioni anatomiche che non interferiscano in alcun modo con il profilo funzionale della persona non possono integrare la nozione di 'malattia', correttamente intesa". Di qui le conclusioni delle Sezioni secondo cui in caso di intervento medico - chirurgico realizzato per fini terapeutici "la condotta del medico è non soltanto teleologicamente orientata al rag-

giungimento di uno specifico obiettivo "prossimo" quale può essere, in ipotesi, la riuscita, sul piano tecnico - scientifico, dell'atto operatorio in sé e per sé considerato, quanto - e soprattutto - per realizzare un beneficio per la salute del paziente[...]. L'atto operatorio in sé, dunque, rappresenta solo una "porzione" della condotta terapeutica, giacché essa, anche se ha preso avvio con quell'atto, potrà misurarsi, nelle sue conseguenze, soltanto in ragione degli esiti "conclusivi" che dall'intervento chirurgico sono scaturiti sul piano della salute complessiva del paziente".

Le Sezioni ritenevano dunque di statuire che "ove l'intervento chirurgico sia stato eseguito *lege artis*, e cioè come indicato in sede scientifica per contrastare una patologia ed abbia raggiunto positivamente tale effetto, dall'atto così eseguito non potrà dirsi derivata una malattia, giacché l'atto, pur se 'anatomicamente' lesivo, non soltanto non ha provocato [...] una diminuzione funzionale, ma è valso a risolvere la patologia." •

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



POLIZZA SANITARIA

È in via di definizione, in seguito ai necessari approfondimenti, il testo aggiornato per l'annualità 2009-2010 della Polizza sanitaria che verrà comunicato sul prossimo numero del Giornale della Previdenza

Da un attento monitoraggio della Polizza Sanitaria durante il periodo 2007-2008 è emerso un risultato economico fortemente negativo per la Compagnia che sembra confermarsi nell'annualità in corso.

A fronte di un numero di iscritti sostanzialmente costante a livello di circa 80.000 adesioni, si è nel tempo incrementato sensibilmente il numero dei sinistri e soprattutto si sono rivelati spesso estremamente onerosi gli indennizzi per i singoli sinistri.

La situazione appena descritta ha reso particolarmente complessa la trattativa con la Compagnia per il rinnovo della polizza, trattativa che non si è ancora conclusa al momento di andare in stampa. Infatti se da una parte è certamente molto importante che i nostri iscritti continuino ad usufruire di un ottimo prodotto assicurativo (in termini di costi e di garanzie) dall'altro risulta indispensabile assicurare un equilibrio alla nuova Polizza in mancanza del quale risulterebbe impossibile qualunque accordo con qualunque Compagnia.

Ci si è pertanto impegnati a studiare possibili modifiche strutturali al contratto assicurativo, tese a mantenere alto e costante il livello delle garanzie cercando altresì di ridurre al massimo i fattori rivelatisi fortemente negativi ai fini del buon andamento economico e quindi della sostenibilità della polizza stessa.

Resta comunque certamente importante un più alto numero di adesioni ai fini "dell'antiselezione del rischio" nonché un maggior ricorso da parte degli aderenti alla sanità pubblica ed all'assistenza diretta nelle numerose case di cura convenzionate e presenti in tutta Italia.

Il nuovo testo della polizza sanitaria verrà comunicato sul prossimo numero del nostro giornale, mentre si anticipa fin d'ora che i termini per l'adesione da parte degli iscritti scadranno il 31 luglio 2009.

*Pietro Ayala
(Vice Direttore Generale Enpam)*

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. 3
DEL 20/03/2009**

**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

In questo mese di aprile Equitalia Esatri S.p.A. di Milano, avvia 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 di mancato ricevimento del bollettino 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 e il codice fiscale e l'indirizzo dell'interessato. Si evidenzia, inoltre, che gli utenti registrati nell'area riservata www.enpam.it, da quest'anno, potranno reperire direttamente un duplicato del bollettino RAV. In questo caso il pagamento potrà essere effettuato esclusivamente presso gli Istituti di Credito.

Iscritti nati nel 1944

Anche gli iscritti nati nel 1944 che compiono 65 anni nel corso dell'anno 2009 possono effettuare il pagamento in unica soluzione o in quattro rate. **Il pagamento è dovuto fino al mese di compimento del 65° anno ed è calcolato sui mesi effettivi.**

Domiciliazione bancaria

Per poter usufruire dell'addebito permanente sul conto corrente bancario è necessario compilare il modulo RID allegato all'avviso di pagamento ed inoltrarlo ad Equitalia Esatri S.p.A. di Milano secondo le modalità indicate da tale società. **Il modulo RID non deve essere presentato alla propria banca.** I contributi saranno automaticamente addebitati in conto corrente con valuta il giorno di scadenza di ciascuna rata o della prima in caso di versamento in unica soluzione. Per il servizio offerto, la commissione richiesta è di euro 2,07 per ogni addebito.

A coloro che hanno aderito al servizio di domiciliazione bancaria nel 2008, Equitalia Esatri S.p.A. ha inviato un riepilogo dei versamenti effettuati direttamente all'indirizzo di residenza. Per richiedere un duplicato contattare Equitalia Esatri S.p.A. al numero **800.927.940**.

Attestazioni ai fini fiscali Riscatti

A Tutti coloro che hanno effettuato versamenti a titolo di riscatto presso i vari Fondi, verrà inviata in tempo utile all'indirizzo di residenza l'attestazione di avvenuto pagamento.

Attestazione ai fini fiscali Quota A e Quota B

Sui bollettini RAV utilizzati per i versamenti della Quota A e sui bollettini MAV della Quota B è indicata la causale di versamento e quindi non è necessario presentare la richiesta di attestazione. In caso di smarrimento dei bollettini le richieste devono essere inoltrate al Servizio Contributi tramite posta ordinaria a Fondazione Enpam, via Torino 38 00184 Roma, *ovvero*, tramite fax al n. 06 48.294.913 (Servizio Contributi Minimi Quota A) e al n. 06 48.294.922 (Servizio Contributi Proporzionali al reddito Quota B).

Per poter ricevere l'attestazione tramite fax o presso un indirizzo diverso da quello di residenza è necessario allegare alla richiesta copia di documento di riconoscimento valido.

Duplicato CUD

Per ricevere il Duplicato del modello CUD all'indirizzo di residenza risultante negli archivi è sufficiente una semplice richiesta telefonica al numero 06 4829 4829.

Per ricevere il Duplicato Cud ad un indirizzo diverso da quello della residenza o tramite fax: allegare all'istanza copia di un documento di identità valido del pensionato. L'istanza deve essere inoltrata al Servizio Prestazioni Fondo Generale anche tramite fax al numero 06.48.294.923 completa di dati anagrafici, indirizzo e recapiti telefonici.

Attenzione! Qualora la richiesta non fosse presentata dai pensionati ma da loro incaricati, è necessario allegare alla richiesta la delega sottoscritta e copie dei documenti di identità, indicando numero di Fax o indirizzo di posta elettronica per la ricezione.

Stampa automatica duplicato modello CUD 2009 e modulo detrazioni 2009.

La stampa automatica del modello Cud è consentita a tutti i pensionati Enpam registrati all'area riservata, utilizzando nome utente e password. I pensionati, in possesso della carta Enpam e del codice PIN, possono stampare il modello 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.

Unitamente al modello CUD è stato trasmesso **il modulo fiscale concernente il diritto alle detrazioni d'imposta 2009.** Tale modulo deve essere sottoscritto e compilato in carattere stampatello e restituito entro il termine del **31 maggio 2009** utilizzando l'apposita busta indirizzata a Fondazione E.N.P.A.M., Casella postale n. 2475, Ag. RM 158, via Marsala n. 39 00185 Roma.

In assenza di riscontro, l'Ente si vedrà costretto a revocare d'ufficio le detrazioni per carichi di famiglia senza ulteriore preavviso.

