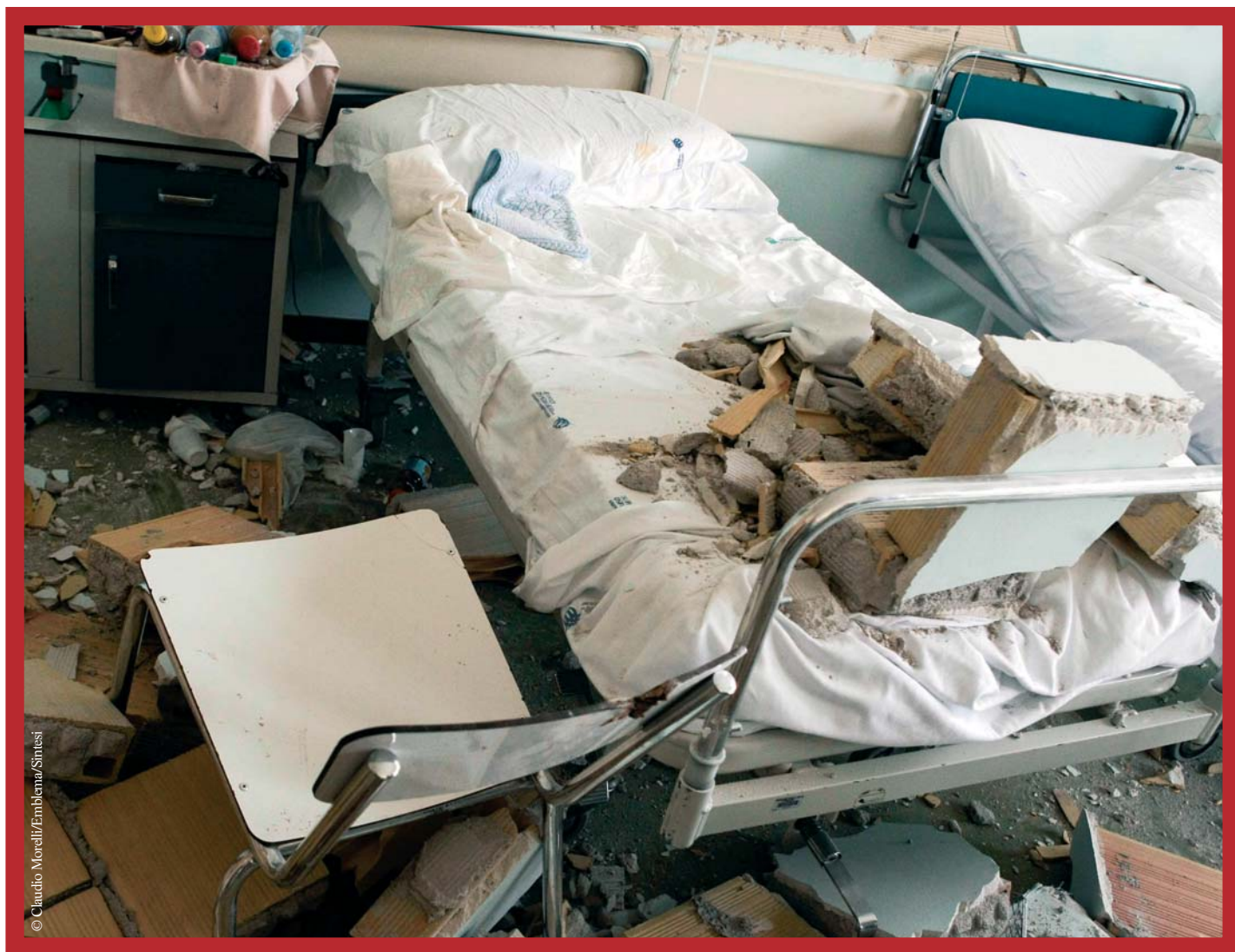


IL GIORNALE DELLA **Previdenza** dei Medici e degli Odontoiatri



L'AQUILA, 6 APRILE 2009: OSPEDALE SAN SALVATORE

Parodi

Non possiamo lasciare soli coloro che chiedono aiuto. L'Enpam è pronto a finanziare il nuovo ospedale. Così ha deciso all'unanimità il Consiglio di amministrazione il 24 aprile

un futuro di certezze.

Per mantenere il tuo standard di vita dopo aver cessato l'attività lavorativa avrai necessità del 75/80% dell'attuale reddito professionale.

FondoSanità è la risposta alle tue esigenze di integrazione previdenziale.

Fondi chiusi o fondi aperti?

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

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

Prestazioni pensionistiche

Il diritto alla prestazione pensionistica complementare si acquisisce con almeno cinque anni di partecipazione. L'associato potrà chiedere che gli venga liquidato subito, sotto forma di capitale, al massimo il 50% dell'importo maturato, mentre il rimanente verrà impiegato come premio unico per l'acquisto di una rendita vitalizia rivalutabile personale oppure reversibile (moglie, ecc.). In misura non eccedente il 10% della propria contribuzione annua, è possibile acquisire polizze vita assicurative complementari per la copertura dei rischi di invalidità e premorienza.

Il regime di capitalizzazione (il capitale versato più i rendimenti accumulati serviranno a garantire le prestazioni pensionistiche future) e di contribuzione definita (il livello contributivo è predefinito e la pensione è in funzione del rendimento netto del fondo) scelti da FondoSanità, lo rendono uno strumento previdenziale sicuro, trasparente, vantaggioso, necessario.

CAPITALE TOTALE

RENDITA ANNUALE LORDA

Euro 51.645,69

Euro 3.640

Euro 154.937,07

Euro 10.920

Euro 258.228,45

Euro 16.650,64

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

Per aderire:

A) Scaricare dal sito internet **www.fondosanita.it** la SCHEDA DI ADESIONE e il MODULO DI BONIFICO.

B) Spedire la SCHEDA DI ADESIONE compilata unitamente alla copia del BONIFICO EFFETTUATO alla Segreteria di FondoSanità, Piazza della Repubblica, 68 - 00185 Roma.



PER INFORMAZIONI:

Tel. 06 48294333 Sig.ra DANIELA BRIENZA

Tel. 06 48294337 Sig.ra PAOLA CINTIO

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

www.fondosanita.it

Come pagare MENO TASSE

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

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



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

IL GIORNALE DELLA
Previdenza
dei Medici e degli Odontoiatri

in questo numero

2 L'Italia continua a piangere	32 "Medico-cura-te-stesso", convegno a Modena
3-5 Emergenze: il terremoto in Abruzzo	33 Accadde a... Maggio
6-7 Il valore morale della Verità	34-39 Congressi, convegni, corsi
8-9 Sistemi di controllo in previdenza	40-41 Gara di macchine e di solidarietà
10 A proposito di Federspev	42-43 Vita degli Ordini
11 Riscatto di laurea	44-45 Come la società affronta la "crisi"
12-13 Gli obiettivi della Sifop	46-47 Comunicazione, l'Istituto Luce
14-15 L'intervista/1: chirurgia toracica	48-49 Archeologia, Paolo Matthiae
16-17 L'intervista/2: chirurgia oncologica	50-53 Recensioni libri
18-19 Medicina estetica	54-55 Musica, Georg Friedrich Handel
20-21 In tema di colonna vertebrale	56 Antichi ospedali d'Italia
22 Tubercolosi, malattia non ancora sconfitta	57 Mostre ed esposizioni
23 Ricerca, il neuroblastoma infantile	58-61 Lettere al Presidente
24-25 Medici illustri, Ugo Cerletti	62 Filatelia
26-27 I 100 anni della Montalcini	63 Responsabilità delle strutture sanitarie
28 Notizie	64 Premio AndiGenova 2008
29 Psichiatra e società	
30 Specializzandi e formazione	
31 Internet e sanità	

IMPORTANTE: POLIZZA SANITARIA

La nuova polizza sanitaria è ormai pronta. Dal prossimo numero, come per gli anni precedenti, sarà pubblicata sul nostro Giornale con il modulo per l'adesione. Per il versamento e l'invio del modulo il termine scadrà il 31 luglio prossimo. Altri particolari sul sito www.enpam.it

L'Italia continua a piangere

di Eolo Parodi



La notizia del terremoto, tutto ciò che ha provocato uno scenario che gli italiani non dimenticheranno, ha portato ognuno di noi a rivalutare sentimenti, commozioni e lacrime da tempo dimenticate. Abbiamo problemi enormi in quanto dobbiamo aiutare i tanti, tanti, tanti medici che hanno perso familiari, lo studio professionale e, persino, il loro ospedale che

era molto rinomato. So che il tema è difficile, so che tanti medici e tanti superstiti piangono per situazioni peggiori di un terremoto, abbiamo però davanti a noi un immenso panorama di solidarietà che ci porterà, tutti, a sacrifici. Non possiamo lasciare soli coloro che chiedono aiuto in maniera molto chiara, ma riservata come sempre. Il numero dei medici, dei dentisti e delle tante famiglie disastrate copre una dimensione inusitata. Questa volta non si tratta di fare il nostro dovere istituzionale, ma riteniamo obbligatorio sentire e valutare la nostra coscienza. Vi terremo al corrente e sono certo che insieme daremo ancora una volta una mano a chi piange, a chi non riesce ad immaginare quale sarà il suo futuro. •



ULTIM'ORA

L'ENPAM PER L'ABRUZZO

Il Consiglio di Amministrazione dell'Enpam riunitosi oggi 24/4/2009, ha deciso all'unanimità di essere pronto a finanziare il nuovo ospedale dell'Aquila

“Ci sentiamo profondamente vicini - ha dichiarato il Presidente dell'Enpam Eolo Parodi - alle popolazioni dell'Abruzzo colpite in maniera drammatica dal terremoto e vogliamo concretamente aiutare la rinascita di questa bellissima terra”.

“Abbiamo così deciso - ha continuato Parodi - nel Consiglio di Amministrazione di oggi 24 aprile 2009, oltre ai contributi previsti dal Fondo assistenza per tutti i medici ed odontoiatri che hanno subito danni, di prenderci cura della ricostruzione dell'ospedale dell'Aquila. Sentiremo, con la massima sollecitudine, tutte le Autorità

competenti per concordare modalità e tempi di tale progetto.

Un impegno economico complessivamente rilevante, implementato anche da tutti i versamenti che gli iscritti devolveranno alla Fondazione con il contributo del 5 per mille previsto nella dichiarazione dei redditi”.

Tutti i membri del Consiglio di Amministrazione hanno accolto con ferma e piena condivisione la proposta del loro Presidente, “convinti come sono di dover aiutare, nell'enorme sforzo di ricostruzione, non solo i cittadini abruzzesi ma l'intero Paese”.

Una città colpita che riparte anche con l'aiuto dei medici

L'Aquila, 6 aprile 2009. Un ferito viene soccorso dai medici del 118



Maurizio Ortu, presidente dell'Ordine dei medici e degli odontoiatri dell'Aquila, sollecitato da noi, ci ha raccontato, tra una telefonata e l'altra, tra una visita medica e una corsa sotto le tende che ospitano i terremotati, un po' della storia che i medici aquilani stanno vivendo con grande coraggio e abnegazione, dopo il disastroso terremoto. Sono parole semplici e perciò commoventi. A questa testimonianza si aggiunge quella di una ventina di medici che hanno chiamato il "loro" giornale per sentire una voce amica.

"Noi viviamo sotto le tende di giorno e dormiamo nelle auto di notte"



© Danilo Baldacci/Sintesi

Un operatore sanitario prepara il necessario per gli interventi di urgenza sui feriti estratti dalle macerie

L'Aquila è una città che piano piano sta riaprendo gli occhi. Non è morta, è solo rimasta stordita da un colpo "ben assestato". È pronta a ripartire anche grazie ai medici che, a dire il vero, non hanno mai smesso di preoccuparsi della gente. All'indomani del sisma l'emergenza è scattata non solo a L'Aquila, ma in tutti i paesi limitrofi rimasti isolati. Il mio primo pensiero, come presidente dell'Ordine, va ai colleghi ma anche agli infermieri del Pronto Soccorso che, pur operando in una struttura distrutta dal terremoto, sono riusciti,

stringendo i denti, ad assistere tutti coloro che, ora dopo ora, venivano estratti ancora vivi dalle macerie. Posso dire che se molti, grazie a Dio, si sono salvati è stato anche merito loro. La stessa Protezione civile, lo ripeto in tutti gli interventi che faccio ormai da giorni, si è complimentata con me per il comportamento della classe medica aquilana che si è dedicata giorno e notte alla cura ed all'assistenza dei propri concittadini. Ma oltre all'emergenza, molti sono gli encomi da fare. I medici di base sono subito entrati in azione creando nuclei di assistenza anche

davanti alle farmacie cittadine dove prescrivevano medicinali.

L'ospedale da campo è stato allestito subito, vista l'inagibilità del nosocomio cittadino, nell'ampio parcheggio dell'Ospedale San Salvatore. Sono stati anche realizzati presidi medici e centri polispecialistici nella Piazza d'Armi e nello Stadio rugbyistico di Acquasanta.

Anche la sanità privata, però, non è stata con le mani in mano.

La Casa di Cura Villa Letizia di Preturo, unica clinica aquilana a non aver subito danni, non solo ha accolto i malati più gravi e quelli in

trattamento oncologico, ma ha anche messo a disposizione la vicina Casa di Riposo Villa Dorotea per il ricovero dei pazienti.

Molte, dunque, le iniziative sanitarie che hanno fornito aiuto alla popolazione bisognosa.

Nel parcheggio dell'Ospedale sono in funzione un'odontambulanza ed un'oftalmambulanza per alleviare le sofferenze dentarie ed oculistiche. Sono arrivati anche gli occhiali d'emergenza per coloro che li hanno persi nel sisma.

L'Ospedale de L'Aquila è stato, purtroppo, devastato dal terremoto. Non perdendosi

d'animo, molti medici ed infermieri che pure hanno perso casa, parenti ed amici, sono riusciti ad allestire, con l'aiuto anche della C.R.I. un "Ospedale di emergenza" pronto ad offrire una assistenza capillare ai ricoverati nelle tendopoli dove sono stati creati punti di raccolta per i medici di base, che lavorano 24 ore su 24.

È tornata in funzione la medicina specialistica, maggiormente colpita da questo tragico evento (gran parte degli studi specialistici privati è andata distrutta o è inagibile). Si sono mossi anche i medici clown, i nostri Patch Adams, che portano sollievo, colore e procurano le risate dei più piccoli, che sono i soggetti che risentono di più della tragedia.

Anche l'assistenza domiciliare, se così può essere chiamata, ha ripreso a funzionare in favore di quelle persone, non deambulanti ed impossibili-

tate a muoversi, che sono state assistite nelle tende.

Il lavoro è ripreso in un clima di grande solidarietà, di gentilezza e senza polemiche di sorta.

Come non ricordare i colleghi della costa adriatica di Pescara, Silvi, Tortoreto eccetera che stanno assistendo più di ventimila aquilani ospitati presso gli alberghi di queste località di mare.

Riaprono i bar, le edicole, i negozi, c'è voglia di riprendere da dove si è interrotto e se è vero che, come diceva Alessandro Magno, un popolo in salute è un popolo invincibile, allora è nostro specifico compito quello di alleviare le sofferenze di chi soffre, di chi ha perduto tutto in questa terribile tragedia.

La migliore medicina in questi casi è assicurare alla gente la meravigliosa sensazione di essere protetta, di sapere che ci siamo.

È mio obbligo sottolineare

che il corpo sanitario, i medici, gli infermieri e tutti coloro che prestano la propria opera preziosa in aiuto e cura a coloro che soffrono, compiono la missione nel ricordo del dottor Dante Vecchioni, rimasto sepolto sotto le macerie e di tutti quei colleghi che in questa sciagura hanno perduto i loro familiari.

L'Aquila metti il camice e cura i tuoi figli, solo così potrai curare te stessa!!!

Ed eccoci alle telefonate al Giornale della Previdenza. All'inizio le voci sono concitate. Poi, con il trascorrere del tempo, la comunicazione acquista una certa regolarità. All'altro capo del filo c'è un gruppo di medici dell'Aquila: "Siamo una ventina. Vogliamo parlare con il nostro giornale. Abbiamo bisogno di confidarci con qualcuno, di raccontare un po' della nostra nuova vita

sotto le tende accanto alle persone che soffrono".

Alle prime ore del mattino, molti di loro, "tanti", scendono dalle auto dove hanno trascorso la notte e si avviano verso le tende. Per la maggior parte sono specializzandi che vivono da tempo all'Aquila e si sentono ormai cittadini di questa terra martoriata.

Oggi, "abbandonati da Dio e dagli uomini", si aggirano quasi sperduti sotto le tende per portare un po' di conforto soprattutto agli anziani che vivono momenti così difficili e tristi. Piove, fa freddo e la terra continua a tremare. "Ci sembra di esserci trasformati in psicoterapeuti. Prima questi pazienti di età avanzata venivano in ospedale per farsi curare e magari solo per avere qualche consiglio o, come sostenevamo noi, per chiacchierare un po' con il medico".

Questi colleghi che si alternano al telefono, raccontano una storia unica: "Dentro gli occhi di tante di queste persone c'è il vuoto. Molti hanno perduto tutto quello che possedevano, altri, e purtroppo sono tanti, piangono i loro cari scomparsi". Come si fa a dimenticare, racconta una dottoressa, che quattro bambini sono morti soffocati dalla polvere. Sono le stesse parole del dottor Berardino Persichetti, neonatologo, che ha visto quei cadaverini stesi; l'uno accanto all'altro, nei corridoi del Pronto soccorso: "Sembrava d'essere in guerra", dice con le lacrime agli occhi. E conclude: "Non lasciateci soli!". •

L'Aquila, 6 aprile 2009 - Sfolati i ricoverati dell'Ospedale San Salvatore, dichiarato inagibile



© Claudio Morrelli / Emblema



di Mario Falconi (*)

Troppi sono ancora coloro per i quali la “verità”, quando è scomoda o portatrice di possibili turbative psicologiche, deve essere sottaciuta o edulcorata.

Noi sosteniamo invece che essa vada sempre detta per quello che è, magari con il dovuto garbo, perché nessuno ha il diritto, omettendo verità importanti, di impedire a chicchessia di poter decidere liberamente e programmare il proprio futuro in conseguenza di eventi spiacevoli e/o inattesi.

Non molto tempo fa, in un dibattito televisivo su un canale nazionale, avemmo uno scontro dialettico con un illustre e famoso avvocato che ha anche avuto importanti incarichi di governo nazionale, il quale sosteneva che non andasse quasi mai comunicata al paziente una malattia a prognosi infausta per noi era valido l'esatto contrario.

Il destino volle che telefonò in diretta una signora che, con voce rotta dall'emozione, raccontò che il marito, prima di morire

per una grave patologia neoplastica, le disse, pur amandola, che non le avrebbe mai perdonato di avergli sottaciuto, d'accordo con i medici, la vera diagnosi della sua malattia, quando era ancora in buone condizioni psico-fisiche tali da consentirgli libere scelte.

Abbiamo volutamente estremizzato l'esempio per trarne la morale che esso può essere traslato ad ogni campo della nostra vita compreso quello previdenziale.

La storia della nostra Fondazione è ricca di tante positività ma anche di alcune negatività che non possono e non debbono essere mai sottaciute, anche se la gran parte di esse riguarda un passato ormai remoto. Dichiarare, affrontare e rimuovere le criticità anche in campo previdenziale, non è solo un dovere morale ma rappresenta l'unico vero antidoto per evitare che salti quel grande patto generazionale fondato su SOLIDARIETÀ e EQUITÀ primo cemento fondante della SOSTENIBILITÀ dell'intero sistema. Più volte nei nostri interventi nei vari momenti di vita associativa della Fondazione abbiamo posto l'accento, come nostro costume, più sulle cose che non sono andate nella giu-

sta direzione nel passato o che non vanno nel presente come ad esempio della necessità di una efficace, permanente e strutturale campagna di comunicazione fatta di informazione ma anche di formazione. Molto tempo ed energie, anche economiche, si sono dovute mettere in campo per risanare un patrimonio immobiliare che non sempre fu acquistato con criteri rigorosi e virtuosi.

Molto tempo e energie si sono dovute mettere in campo per ridurre progressivamente quegli eccessivi benefici, assolutamente inappropriati, soprattutto se valutati in un'ottica di lungo periodo, di cui hanno potuto godere in passato molti nostri colleghi.

Occorre anche dire con chiarezza che saremo costretti in ogni caso a rivedere, abbassandole, anche le attuali aliquote di rendimento.

Ogni generazione può e deve farsi carico della precedente a patto però che non ci siano eccessive disparità di trattamento fra di esse come improvvidamente si è già verificato.

Molto tempo ed energie sono state messe in campo

Il valore morale della VERITÀ

Purtroppo noi, non solo per l'attuale andamento demografico o economico, anche a parità di retribuzione dell'intero arco di vita lavorativa dei nostri padri, non godremo delle stesse loro sostanziose pensioni.

Molto tempo ed energie dovranno essere messe ulteriormente in campo nell'attuale difficile contesto, nel quale peraltro si emanano norme inique da parte dei ministeri vigilanti che non vengono richieste alla previdenza pubblica e che mettono in crisi la stabilità della nostra fondazione privata.

È innegabile però che, al di là di un indispensabile virtuoso governo di tutte le risorse a disposizione messo in campo da vari anni, l'adeguatezza delle pensioni, soprattutto per intere fasce di colleghi contribuenti, quali ad esempio quelli della medicina generale, passa prima di tutto dal fronte dei contributi versati. Nessuno si illuda che con l'attuale 15%, fermo da vari anni, si possa aspirare a pensioni dignitose.

Riteniamo che questo sia, tra gli altri, un argomento, oseremmo dire, di rilevanza sociale per moltissimi colleghi, da portare avanti con assoluta determinazione ai tavoli contrattuali.

Purtroppo molti sono co-

loro che vivono in precarie condizioni economiche e per i quali gli eventuali aumenti dovrebbero essere tali da consentire un giusto equilibrio tra le risorse da impiegare per la vita quotidiana e quelle da accantonare per la futura pensione.

L'istituto della contribuzione integrativa volontaria, pur utile, non può essere la scorciatoia risolutiva dei problemi previdenziali. Non vorremmo mai essere spettatori di una situazione nel-

la quale chi vive esclusivamente di medicina generale per vera e consapevole scelta professionale, vedrà in futuro una diversificazione pensionistica, progressivamente crescente, rispetto ad altri che hanno usato tale scelta per privilegiare altre motivazioni.

Nonostante tutto ancora oggi 1 euro investito nell'Enpam offre opportunità e garanzie assolutamente concorrenziali rispetto a qualsiasi operatore finanziario del mercato.

Molte appropriate scelte dovranno essere ancora messe in campo a tutela di tutti, mai sottacendo la VERITÀ ma nel contempo chiedendo a molti di esercitare il sacrosanto dovere di critica partendo sempre dalla reale conoscenza.

La previdenza è una materia ostica di cui si parla poco e a volte non in modo corretto.

L'unica maniera utile, se si hanno dubbi, è quella di chiedere informazioni. Tutti i componenti del Consi-

glio di amministrazione a partire dal suo presidente sono a disposizione per fornire ogni utile chiarimento.

Troppi sono coloro che, per interessi non sempre confessabili, attentano alla stabilità della nostra Fondazione. Evitiamo, non volendolo, di farci del male inutile perseguendo insieme, attraverso la VERITÀ dei fatti, la strada comune della migliore previdenza possibile. •

(*) Vice Presidente vicario

Visita il sito dell'ENPAM

giornale

www.enpam.it

cerca nel sito

cerca

la fondazione

- regolamenti
- giornale previdenza
- postazioni informatiche
- convenzioni
- certificati
- affiliazione
- moduli di corso

Giornale

ENPAM/ giornale

IN PRIMO PIANO

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

Accedi alle NOTIZIE

Per i soli iscritti

utente

Sistema di controllo che solleva interrogativi

di Alberto Oliveti (*)

L'obiettivo istituzionale della Fondazione Enpam è sostenere la solidarietà e l'uguaglianza tra generazioni successive in un patto che si proietta nel tempo, per cui chi lavora paga con la sua contribuzione la pensione a chi ha cessato di lavorare, maturando così il diritto allo stesso trattamento quando cesserà a sua volta dal lavoro.

Abbiamo sempre sostenuto come la vera garanzia di equilibrio e tenuta per i Fondi Enpam sia la sostanziale equivalenza tra i contributi versati da ogni attivo e le corrispondenti prestazioni poi ottenute da pensionato, al netto della doverosa solidarietà di categoria.

E che al di là degli obblighi di legge il vero collegamento tra l'interesse del singolo e quello della collettività di appartenenza si identifichi nel principio di convenienza a partecipare alle regole stabilite comunemente.

Inoltre abbiamo sempre sostenuto l'autoanalisi dei bisogni, specie nei giovani, per effettuare scelte tempestive ed oculate che garantiscano serenità in vecchiaia.

Da tutto ciò le nostre parole d'ordine: l'obbligo di iscrizione e contribuzione

all'Enpam è l'elemento fondante di un sistema solidale che deve garantire a tutti la pensione massima sostenibile, nel rispetto della corrispettività tra contributi e prestazioni e nella convenienza per tutti a partecipare a questa catena intergenerazionale.

Dal 1994 Enpam è diventata da Ente pubblico una Fondazione di diritto privato senza scopo di lucro con il compito di assicurare la previdenza e l'assistenza a favore dei suoi iscritti, dei loro familiari e superstiti. Tale privatizzazione di mezzi, ferma restando la finalità pubblica di rango costituzionale, prevede il controllo da parte dello Stato garante che si esercita con diversi strumenti, il primo dei quali è il controllo da parte dei cosiddetti Ministeri Vigilanti, in primis il Ministero del Lavoro di concerto con quello dell'Economia e Finanze.

Inoltre con la privatizzazione la Fondazione è stata chiamata al rispetto di una riserva legale pari ad almeno cinque volte l'ammontare complessivo delle pensioni in essere riferito al 1994, con una proiezione temporanea di tale equilibrio stabilmente riferibile ad almeno quindici anni, da verificarsi mediante appositi bilanci tecnici redatti a

cadenza triennale.

Di tali impegni la Fondazione si è fatta responsabilmente carico e con una brillante escalation di saldi di bilancio sempre più positivi ha ottenuto alla data dell'ultimo bilancio consuntivo 2007 (undicesimo record consecutivo di crescita del saldo attivo) la triplificazione del suo patrimonio, un positivo saldo globale sia previdenziale (la differenza tra contributi e prestazioni) che complessivo (la differenza tra contributi + proventi patrimoniali e prestazioni + costi/oneri di gestione), quasi venti anni di riserve se contabilizzate al 1994 e quasi nove se contabilizzate prudenzialmente al 2007.

Inoltre l'ultimo recente bilancio tecnico triennale al 2006 mostra il rispetto dei quindici anni di equilibrio in tutti i Fondi eccetto quello dell'accreditamento che però non contabilizza ancora l'assoggettamento alla contribuzione al 2% dei fatturati delle società interessate intervenute successivamente a tale data e che presumibilmente riequilibrerà la gestione.

Missione raggiunta quindi? Purtroppo la Finanziaria 2007 ed il successivo Decreto interministeriale (ahi! i vigilanti...) hanno spostato l'orizzonte temporale di

equilibrio dei Fondi da 15 a 30 anni senza prevedere alcuna logica gradualità di applicazione, magari un anno per ogni anno di equilibrio in più richiesto.

Inoltre per redigere i bilanci tecnici viene stabilito di non considerare le specificità demografiche, gestionali ed economico-finanziarie della popolazione della Cassa e, ancora più grave, il tasso di redditività del Patrimonio da portare a bilancio per stabilire nel rapporto con le prestazioni quale sia la contribuzione di equilibrio è stato ancorato al tasso di interesse del debito pubblico.

Che è come dire, è inutile perseguire sui mercati finanziari o immobiliari una maggior redditività, assumendosene anche i rischi correlati, se poi in bilancio tecnico il tetto massimo da contabilizzare è quello dei BOT od analoghi, chi ve lo fa fare di rischiare, investite sul debito pubblico dello Stato.

Bella autonomia.

A ciò si aggiunga la dichiarata impostazione dei Ministeri vigilanti di non contabilizzare il Patrimonio nel computare l'equilibrio dei Fondi, ma solo la sua summenzionata redditività imposta.

**La Finanziaria 2007
ha spostato
l'orizzonte temporale
di equilibrio
dei Fondi
da 15 a 30 anni**

L'obbligo di iscrizione e contribuzione è l'elemento fondante di un sistema solidale

In pratica, secondo l'orientamento ministeriale, un Fondo va considerato in default quando nella proiezione attuariale si negativizza il saldo complessivo, che è come già detto il rapporto tra contributi + proventi patrimoniali e prestazioni + costi/oneri di gestione, e non quando dopo questo si azzeri il Patrimonio, che è una riserva tecnica di compensazione per la solvibilità nel tempo a fronte di eventuali squilibri demografici o lavorativi delle generazioni successive e quindi è parte integrante del differimento previdenziale dei contribuenti.

La differenza non è da poco: se prendiamo per esempio il Fondo più consistente gestito dalla Fondazione, quello della Medicina Generale - ma il problema è analogo anche per gli altri - al 31 dicembre 2006 rispettiamo i quindici anni di riserve se calcoliamo il saldo complessivo (originaria missione rispettata quindi...) ma se aggiungiamo la quota corrispondente di Patrimonio arriviamo a quasi venticinque anni, pur computando la sua redditività con i criteri restrittivi della Finanziaria 2007.

Appare evidente quindi che una cosa è intervenire, tra

l'altro rispettando il pro rata, per portare un equilibrio da venticinque a trent'anni ed una cosa è farlo da quindici a trenta!

E' la stessa differenza che c'è tra una cosa fattibile ed una cosa socialmente impraticabile.

E' risaputo che ogni pensione erogata dalla Fondazione sia pagata - per quota parte - dai flussi dei contributi incassati e dai proventi patrimoniali, per cui più è la componente patrimoniale meno si dipende dai flussi contributivi variabili per pagare le pensioni.

In nome della sostenibilità futura - che si badi bene nel sistema pubblico è garantita non dal rigore dei dati attuariali ma dal ricorso alla fiscalità generale - ci è stato richiesto dall'oggi al domani il raddoppio della proiezione temporale di equilibrio su cui la gestione dei Fondi si era calibrata, mentre viene mantenuta l'iniqua doppia tassazione sulle pensioni e sul nostro Patrimonio, tassato come

quello di una impresa speculativa.

Che strano, con il primo provvedimento si obbliga ad esporre più Patrimonio, mantenendo il secondo i flussi fiscali in uscita dalla Cassa aumentano.

Ci guadagnano così i giovani iscritti alla Fondazione, in nome dei quali si parla di sostenibilità?

Si dice che a pensare male si faccia peccato, ma è credibile un sistema di controllo che ostacola il diritto alla previdenza degli iscritti alle Casse privatizzate, inserendo criteri restrittivi alla redazione dei bilanci tecnici?

Che raddoppia la proiezione di equilibrio nel tempo dall'oggi al domani, specie in questi scenari economici e demografici?

Che non considera il Patrimonio una capitalizzazione a garanzia del diritto costituzionale alla Previdenza, non soggetta a tassazione perché finalizzata alla sostenibilità ed alla solidarietà intracategoriale di pro-

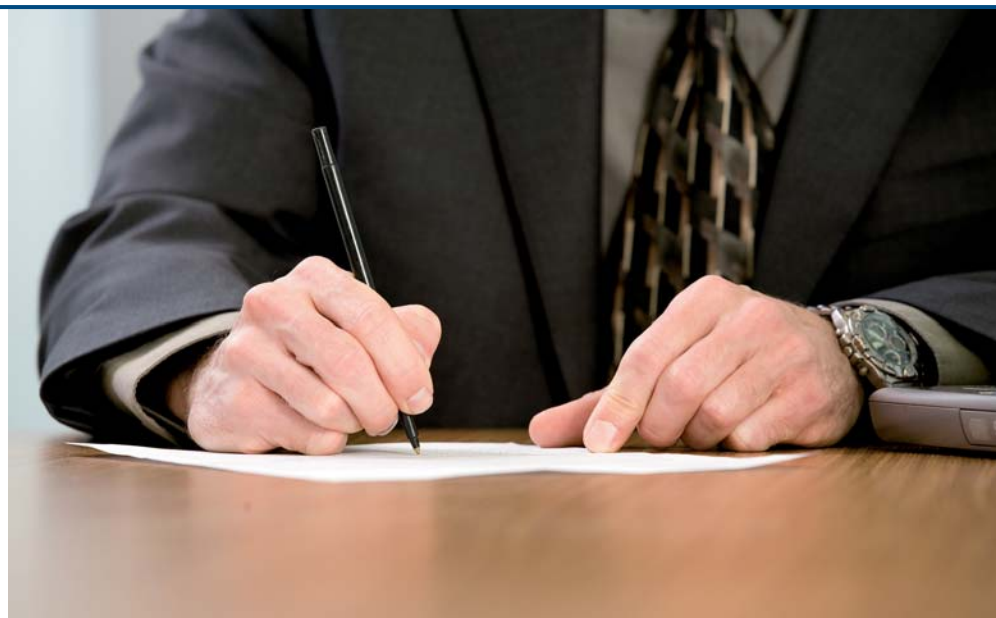
fessionisti le cui Casse non godono di trasferimenti di risorse pubbliche in caso di deficit per cui non dovrebbero di conseguenza contribuire al bilancio dello Stato?

E il fissare un tetto alla redditività del Patrimonio ancorato ai rendimenti offerti dal debito pubblico, non è forse un modo per orientare a questi gli investimenti, dato che il rischio per ottenere una maggiore redditività non potrebbe mai essere giustificato se di tale redditività non si potesse far poi uso nella redazione dei bilanci tecnici, indicatori legali di sostenibilità nel tempo?

Un teorema è un'affermazione che viene dimostrata logicamente a partire da evidenze indiscutibili.

Mi piacerebbe dimostrare un giorno il teorema della neutralità dello Stato nei riguardi dell'autonomia della Fondazione Enpam.

(*) Consigliere di amministrazione

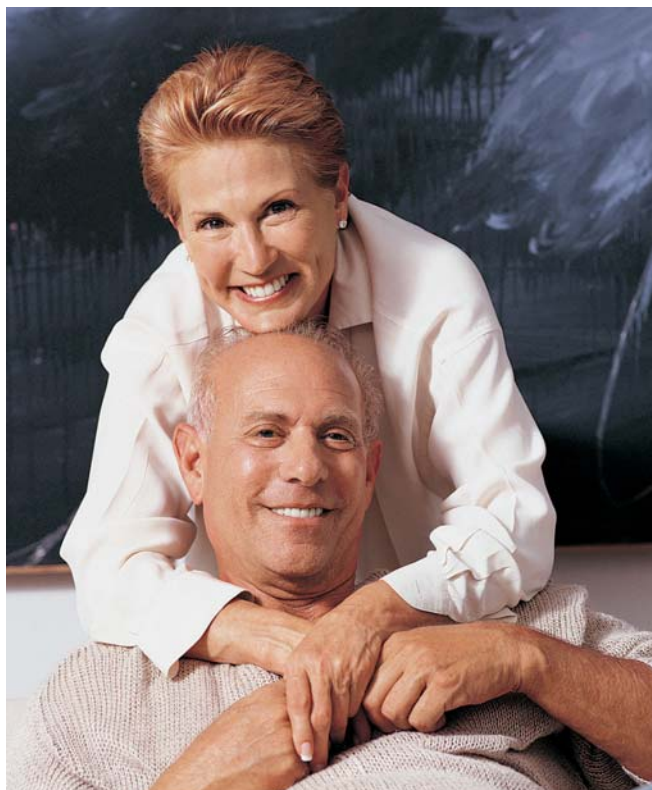


di Eumenio Miscetti (*)

La presenza di Federspev su "Il giornale della Previdenza dei medici e degli odontoiatri" è dovuta soprattutto al problema degli anziani finora lontano da soluzioni soddisfacenti. I nostri anziani – parliamo di vedove di medici ma anche dei loro figli e di coloro che sono rimasti soli dopo la loro morte – richiede serie mobilitazioni. Alludo ad una necessità di interventi non solo sul piano pratico ma anche su quello morale. Federspev significa tra l'altro aiuto concreto a chi è costretto a vivere in solitudine: non solo sorrisi ma concrete azioni in una comunità di amici legati da ricordi comuni (fondamentali) che la nostra (longeva) associazione sin dalla sua nascita (quasi cinquant'anni fa) persegue con tenacia e combattività. Difesa delle pensioni dei titolari e delle vedove e aiuto materiale e morale agli orfani. Ogni giorno che passa ci vede impegnati sul fronte arduo delle ingiustizie, non di rado subite con rassegnazione. Nella sede nazionale per i tutti i nostri iscritti è attivo da tempo un efficiente servizio di consulenza previdenziale, assistenziale, legale e fiscale. Chiamateci pure senza esitare o scrivetecei **Federspev, via Ezio n. 24, 00192, Roma** e (perché no?) raggiungeteci. Dal lunedì al venerdì siamo a vostra disposizione, previo appuntamento telefo-

Anziani? Sì, ma sorridenti

Il principale obiettivo della Federspev: la difesa delle pensioni dei titolari e delle vedove e l'aiuto materiale e morale agli orfani. Numerose ed interessanti sono poi le attività culturali e di svago



nico, dalle 9 alle 14 e dalle 14.30 alle 18. Un punto di riferimento per tutti i pensionati sanitari (medici, farmacisti, veterinari): questo siamo e vogliamo essere! Sono fermamente convinto che una comunicazione efficace, diretta e tempestiva possa contribuire ad instaurare e migliorare un rapporto di reciproca fiducia e condi-

visione degli obiettivi (molti dei quali raggiunti) fra la Federspev e i suoi iscritti. Un'esigenza da molti avvertita che cerchiamo di soddisfare anche attraverso gli strumenti del periodico di informazione "Azione Sanitaria" che pubblichiamo e inviamo a tutti i soci da 26 anni e del più recente sito internet (www.federspev.it). In sin-

tonia con il nostro motto che recita "Non soli ma solidali", abbiamo, inoltre, istituito un Fondo di solidarietà e fratellanza per l'assistenza economica ai soci indigenti o alle loro famiglie in situazioni di particolare bisogno e premi di studio annuali in varie discipline scientifiche per gli orfani, nonché un premio letterario e uno di pittura per gli iscritti. Numerose ed attraenti poi sono le attività culturali e di svago e non mancano convenzioni vantaggiosissime con alcuni famosi centri termali. L'anno passato abbiamo registrato un calo, sia pure lieve, del numero degli iscritti. Confesso la mia perplessità nel rilevare il disinteresse abulico di non pochi pensionati sanitari nei confronti della nostra associazione, pur essendo il suo valore e la sua utilità sociale ampiamente riconosciuti. Naturalmente saranno molte le iniziative finalizzate a promuovere nuove iscrizioni perché siamo sicuri di poter ottenere risultati positivi negli obiettivi prefissati, con l'impegno, la costanza e la forza che ci proviene anche e soprattutto dal "numero" delle adesioni. •

(*) *Presidente Federspev*

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

Riscatto della laurea, benefici non solo economici

Valida tesaurizzazione dei propri risparmi nell'ottica previdenziale. Non si tratta di un risparmio finanziario che comporta la disponibilità del capitale, ma di un beneficio legato a un futuro trattamento di pensione

di Marco Perelli Ercolini (*)

A chi mi pone la domanda "cosa posso fare per migliorare la pensione finale?", rispondo che in prima istanza va fatta una adeguata valutazione del proprio assetto familiare, delle esigenze e delle disponibilità economiche e, inoltre, di una eventuale propensione al rischio sul quale richiamo peraltro di porre molte attenzioni perché in previdenza è doloroso e quasi sempre non correggibile l'errore di un impegno finanziario.

Senza dubbio, specialmente in età di ingresso nel mondo del lavoro, il riscatto degli anni di laurea e degli altri periodi ammessi è una valida tesaurizzazione dei propri risparmi nell'ottica previdenziale che ricordiamoci non è un risparmio finanziario che comporta la disponibilità del capitale, ma è un beneficio legato ad futuro trattamento di pensione quando se ne raggiungeranno i requisiti, con i criteri della mutualità per trattamenti di invalidità e premorienza, ma soprattutto con trat-



tamenti in uscita ben definiti da normative che difficilmente possono essere cambiate in itinere modificando o cancellando delle legittime aspettative, inoltre con calcoli di rendimento non legati ai flussi dei mercati finanziari.

La totale deducibilità dei contributi che debbono essere versati per costituire la riserva matematica dei miglioramenti economici in caso di riscatto, comportano dei considerevoli recuperi delle somme versate andando ad incidere con l'abbattimento dell'imponibile sull'aliquota margi-

nale e, se poi si considera che le eventuali somme, se non usufruite per i pagamenti dei contributi di riscatto, sarebbero state falcidiate dal fisco ne risulta che con un impegno finanziario di 15-20 si ottiene un beneficio economico previdenziale di 100.

Ma non è solo un miglioramento economico, il riscatto può anche permettere, nell'attualità normativa, di poter accedere prima alla pensione, ovviamente tenendo ben presente come i trattamenti delle pensioni di anzianità siano inferiori ai tratamen-

ti delle pensioni di vecchiaia sia per una minore anzianità contributiva, sia per minori versamenti contributivi, anche in parte legati a contribuzioni lavorative inferiori per trattamenti stipendiali più bassi che incidono nel montante finale, sia per eventuali abbattimenti previsti da norme specifiche di alcuni enti previdenziali (vedi Enpam nei Fondi speciali).

In particolare, nella dipendenza nonostante l'onerosità, il riscatto è ancora discretamente vantaggioso, oltre che come tutela sociale aggiuntiva per la famiglia in caso di premorienza, specialmente perché dopo la legge 247/2007 consente di accedere alla pensione con 40 anni di anzianità contributiva che possono essere raggiunti col riscatto intorno ai 60 anni, anziché attendere i 65 dell'età pensionabile; inoltre, è stata prevista una rateizzazione senza interessi in 120 rate con la piena deducibilità fiscale; infine, in alcuni casi con periodi di riscatto ricompresi entro il 31 dicembre 1995, può consentire di rientrare nel calcolo interamente retributivo o quantomeno nel sistema misto della pensione, ben più vantaggioso del sistema di calcolo interamente contributivo. Nel settore Enpam ricordiamo, invece, come le tabelle per i calcoli attuariali dei contributi non siano ancora state cambiate con indubbi vantaggi economici. •

(*) *Consigliere Enpam*

I nuovi orizzonti della Sifop

L'obiettivo: mettere in contatto gli specialisti ambulatoriali italiani iscritti alla Società di formazione permanente per rivalutare il rapporto tra gli specialisti ed il cittadino e contribuire al miglioramento delle modalità di cura

di Francesco Losurdo (*)

Nel 1976 una Società scientifica denominata CIP - FNOM - SUMAI iniziava il percorso formativo degli specialisti ambulatoriali ponendosi per obiettivo la scelta di metodi formativi diversi dalle letture magistrali. Con il passare degli anni e l'esigenza di uno Statuto autonomo per le Società scientifiche, nel 1986 si costituiva e formalizzava la SIFoP (Società Italiana di Formazione Permanente).

I nuovi orizzonti, fino a poco tempo fa impensabili, che si sono dischiusi grazie all'informatica ci spingono oggi a proporre un forum che permette, accedendo con password specifica, di mettere in contatto tra loro tutti gli specialisti ambulatoriali italiani iscritti alla SIFoP con l'obiettivo di riva-



lutare il rapporto tra gli specialisti ed il cittadino per contribuire al miglioramento delle modalità di cura.

Il Consiglio Direttivo della SIFoP si è impegnato a coinvolgere attivamente nella propria formazione tutti gli specialisti delle 42 specialità presenti nella specialistica ambulatoriale nominando 25 Direttori di Settore tra i più illustri esperti delle varie specialità.

Ogni settore comprende, a seconda del numero degli specialisti, una o più specialità, ovviamente affini (come da tabella allegata). I problemi affrontati dal Consiglio Direttivo sono stati essenzialmente tre:

1. interrompere l'isolamento del singolo specialista nella propria attività;

2. non disperdere l'esperienza pluridisciplinare condivisa per poter meglio rispondere ai problemi del cittadino-paziente;

3. far sì che l'attività specialistica ruoti intorno alla persona malata e alle sue necessità.

A tal fine è stata pensata e realizzata una web tv visualizzabile sul sito www.sifop.it nella quale dopo il 3 ottobre 2009 saranno presenti tutte le linee guida delle 42 specialità della specialistica ambulatoriale, suddivise in 25 settori, all'interno dei quali si è realizzato un forum monospecialistico nel quale ogni specialista può visionare chi sono gli altri colleghi della sua stessa specialità, in quali regioni operano ed entrare in

contatto con tutti gli altri. Un gruppo di specialisti esperti introdurrà nel forum delle linee guida riguardanti la singola specialità dopo averle sottoposte alla supervisione del Direttore di settore e nel web verrà attivato un forum permanente tra tutti i colleghi della stessa specialità o per approvare la linea guida così com'è oppure modificarla ed in tal caso proporla come suggerimento operativo da parte della SIFoP, sentito il parere del Direttore di settore. Il forum monospecialistico continuerà a restare operativo dopo la discussione delle linee guida che durerà fino al 15 settembre 2009 per consentire un continuo collegamento tra tutti gli specialisti della stessa specialità. Come già detto dal 3 ottobre, grazie ad un accordo con la Società Informa, saranno visibili sulla web tv tutte le linee guida preparate e discusse nella fase preliminare da tutti gli specialisti italiani di tutte le specialità, in un formato omogeneo che durerà al massimo 10 minuti per presentare gli schemi delle linee guida o dei suggerimenti operativi SIFoP e altrettanti 10 minuti per eventuali dimostrazioni cliniche.

Far sì che l'attività specialistica ruoti intorno alla persona malata e alle sue necessità

Interrompere l'isolamento del singolo specialista nella propria attività

Obiettivo della SIFoP nel 2010 è di promuovere e realizzare per la prima volta la discussione di nuove linee guida, con la partecipazione di tutte le 42 specialità, su argomenti che verranno stabiliti dal Congresso Nazionale SIFoP che si terrà a Torino il 3 ottobre

2009. Questa iniziativa si realizzerà con l'utilizzo di una metodica già sperimentata dal Prof. S. Iliceto, Direttore del Settore di Cardiologia nonché Ordinario di Cardiologia dell'Università di Padova che permetterà di riunire in contemporanea più sedi collegate con

un sistema di cablatura che consente l'interattività tra tutti i partecipanti che verranno riuniti in incontri che saranno programmati nel corso del 2010. Tale sistema consentirà di riunire migliaia di specialisti nelle proprie sedi di residenza con una partecipa-

zione attiva alla discussione da parte di tutti.

Una consensus di 42 specialità affinché ogni specialista possa dare il proprio contributo alla realizzazione delle nuove linee guida SIFoP discusse e condivise da tutti.

La sfida della nuova SIFoP si rivolge in particolare alle malattie croniche e degenerative che, con i tumori, rappresentano il problema della sanità del terzo millennio. Vi sono varie patologie con caratteristiche che obbligano a ripensare le modalità di assistenza sanitaria e la gestione della malattia. Non appaiono all'improvviso, né portano a morte rapidamente come facevano le malattie infettive che per migliaia di anni hanno afflitto l'umanità. Sono patologie che, grazie ai progressi della medicina, non portano a morte ma da cui non si guarisce. Sono definite "malattie croniche degenerative", che necessitano oltre che di un approccio plurispecialistico anche di una trasformazione dell'idea stessa di malattia che tende a diventare una condizione con cui convivere per anni, un'esperienza da accettare e trasformare pazientemente in normalità. Per raggiungere questo obiettivo la Scuola di Educazione terapeutica della SIFoP parteciperà attivamente alla Consensus del 2010 con i Direttori di Settore e tutti gli specialisti ambulatoriali italiani per formulare insieme le linee guida più efficaci per le malattie croniche degenerative. •

(*) *Presidente SIFoP*

I DIRETTORI DI SETTORE NOMINATI DALLA SIFOP

SETTORE SPECIALISTICO	DIRETTORE NAZIONALE DI SETTORE
Allergologia - pneumologia	Prof. Fernando Di Benedetto (Chieti)
Anatomia patologica - ematologia - oncologia	Dott. Gennaro M. Palmiotti (Bari)
Audiologia - foniatria - otorinolaringoiatria	Prof. Salvatore Conticello (Torino)
Cardiologia	Prof. Sabino Iliceto (Padova)
Chirurgia gen. - plastica - pediatrica - toracica - vascolare - angiologia - neurochirurgia	Prof. Luigi Gioffré (Roma)
Dermatologia	Dott. Vito Pietrantonio (Bari)
Diabetologia - endocrinologia - scienza alimentazione	Prof. Riccardo Giorgino (Bari)
Fisiokinesiterapia	Prof. Maurizio Massucci (Perugia)
Gastroenterologia - genetica medica - idroclimatologia - mal. Infettive - med. Generale - med. Interna	Prof. Ottavio Albano (Bari)
Geriatrica	Prof. Salvatore Putignano (Napoli)
Igiene e medicina preventiva	Prof. Vincenzo Baldo (Padova)
Med. Legale e med. Del lavoro	Dott. Marco Sani (Roma)
Medicina dello sport	D.ssa Donatella Noventa (Mestre)
Med. Trasfusionale - microbiologia - pat. Clinica - tossicologia	Dott. Desiderio Palombella (Roma)
Neurologia - neurofisiopatologia	Prof. Antonio Carolei (L'Aquila)
Neuropsichiatria infantile	Prof. Lucia Margari (Bari)
Odontoiatria	Prof. Laura Strohmenger (Milano)
Oftalmologia	Prof. Camillo Paganoni (Bergamo)
Ortopedia	Prof. Carlo Milano (Napoli)
Ostetricia e ginecologia	Dott. Francesco L. Giorgino (Padova)
Pediatria	Dott. Vincenzo Del Vecchio (Napoli)
Psichiatria	Prof. Giuseppe Bersani (Roma)
Radiodiagnostica - radiologia - medicina nucleare	Prof. Pasquale Marano (Roma)
Reumatologia	Prof. Alessandro Ciocci (Roma)
Urologia - nefrologia	Prof. Manuele Montanari (Milano)



Il prof. Massimo Martelli

Massimo Martelli, specializzato in Chirurgia toracica e vascolare, Assistente alla Cattedra di Chirurgia toracica presso il Policlinico Umberto I di Roma. Aiuto dal '79 e Professore associato nel 1983, nel 1989 vince il concorso di Primario all'ospedale Forlanini della capitale. Dal 2002 è membro del Consiglio Superiore di Sanità. È autore di oltre duecento pubblicazioni scientifiche.

Le sue mani operano guidate dal cuore

di Carlo Ciocci

“La mia grande passione è l'ospedale, dove ho trascorso e trascorro tutta la mia vita di medico. Ritengo che l'ospedale sia l'unica struttura in grado di realizzare un rapporto quotidiano con il paziente. Non è un caso il fatto che posseggo centinaia di lettere di pazienti ed ex pazienti che a distanza di anni dal nostro incontro ancora mi scrivono: molti mi vengono spesso a trovare”.

Il prof. Massimo Martelli parla della chirurgia toracica e di politica sanitaria. Nelle sue risposte c'è spazio per la critica e la commozione. Lo studio dove ci ha ricevuto ricorda anche il suo passato di ufficiale medico dell'Arma dei Carabinieri, perché il prof. Martelli, anche se a distanza di tanti anni, ci tiene a dire che si sente ancora “figlio” della Benemerita.

La principale caratteristica di un chirurgo?

Ciò che più conta non è l'atto operatorio in se, ma è l'appropriatezza, la capacità di dare un'indicazione seria circa l'opportunità o meno di intervenire chirurgicamente. A tal proposito, si tramanda di un chirurgo inglese il quale affermò che per fare un bravo chirurgo ci vogliono dieci anni, per fare un chirurgo che sa quando deve operare ce ne vogliono venti e per avere un chirurgo che sa quando non si deve operare non basta una vita. I recenti gravi fatti registrati in una clinica di Milano li abbia-

mo conosciuti tutti e li giudico severamente, ma alla stessa stregua dovrebbero essere giudicati sia gli ospedali pubblici che le cliniche accreditate dove, per via del budget avvengono le stesse cose. Il problema è che non si può monetizzare la Sanità: non c'è niente di più sbagliato che dire ad un medico di predisporre un budget da rispettare: il problema dovrebbe essere invece quello di pretendere un budget in termini di appropriatezza.

Altri aspetti da correggere nella Sanità?

Premetto di ritenere la

Sanità italiana una tra le migliori al mondo: non abbandona mai i malati. Ciò nonostante, se le risorse fossero utilizzate meglio otterremmo risultati maggiori. Un altro dei principali problemi della nostra Sanità è legato alla proposta portata avanti da molti – tra questi dall'Ordine dei medici di Roma - di depenalizzare l'atto medico. Il fine non è davvero quello di creare intorno alla figura del medico una sorta di impunità, ma per un medico sapere di rischiare una causa civile è un conto ed un altro è sapere di potersi trovare coinvolto in un processo penale in seguito allo svolgimento delle proprie funzioni. Tutto questo genera la cosiddetta medicina difensiva che ha un costo di 15-20 miliardi di euro l'anno, vale a dire il 10-15 per cento del costo complessivo annuo della Sanità nel nostro Paese. Si pensi agli esami che, in numero abnorme, vengono prescritti dai medici proprio per mettersi al riparo da denunce; la conseguenza sono le attese per gli esami e le visite oltre al fatto che appare ormai definitivamente estinta la “clinica” che era prerogativa dei vecchi medici che ci hanno insegnato la professione. E' evidente che la medicina abbia fatto passi da gigante, ne è riprova l'allungamento della vita, ma da qui ad arrivare a richiedere esami inutili ce ne passa.





temente ho operato un bimbo di circa sedici mesi. Devo dire la verità: mi si è stretto il cuore quando, appena entrato in sala operatoria, ho visto questo corpicino sul quale avrei dovuto operare. Dover infilare, sebbene in video-chirurgia, strumenti all'interno di quel piccolo corpo mi ha provocato una grande angoscia: ammetto di essermi commosso.

Questo episodio significa che un chirurgo non sempre può dirsi estraneo agli eventi che accadono sotto le sue mani...

La verità è che, dopo anche tanti anni di chirurgia, non si fa il "callo" alla sofferenza umana, ma si è sempre partecipi, sia a livello psicologico che fisico, della vita del paziente.

Per concludere: qual è secondo lei l'avvenire della chirurgia toracica?

Ho molta fiducia nel futuro. Si pensi, solo per fare un esempio, alla Tuberculosis che sino a non molto tempo fa era monopolio esclusivo della chirurgia. Ebbene, mi auguro che anche la chirurgia toracica, che oggi si occupa per lo più del tumore al polmone, finisca per dedicarsi ad altri ambiti come la traumatologia: questo presupporrebbe una efficace soluzione medica per il tumore del polmone.

Professore, grazie per la lezione di vita. •

L'attività intramoenia del medico: ne parliamo?

Anche questo tema è molto importante. L'attività intramoenia, a mio modo di vedere, dovrebbe essere svolta sempre all'interno dell'ospedale e non in altre strutture. Nel caso di un chirurgo del Sistema Sanitario Nazionale, si dovrebbe proporre che l'attività intramoenia sia al massimo il 20% rispetto alla attività

istituzionale. In tal modo si abbatterebbero le liste di attesa per gli interventi. E' ciò che ho fatto nel mio ospedale con soddisfazione sia dei pazienti, che nella maggior parte dei casi si sentono più sicuri, sia degli operatori.

Una domanda personale: perché nel suo campo viene considerato un leader?

Non sono un leader, sono un medico che intende svolgere la propria attività con totale abnegazione. Se ho un merito, è quello di riuscire ad instaurare un ottimo rapporto con il paziente. Paradossalmente sarebbe quasi da preferire un medico meno bravo ma at-

tento alle istanze del malato, che un "luminare" il quale però tratta il paziente come fosse un numero. Posso continuare a raccontare di uomini e donne da me operati che hanno instaurato con me un rapporto di vera e propria amicizia. Sono, questi, momenti impagabili, momenti che danno ad un medico abituato a confrontarsi con patologie anche molto gravi, la forza di andare avanti.

A proposito di forza di andare avanti, a un chirurgo del torace è permesso commuoversi? A lei è mai capitato?

Pur non occupandomi in modo particolare di chirurgia pediatrica, recen-

**Sempre partecipi
sia a livello
psicologico
che fisico
della vita
del paziente**



professor
Piero
Narilli

Piero Narilli è il responsabile della Divisione di Chirurgia Generale della Casa di Cura "Nuova Itria" di Roma, dove si occupa in particolare di Chirurgia Oncologica. È stato dirigente al Policlinico Umberto I di Roma, nella Divisione di Clinica Chirurgica accanto all'illustre maestro professor Giorgio Ribotta. Autore di numerosi lavori scientifici e relatore a congressi nazionali e internazionali, ha insegnato presso il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia e presso le numerose Scuole di Specializzazione dell'Università degli Studi di Roma La Sapienza, dove è tuttora docente.

Progressi in chirurgia oncologica

L'approccio multidisciplinare e la ricerca di una soluzione terapeutica attenta al risultato estetico.

Le aspettative della comunità scientifica nel campo della genetica

di Claudia Furlanetto

Professor Narilli, negli ultimi anni si è parlato molto dei progressi tecnici e scientifici in campo chirurgico. Nella chirurgia oncologica cosa è cambiato?

Oltre al progresso tecnologico e alle nuove acquisizioni scientifiche è cambiato molto il nostro atteggiamento nei confronti della malattia neoplastica. Noi chirurghi, in un passato non troppo lontano, abbiamo ritenuto la radicalità chirurgica l'unica arma efficace per combattere alcuni tipi di neoplasia. Oggi il concetto di inoperabilità è stato rivisitato e, di concerto con una maggiore aggressività chirurgica, cerchiamo di effettuare anche nei casi avanzati quelle exeresi "allargate" in grado di ridurre quanto più possibile la massa neoplastica per offrire alla terapia adiuvante postoperatoria

maggiori possibilità di efficacia terapeutica. Abbiamo imparato a considerare vincente il lavoro di équipe ritenendo fondamentale che in un moderno centro di chirurgia oncologica il problema cancro debba essere affrontato con un approccio multidisciplinare.

Un approccio multidisciplinare può incidere nella scelta di un intervento chirurgico?

Certamente. Ai pazienti con cancro del retto così detto ultrabasso, fino a pochi anni fa, si poteva prospettare una sola opzione terapeutica che comportava una grave mutilazione e una colostomia definitiva. Trattamenti combinati preoperatori possono determinare un *down sizing* della malattia che consente, con particolari interventi chirurgici, di preservare la funzione sfinteriale e di evitare quindi la colostomia definitiva.

Il ruolo del chirurgo nel trattamento della malattia neoplastica si è quindi modificato?

Se intende dire che il suo ruolo è diventato meno importante da un punto di vista strategico direi proprio di no, anzi, è esatto il contrario. Nei centri nei quali l'esperienza in un certo tipo di chirurgia è maggiore, come quelli per esempio dedicati alla chirurgia coloretale, le degenze sono più brevi, le complicanze sono numericamente minori e, cosa più importante, le recidive di malattia sono percentualmente più basse. Potrei fare molti esempi: nei tumori del retto basso, sottoperitoneale, se l'asportazione del mesoretto è tecnicamente ben condotta si ottengono risultati migliori. E ancora: la lesione intraoperatoria di alcuni nervi che provoca l'impotenza nell'uomo può più facilmente essere evitata se

l'esperienza del chirurgo è maggiore, e così via.

Per quale altra patologia neoplastica è stato registrato un progresso significativo?

Per esempio nel cancro della mammella. È noto come i "trials di Milano", condotti dal professor Veronesi, abbiano dimostrato in modo inequivocabile che la mutilazione di una mastectomia può essere evitata con interventi chirurgici conservativi - come la quadrantectomia - che offrono, a parità di efficacia terapeutica, risultati estetici più che accettabili. Così come nel trattamento del cancro del retto l'impegno è stato ed è quello di salvaguardare la funzione sfinteriale, in questo settore si è voluto limitare quanto più possibile il danno estetico che segue al trattamento chirurgico. In alcuni casi, quando il rapporto tra tumore e volume mammario controindica una quadrantectomia, la terapia neoadiuvante può determinare la diminuzione della massa neoplastica e permettere successivamente la realizzazione di un intervento conservativo.

Si mira quindi a far tornare il paziente ad una vita più normale possibile.

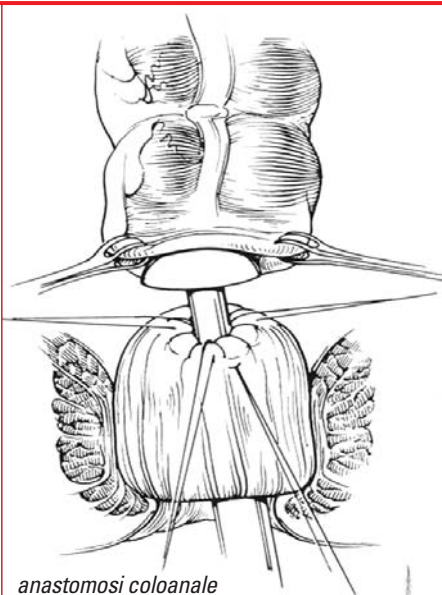
Certamente. In alcuni centri si sta prendendo in considerazione, sembra con risultati incoraggianti, la possibilità di ricostituire il volume mammario asportato con il trapianto di adipociti e cellule staminali prelevati nella stessa paziente da altre parti del corpo.

Le tecniche ricostruttive sono ormai uno standard del-

la buona chirurgia e si parla oggi di chirurgia oncoplastica. Il termine indica l'associazione della chirurgia generale e della chirurgia plastica e mira ad una soluzione terapeutica attenta al risultato estetico. Incisioni periareolari, mobilizzazioni ampie della ghiandola mammaria sono solo alcune delle soluzioni tecniche prese in prestito dalla chirurgia plastica estetica e che sono oggi un indispensabile bagaglio culturale del moderno chirurgo oncologo. Tecniche relativamente recenti come la *skin sparing mastectomy* o la *nipple sparing mastectomy* possono offrire in casi selezionati soluzioni valide dal punto di vista sia oncologico che estetico: consistono nell'asportazione di tutta la ghiandola mammaria con il mantenimento quasi completo del suo rivestimento cutaneo a cui segue il contemporaneo inserimento della protesi.

Esistono limiti all'indicazione di queste tecniche?

Il problema riguarda in particolare la *nipple sparing mastectomy*, che risparmia anche il complesso areola capezzolo, per la possibile presenza di cellule neoplastiche nel tessuto retroareolare. Con una accurata selezione dei casi – per esempio tumore inferiore a 2 cm – e con strategie particolari si può raggiungere una percentuale di recidiva inferiore al 5%. Ulteriore complicanza è la possibilità di necrosi del complesso areola capezzolo



che però con tecniche particolari non va oltre il 10%. Ritengo questi risultati incoraggianti e credo che questi interventi troveranno sempre maggiore consenso.

Che cosa mi dice dell'impiego della chirurgia mininvasiva?

L'avanzamento tecnologico, la ricerca incessante di nuove soluzioni e di nuovi strumenti insieme ai non trascurabili investimenti da parte delle aziende hanno giocato un ruolo determinante. La chirurgia mininvasiva si è quindi imposta sia per gli innegabili vantaggi che offriva sia per una pressante richiesta di chirurgia "senza cicatrice". Per questo si è pa-

gato un prezzo, inevitabile, in parte giustificato da quello che una indispensabile curva di apprendimento può provocare. Per quanto riguarda la chirurgia laparoscopica, nel trattamento del cancro colo-rettale sembra, dopo anni di applicazione, che i risultati oncologici ottenuti in laparoscopia siano paragonabili a quelli con tecnica tradizionale. Le applicazioni della chirurgia mininvasiva sono ormai molteplici. Un approccio di questo tipo è possibile anche nella chirurgia tiroidea.

Quali sono le aspettative per la diagnosi ed il trattamento dei tumori?

La diagnosi precoce è tuttora lo strumento più efficace a nostra disposizione. È importante poi individuare fattori in grado di selezionare soggetti a rischio maggiore di malattia. Io e il mio gruppo, per esempio, stiamo studiando su frammenti di tessuto neoplastico colo-rettale, in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità, la possibilità di individuare dei marker predittivi di

trasformazione neoplastica in pazienti con malattie infiammatorie croniche intestinali come il Crohn o la colite ulcerosa, che sono notoriamente a rischio maggiore di neoplasia. Ci aspettiamo però molto dalla ricerca nel campo della genetica. Conoscere la sequenza del DNA umano e il codice dei nostri geni ci ha offerto la possibilità di impostare terapie genetiche specifiche. Valutare l'espressione di alcuni geni permette di quantificare con discreta approssimazione il rischio di recidiva dopo gli interventi chirurgici. Ci sono molti studi in corso che cercano di individuare se quella neoplasia ha maggiore o minore capacità di dare metastasi e, se sì, in quale organo.

Sempre studi genetici mirano a prevedere la risposta ad un tipo di chemioterapico piuttosto che ad un altro, oppure a stabilire in anticipo se quel paziente con quel tipo di neoplasia può evitare di sottoporsi a terapia adiuvante. Stiamo andando in poche parole verso trattamenti personalizzati.

E non è che l'inizio. •

TABELLA

Autori	Pazienti / Mastectomie	NAC+
Luttges 1987	116	38,0 %
Kissin 1987	100	16,0 %
Santini 1989	1291	12,0 %
Laronga 1999	286	5,6 %
*	Esclusi multicentrici e retroareolari	3,0 %
Simmons 2002	217	10,6 %
*	Se < di 2 cm.	6,7 %
Fersis 2003	60	6,6 %
Jensen 2001	DCSI e Multifocali	2,0 %
Cense, Rutgers 2001	Distanza < 1 cm	58,0 %
Zanini 2008	124	21,0 %
*	Se < 2 cm. e <2 N+	3,2 %

Coinvolgimento neoplastico del tessuto retroareolare (NAC+) in casistiche di vari autori. Notare come una selezione dei pazienti (*) può modificare i dati globali.



Alberto Massirone



Emanuele Bartoletti

Intervista “in tandem” ad Emanuele Bartoletti – Segretario della Società Italiana Medicina Estetica (Sime) di Roma – e ad Alberto Massirone – Presidente della Società di Medicina Estetica Agorà di Milano – sulle iniziative comuni per informare i pazienti e tutelare gli stessi medici estetici che hanno seguito corsi quadriennali di formazione post-universitaria in questa branca della medicina in continua evoluzione ed espansione

Un elenco dei medici estetici diplomati da scuole quadriennali

Un importante accordo tra le due Società scientifiche – SIME e Agorà – titolari delle Scuole quadriennali che hanno già diplomato migliaia di medici con una preparazione specifica e multidisciplinare ha dato vita ad un unico sito Internet per controllare l'elenco dei diplomati

di **Andrea Sermonti**

Finalmente chiunque potrà controllare, con un semplice ‘clic’, se il medico estetico cui si è rivolto ha conseguito un diploma rilasciato da una Scuola quadriennale post-universitaria di Medicina Estetica. “Tengo a precisare che qualsiasi laureato in medicina e chirurgia può esercitare ogni tipo di prestazione, con la sola eccezione della radiologia e dell'anestesia e rianimazione, per le quali serve una precisa specializzazione – puntualizza il presidente dell'Agorà Alberto Massirone – ma al Medico Estetico, come ogni medico specialista, per definirsi tale, serve una preparazione specifica che proprio una Scuo-

la di 4 anni, come tutte le scuole di specialità è in grado di dare”. “Una risposta concreta per garantire gli utenti sempre più numerosi ed esigenti della medicina estetica, indirizzandoli verso medici qualificati da corsi post-universitari di formazione nella disciplina” aggiunge il Segretario generale della Società Italiana di Medicina Estetica Emanuele Bartoletti. Proprio per fornire un elemento di chiarezza necessario a tutelare sia gli utenti che gli stessi medici, le due Scuole di Medicina Estetica quadriennali attive da oltre venti anni che hanno già diplomato migliaia di professionisti hanno attivato un sito comune – www.mediciestetici.it – che riporta l'elenco com-

pleto dei medici che hanno conseguito il diploma quadriennale in Medicina Estetica. “Nessuna patente di infallibilità perché la medicina resta una scienza legata alla pratica del singolo professionista – precisa Massirone – ma un elemento incontestabile che il medico, che appare nell'elenco, ha seguito con profitto e successo una formazione che non solo affronta le problematiche legate all'inetismo, alle quali è dedicata un'ampia formazione teorico-pratica, ma delinea le più opportune linee terapeutiche con prodotti specifici e tecnologie idonee atte a dare il miglior risultato all'utente utilizzando quelle tecniche consolidate negli

anni che abbiano dimostrato di avere il più ampio margine di sicurezza possibile.

“Ma la Medicina Estetica non si ferma qui – dice Bartoletti – ma spazia dalla Medicina interna alla Terapia Fisica e Riabilitativa, dall'Ortopedia alla Posturologia, dalla Scienza dell'alimentazione all'Endocrinologia e alla Dermatologia. Ed è anche in grado di affrontare pa-

**Un percorso
formativo
articolato
che tenga conto
del miglioramento
della qualità
della vita**

Un ambito che spazia dalla Medicina interna alla Terapia Fisica e Riabilitativa, dall'Ortopedia alla Dermatologia

tologie tipiche legate al processo di invecchiamento, all'anti-aging ed al benessere che deve essere garantito a tutte le età della vita". Inoltre la Medicina Estetica valuta anche alcune problematiche inerenti la Flebologia, si oc-

cupa dei trattamenti di Medicina termale, utilizza i più moderni presidi di Laserchirurgia e Laserterapia, e utilizza anche la piccola Chirurgia Ambulatoriale (da non confondersi con la Chirurgia Estetica) per regolarizzare alcuni inestetismi. "Il medico estetico non è però un tuttologo come potrebbe sembrare – sottolinea il presidente dell'Agorà – e la sua formazione lo porta a dare risposte appropriate relative alla sua preparazione e, demandando laddove occorre, allo specialista di riferimento per un mag-

gior approfondimento della problematica. Quindi un complesso di competenze che non si può ricondurre al solo atto di correzione dell'inestetismo, ma ad un percorso formativo molto più articolato che non tiene conto solo dello specifico trat-

tamento, ma della sua prevenzione, evoluzione e del miglioramento anche dell'indice di qualità di vita che solo con una maturazione specifica consolidata in quattro anni di formazione si può raggiungere". •

Per ulteriori informazioni contattare le due Società scientifiche:

Agorà – Società di Medicina Estetica

Tel. +39 0286453780 - Fax. +39 0286453792

E-mail: info@medestetica.com

SIME – Società Italiana di Medicina Estetica

Tel. +39 063217304 - Fax +39 063217304

E-mail: sime@lamedicinaestetica.it

L'IDENTIKIT DELLA MEDICINA ESTETICA

La Medicina Estetica non deve essere confusa con un atto medico che viene indirizzato al perseguimento della sola bellezza, ma con un intervento orientato al ridimensionamento o al recupero dell'armonia corporea in un progetto proiettato al miglioramento delle funzioni vitali e di conseguenza, al benessere ed alla qualità di vita. L'inestetismo non deve essere confuso come il solo trattamento di un aspetto estetico disarmonico e quindi con un atto apparentemente superfluo, ma con un atto medico indirizzato alla diagnostica del danno o imperfezione, alla sua genesi, alla prevenzione delle conseguenze, al recupero ed al trattamento dell'inestetismo stesso. Attraverso questa considerazione così articolata, il medico estetico riuscirà a garantire un miglioramento non solo dell'inestetismo ma della sua inevitabile evoluzione. Proprio per la complessità di queste argomentazioni e della loro visione globale, il Medico Estetico deve avere maturato una preparazione professionale ed una pratica conseguente che possa dare risposte certe e corrette al paziente, non acquisibili se non con un percorso simil-specialistico poliennale. Per aver una preparazione di tal fatta, non banalizzabile nella sola esecuzione ad esempio di un peeling, di un filler o di un trattamento laser che esuli dai concetti che abbiamo precedentemente illustrato, il medico estetico dovrà maturare gradualmente quelle competenze che derivano dall'approfondimento di alcune branche della medicina tradizionale, quali ad esempio la medicina interna, la terapia fisica e riabilitativa, la posturologia, l'endocrinologia, la dermatologia, la scienza dell'alimentazione, la gerontologia (anti-aging), la flebologia e la linfologia, la medicina termale, la ginecologia e l'andrologia, la piccola chirurgia ambulatoriale, la laserchirurgia e laserterapia, la cosmetologia, la psicologia, la terapia del dolore, lo studio e trattamento dello stress e della qualità del sonno, la ricerca del wellness, ecc. Ecco perché il Medico Estetico non è banalizzabile con una preparazione di un singolo argomento (un peeling, un filler o la tossina botulinica), ma dovrà sapersi orientare in tutte le direzioni sopra menzionate per poter avere la migliore risposta e prevenire così l'evoluzione del danno.

Il punto sulla chirurgia vertebrale

Un ambito in continua evoluzione anche a causa degli stili di vita. Due terzi degli italiani soffre di mal di schiena e cinque milioni sono i soggetti osteoporotici. L'innovazione delle metodologie chirurgiche

di **Daniele Romano**

La vita sedentaria, la tendenza all'obesità infantile, le continue tensioni muscolari che si esprimono con le contratture delle fasce dorsali, perché non vogliamo discutere anche per la guida, hanno reso molto più vulnerabile la colonna, la quale oltre a sostenerci ed essere interconnessa con il funzionamento bio-fisico degli organi, a sua volta genera in un cerchio vizioso altre patologie. Le cifre: due terzi degli italiani soffre di mal di schiena e 3,5 milioni sono i soggetti osteoporotici.

Dall'altra parte la medicina, per una molteplicità di cause, sembrerebbe, a volte, schiacciata dalla *sindrome d'Atlante*. Ne parliamo con un protagonista, specialista della colonna, il prof. Daniele Fabris Mon-

La vertebroplastica per i rischi di leakage e stravasamento di cemento non può essere effettuata ambulatorialmente

terumici, ortopedico chirurgo vertebrale, Direttore della U.O. di Chirurgia Vertebrale dell'Azienda Ospedaliera Università di Padova. *"In Italia i centri di eccellenza di chirurgia vertebrale sono troppo pochi, meno di un decina e non fanno scuola (siamo tra i pochissimi paesi al mondo nei quali l'esercitazione sul cadavere è vietata). Io, allievo dei grandi Sandro Agostini e Calogero Casuccio, con riferimenti come Jean Duboisset, l'ortopedico francese che ha scritto una parte importante della storia della chirurgia della colonna, mi attengo alle antiche regole di rispetto delle competenze operative, in controtendenza con le ambizioni dei medici tuttologi: non mi metto certo a far protesi d'anca, ci sono pratiche specialistiche raffinate negli anni".* Il risultato è che si fa "prevalentemente terapia conservativa della frattura vertebrale con conseguente cronicizzazione della patologia e costi in termini di sofferenza dei pazienti ed economici per la sanità pubblica, perché non si vedono, si perdono in centri di spesa dispersi e alla fine

costano molto di più del trattamento chirurgico imputabile univocamente al budget dell'esercizio della divisione ospedaliera".

Inoltre c'è la "frattura" tra diagnosi e terapia, appartenenti a esperienze cliniche diverse e dovrebbero far parte del medesimo percorso di salute.

Anche il trattamento chirurgico ha le sue arretratezze: *"La vertebroplastica, per i rischi di leakage, di stravasamento di cemento, non può essere svolta ambulatorialmente"* - afferma Fabris. *"I colleghi neuroradiologi, parlo in loro aiuto, fanno fatica ad abbandonare la vertebroplastica".* Oggi con le "nuove meto-

diche della chirurgia percutanea, soprattutto quelle con contenitore di protezione per il cemento, che rimane collocato come protesi all'interno della vertebra stessa, teoricamente il paziente potrebbe andare a casa la sera stessa: poche decine di minuti e l'intervento è terminato, con scomparsa immediata del dolore e ripresa della vita normale con il supporto riabilitativo per la colonna che ci assicura una vecchiaia attiva" - conclude Fabris.

Infatti, a livello ministeriale si sta provvedendo alla riorganizzazione della classificazione dell'intera materia su basi rigorose, cliniche e comprovate dai medici più esperti. L'innovazione delle metodologie chirurgiche è collocata in maniera "protetta" (più avanzata per la sicurezza del medico e del paziente) e "non protetta", a immisione libera secondo le tecniche storiche della vertebroplastica prima e della cifoplastica poi. Facendo



Il prof. Daniele Fabris Monterumici

**In Italia
ogni anno
abbiamo almeno
150mila fratture
osteoporotiche**

una stima della domanda di salute in Italia ogni anno abbiamo almeno 150.000 fratture osteoporotiche (su 5 milioni di malati è una stima al ribasso del 3%, considerando che nell'avanzata Germania sono 200.000). Ora una parte si risolve o tampona con il trattamento conservativo (risonanza, busto, collare, fisioterapia e tanto dolore), una parte almeno del 20% richiede il trattamento chirurgico: cioè 30.000 interventi l'anno. In Italia siamo ben lontani dall'affrontare con le tecniche chirurgiche adeguate e di standard internazionale questa massa di pazienti sofferenti.

Ricostruiamo la storia con il prof. Umberto Tarantino, Ordinario di Malattie dell'apparato Locomotore e referente Area Funzionale Aggregata di Ortopedia e Traumatologia Fondazione Policlinico Tor Vergata. "Per trattare quei pazienti che non trovavano giova-

**Sistema
che consiste
nell'introduzione
mini-invasiva
transpeduncolare
e extrapeduncolare**



mento dal trattamento conservativo e dalla terapia medica antidolorifica, a fine anni '80 è stata sviluppata una tecnica di cementazione dei corpi vertebrali denominata vertebroplastica che alleviava la sintomatologia dolorosa e stabilizzava la vertebra senza però ripristinare l'altezza e soprattutto era legata ad un'alta incidenza di fuoriuscita del cemento dal corpo vertebrale (leakage) in circa il 40% dei casi, con alto rischio di complicanze anche mortali." A fine anni '90 è stata poi sviluppata una tecnica di cementazione mini-invasiva nota anche come cifoplastica con le caratteristiche di ripristinare, in parte, l'altezza del corpo vertebrale, tramite sistemi idraulici o pneumatici, e ridurre il rischio di fuoriuscita del cemento attorno al 15% dei casi."

La novità è un "sistema unico nel suo genere che consiste nell'introduzione mini-invasiva transpeduncolare o extrapeduncolare (monolaterale o bilaterale) del Vessel X" che è disponibile in differenti misure, è costituito da un'anima in titanio e da una doppia membrana in teleformato microporosa (non presente in nessuno degli altri dispositivi impiantabili) ha le funzioni di contenere il riempitivo osseo, consente un contatto controllato delle trabecole adiacenti della spongiosa vertebrale, per far in modo che il sistema sviluppi una fissazione biomeccanica il più anatomica possibile e consenta il ripristino dell'altezza del soma vertebrale."

Secondo le esperienze internazionali del chirurgo ortopedico Josip Buric, il sistema citato è "l'ultima

evoluzione delle Tecniche Percutanee e presenta un notevole miglioramento sia tecnologico sia clinico."

La differenza è data dal fatto che "non solo espande il corpo vertebrale, ma lo mantiene in posizione corretta, in quanto il contenitore microporoso rimane all'interno del corpo vertebrale mentre il cemento viene iniettato al suo interno."

Il problema come ci dice il prof. Roberto Dall'Aglio esperto della Commissione Ministeriale Dispositivi Medici è che oggi la nuova normalità è essere posturalmente scorretti, avere una colonna con ernie e protusioni, tipica dell'automobilista sedentario. Non è consolante ma gli strumenti per arginare il fenomeno ci sono, solo che vanno programmati per tempo. •

I nuovi e allarmanti volti di una vecchia malattia

Ogni anno 9 milioni di casi e oltre un milione e mezzo di morti: sono i numeri della tubercolosi, una malattia che si credeva sconfitta molto tempo fa con l'avvento degli antibiotici

di Matteo Di Paolo Antonio

Oltre all'elevato numero di decessi, i dati diffusi dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) parlano anche di 900 milioni di dollari all'anno necessari per arginare la tubercolosi. Nella riunione dei Paesi più colpiti dalla Tbc tenutasi i primi di aprile a Pechino, le autorità sanitarie hanno messo in guardia da ceppi di tubercolosi mortali resistenti ai trattamenti multi-farmacologici, che si stanno diffondendo rapidamente nei Paesi in via di sviluppo, che non hanno infrastrutture adeguate. Oltre la metà dei nuovi ca-

si di tubercolosi resistenti a trattamenti multi-farmacologici lo sono fin dall'insorgere della malattia, e non come risultato di terapie inadeguate, secondo l'OMS. "Questo è un vero campanello d'allarme" spiega il direttore generale Margaret Chan. I ceppi resistenti ora stanno circolando tra la popolazione, diffondendosi silenziosamente in un numero crescente di infezioni latenti. Proprio nella capitale cinese il fondatore della Microsoft, Bill Gates, ha annunciato che la Gates Foundation investirà 33 milioni di dollari in un piano di lotta alla tubercolosi in collaborazione col go-

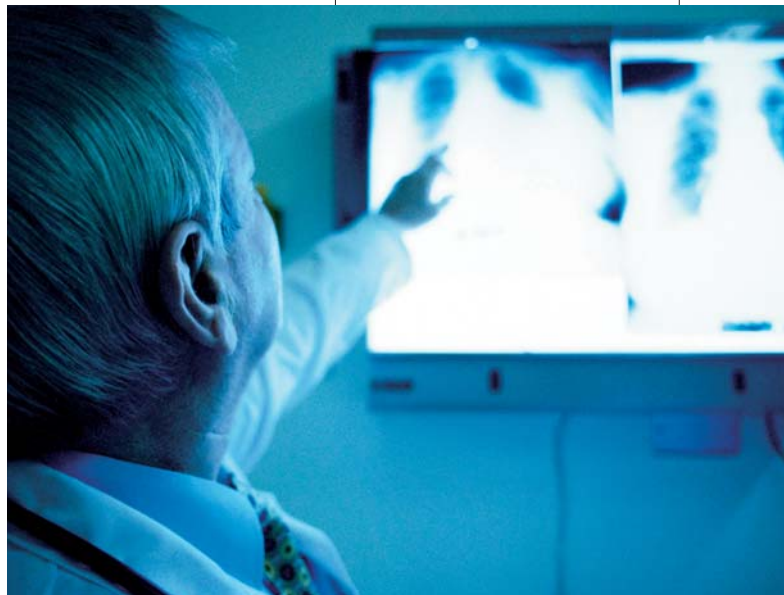
verno di Pechino. In Italia l'associazione Medici Senza Frontiere ha lanciato da Milano la campagna "Tubercolosi: i nuovi volti di una vecchia malattia". In occasione della "Giornata Mondiale della Tubercolosi", che si celebra nello stesso giorno in cui Robert Koch nel 1882 individuò il batterio responsabile della malattia, sono stati indicati due obiettivi: informare il mondo che questa malattia è tornata a colpire ed è ancora più difficile da sconfiggere, grazie alla combinazione HIV-TBC e a nuovi ceppi di TBC resistenti ai farmaci; spingere i governi dei Paesi industrializzati ad investire maggiormente

nella ricerca e ad aiutare il Terzo mondo, più colpito e indifeso di fronte a queste malattie dimenticate, mettendo a disposizione strumenti diagnostici e terapeutici.

Gli ultimi studi della Società italiana di medicina e sanità penitenziaria inquadrano la TBC, insieme all'HIV e alle

epatiti virali come le malattie più diffuse nei penitenziari. Sulla popolazione carceraria di 55.960 persone, a settembre scorso, il 25% era positivo al test per l'infezione da tubercolosi.

Il problema maggiore sono le forme della malattia resistenti ai farmaci. "In particolare - afferma Kostas Moschochoritis, direttore generale di MSF Italia - Medici Senza Frontiere chiede un maggiore accesso alle cure e ai test diagnostici più adeguati, estendendo i programmi di cura della TBC farmaco-resistente, favorendo l'accesso ai farmaci di seconda linea, integrando la cura per la TBC con la cura dell'HIV". Secondo i dirigenti MSF le risorse stanziare sono insufficienti: se l'OMS denuncia che servono 900 milioni di dollari e ne mancano 500, "vuol dire - osserva Moschochoritis - che ci sono Paesi che stanziavano meno di quello che dovrebbero. Ad esempio, la Germania stanziava solo un quinto di quello che dovrebbe e l'Europa investe meno degli Stati Uniti". In Italia MSF, con la collaborazione del Cergas dell'Università Bocconi e la Commissione Diritti Umani del Senato, sta avviando uno studio sui flussi di finanziamento per la ricerca sulle malattie dimenticate, fra cui appunto la tubercolosi, con l'obiettivo di comunicare i risultati in un convegno a ridosso del G8. •



Un'associazione contro il neuroblastoma infantile

Si aprono concreti spiragli nella lotta ad una malattia che colpisce un'alta percentuale di bambini in tutta Italia.

Dalla fondazione, nel 1993, sono stati destinati alla ricerca oltre 8 milioni di euro

di Enzo Gallo

Un giovane ricercatore siciliano, Luca Longo, avrebbe fornito la scoperta di una serie di geni che possono dare speranze alla ricerca per approntare farmaci o molecole in grado di aumentare la curabilità: lo screening ha adesso un orizzonte più chiaro, spegnere cioè l'attività di ALK e bloccare il "messaggio" di proliferazione cellulare incontrollata.

L'Associazione italiana per la lotta al neuroblastoma, diretta dalla dottoressa Sara Costa, nasce dal desiderio di alcuni genitori di non assistere impotenti alla sorte preannunciata dei propri figli affetti da neuroblastoma e in cura presso l'Istituto "G. Gaslini" di Genova. E' riconosciuta dal ministero della Salute, fu fondata nel 1993 da un

gruppo di genitori e di oncologi. Ad oggi conta più di centomila soci in tutta Italia e rappresenta un ente no profit il cui scopo statutario è quello di sostenere la ricerca scientifica volta allo studio ed alla cura della devastante neoplasia. In un clima di dolore ed incertezza la solidarietà, fin da allora, aiuta tutti ad essere molto determinati nel fornire ai ricercatori le risorse per svolgere il loro lavoro, studiare a fondo il neuroblastoma e impegnarsi in uno "studio matto e disperatissimo" volto ad individuare la cura giusta ed efficace che possa guarire tutti i bambini ammalati. Dall'inizio della propria attività l'Associazione ha destinato alla ricerca scientifica, attraverso la sua Fondazione, oltre 8 milioni di euro. La Fondazione finanzia studi di ricerca clinica, traslazionale e applicata, di biostatistica, di epidemiologia e progetti speciali su tutto il territorio nazionale, ovunque esistano studi promettenti. I principali obiettivi sono:

- sostenere la ricerca scientifica finalizzata allo studio e la cura del neuroblastoma e dei tumori so-

lidi pediatrici, al fine di individuare terapie efficaci che non danneggino l'organismo del piccolo paziente;

- sostenere i progetti carrieria di ricercatori senior e junior;
- stimolare e finanziare la formazione;
- dotare e supportare i laboratori di macchinari all'avanguardia;
- aggiornare il Registro neuroblastoma, che attualmente raccoglie più di 2500 casi;
- sviluppare e potenziare il Laboratorio di ricerca sul neuroblastoma ed i tumori solidi pediatrici;
- estendere la propria attenzione ai tumori cerebrali pediatrici.

Questa terribile malattia è un tumore solido maligno che si origina nei tessuti nervosi del collo, del torace, dell'addome o della pelvi, anche se solitamente insorge nella cavità addominale nei tessuti della ghiandola surrenale. E' un tumore prevalentemente infantile: due terzi dei pazienti affetti dal tumore degenerativo, hanno meno di 5 anni. Spesso il tumore è presente sin dalla nascita, ma non viene

diagnosticato se non successivamente; in casi rari il neuroblastoma può essere scoperto in età prenatale con l'ecografia fetale. I sintomi più comuni, sono la conseguenza della pressione esercitata dal tumore o del dolore osseo nel caso in cui le cellule tumorali abbiano raggiunto le ossa. Occhi protrusi e "cerchiati" per la presenza di emorragie periorbitarie sono segni talvolta osservabili a causa della diffusione del tumore nella regione retro-oculare. Il neuroblastoma può comprimere il midollo spinale, con conseguente paralisi. In alcuni casi si riscontrano febbre, anemia e innalzamento della pressione sanguigna.

Per arrivare alla diagnosi è necessario eseguire una biopsia, che consiste nel prelievo di un campione di tessuto dal tumore e/o dal midollo osseo. Le probabilità di guarigione (prognosi) e la scelta del trattamento dipendono dallo stadio del tumore (se si è diffuso ad altri organi), nonché dall'età del bambino all'atto della diagnosi, dalla localizzazione del tumore e dal risultato della biopsia con riferimento al tipo cellulare. •

**Potenziare
il laboratorio
di ricerca
sul Neuroblastoma
ed i tumori solidi
pediatrici**

**Aggiornare
il Registro
neuroblastoma
che attualmente
raccoglie
più di 2500 casi**

Elettroshock al mattatoio

Negli anni '30 il neurologo e psichiatra Ugo Cerletti osservò come i maiali condotti al macello venissero prima "anestetizzati" con una scarica elettrica a medio voltaggio; ciò gli suggerì l'idea di applicare tale "terapia" all'uomo, con l'intento di migliorare il trattamento di alcune psicosi

di Luciano Sterpellone

Parigi 1950: Ugo Cerletti, ormai celebre in tutto il mondo per aver inventato il metodo dell'elettroshock per il trattamento di alcune psicosi - in primo piano la schizofrenia -, riceve la laurea ad honorem dall'Università della Sorbona.

Nato a Conegliano Veneto nel 1877, dopo la laurea lavora in Francia e Germania con neuropsichiatri del calibro di Pierre Marie, Kräpelin, Nissl, Alzheimer. Nel 1924 diviene titolare della cattedra di neuropsichiatria di Bari, seguita da quelle di Genova e Roma, ove porta a compimento la sua invenzione.

Egli persegue da anni l'idea che determinate quantità di

corrente elettrica possano impunemente attraversare il cervello umano e provocarvi uno stato momentaneo e reversibile di coma. E a Genova è già riuscito a scatenare in animali da esperimento accessi convulsivi erogando, per via transcranica, una carica elettrica di 210 volt per 1,5 decimi di secondo. È quindi naturale il desiderio di trasferire all'uomo queste esperienze nell'intento di migliorare il trattamento di alcune psicosi per le quali al tempo non esiste alcuna terapia valida. Del resto già alcune terapie convulsivanti, come quelle di un coma indotto mediante somministrazione di insulina (metodo di Sakel) o di cardiazol (metodo di von Meduna, 1935), hanno sortito risul-

tati soddisfacenti in pazienti schizofrenici. Ma non si mostravano esenti da reazioni collaterali avverse, talora anche gravi, come il coma irreversibile.

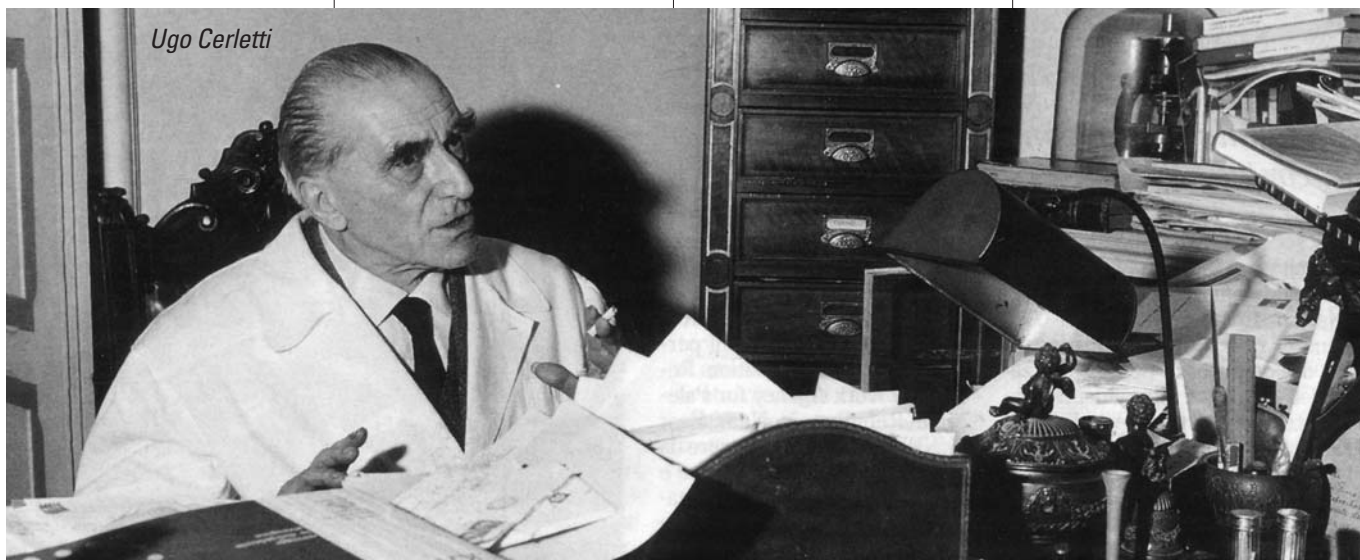
Ecco perché già agli inizi degli anni 1930 Cerletti pensa di provare con la corrente elettrica, potenzialmente priva di tali inconvenienti e decisamente di più agevole applicazione.

Ma il disegno appare difficile da attuare, specie a causa delle resistenze e dei riserbi della scienza ufficiale. Aspre critiche solleva il piano di realizzazione da lui proposto al congresso di Neuropsichiatria di Münsingen del 1937.

Avendo appreso che al mattatoio di Roma si uccidono i maiali con la corrente elettrica, Cerletti vuole verifica-

re personalmente quanto di vero v'è in questa notizia. E constata che, in seguito al passaggio di scariche elettriche attraverso due elettrodi a disco puntato (per via transcranica), i maiali cadono in preda a convulsioni. Solo allora il macellaio sferra un profondo taglio nel collo del maiale, dissanguandolo. La morte, pertanto, non avviene a causa della corrente elettrica.

Con il permesso del direttore del mattatoio - professor Tosti -, Cerletti riesce a osservare sperimentalmente che anche scariche prolungate di corrente (per 20-30-60 secondi) non sono in grado di uccidere gli animali: questi, dopo il passaggio della corrente, entrano in un coma più o meno protratto, ma poi si rialzano e tornano nel branco. Ciò significa che, non essendo l'esposizione a dosi di elettricità sin'allora considerate mortali in grado di provocare la morte negli animali, scariche di gran lunga inferiori, quali quelle richieste per provocare



convulsioni nell'essere umano, non possono risultare mortali.

Ha così luogo la prima applicazione sull'uomo, uno schizofrenico quasi privo di memoria trovato mentre dormiva nel vagone di un binario morto della stazione Termini di Roma, a pochi passi dall'istituto Neuropsichiatrico del Policlinico. Così, verso la metà di aprile del 1938, Cerletti applica alle tempie del paziente gli elettrodi di un piccolo dispositivo costruito personalmente dal suo aiuto, Lucio Bini. Il primo elettroshock sull'uomo: un momento drammatico, perché, fatta passare la prima scarica, non compare alcuna convulsione. Ma ormai non è più possibile tornare indietro. E si decide di provare con un'altra scarica. Annota Cerletti: "Feci applicare gli elettrodi e fu lanciata una scarica a 110 volt per 5/10 di secondo. Si ebbe l'immediato, brevissimo spasmo di tutta la muscolatura, e dopo una piccola pausa cominciò a svolgersi il più tipico accesso epilettico. Rimanemmo tutti con l'animo sospeso, e veramente oppressi, durante la fase tonica con apnea, intenso pallore prima e poi cianosi cadaverica del volto, e apnea: anche se già impressionante nell'attacco epilettico spontaneo, parve questa volta angosciosamente interminabile. Finché alla prima profonda inspirazione stertorosa e alle prime scosse cloniche il sangue circolò meglio nelle vene degli astanti e, da ultimo, con viva soddisfazione



ne di tutti, si assistette al caratteristico risveglio graduale del soggetto".

Queste applicazioni di elettroshock verranno ripetute per qualche settimana, con notevole miglioramento del paziente. Si saprà che è un ingegnere, che è sposato e vive a Milano.

In breve il trattamento con elettroshock viene adottato in tutte le cliniche psichiatriche e per una ventina di anni, in assenza di altre terapie, se ne farà uso (e abuso), considerandolo quasi una panacea per questi pazienti. Ma pian piano ci si accorge che non è affatto un metodo risolutore, e soprattutto che provoca spesso inconvenienti, come fratture

vertebrali nella fase spastica in opistotono. Anche se l'avvento dei sedativi e dei miorilassanti ridurrà notevolmente la frequenza di tali complicazioni, nel 1973, data la crescente preoccupazione per possibili effetti invalidanti sul sistema nervoso le Autorità sanitarie della California proibiscono la terapia elettroconvulsivante, presto seguita da molti Paesi occidentali. Tuttavia in seguito, con una più oculata esperienza e il miglioramento di alcune tecnologie, l'elettroshock verrà rivalutato, pur dimensionato nelle sue indicazioni, quasi interamente limitate ai casi refrattari alla terapia farmacologica.

Si interessò anche alla malattia di Alzheimer, alla struttura della nevroglia e della barriera emato-encefalica ed al gozzismo

L'elettroshock non è stato però il solo interesse di Cerletti. Le sue ricerche e osservazioni riguardano anche la malattia di Alzheimer, la struttura della nevroglia e della barriera emato-encefalica, il gozzismo. In base alle esperienze raccolte con la pratica massiva dell'elettroshock (ancora non se ne conoscevano interamente gli svantaggi), Cerletti ipotizza inoltre che la scarica elettrica induca nel cervello la produzione di particolari sostanze (da definire chimicamente) che chiama, *acroagone*, alle quali sarebbe da attribuire il miglioramento che ha luogo in seguito all'erogazione della corrente: esse "radrizzerebbero momentaneamente i percorsi errati delle idee", tipici di alcune psicosi. Egli preconizza addirittura una terapia (la definisce "di annichilimento"), consistente in una serie di elettroshock così ripetuta e massiva da "annichilire" per un certo tempo il paziente e consentire alla "vie del pensiero" di ritrovare "la giusta strada". Una specie di terapia del sonno ante litteram. Al di là della validità di una tale ipotesi, noi ricordiamo il Maestro ottantaseienne ancora sulla breccia, entusiasta, sempre pieno di idee, quando gli fummo accanto il 25 luglio del 1963 al letto di morte, nella sua casa poco distante dal suo tanto amato istituto di Neuropsichiatria in cui aveva (davvero coraggiosamente) praticato il primo elettroshock della storia... •

Quanti anni compie? "Cento, ma non li dimostro"

Grandi festeggiamenti per Rita Levi Montalcini che ha superato, sorridendo, il secolo di vita. "Auguro ai giovani la stessa fortuna che ho avuto io". "Non ho paura della morte, per me la morte non esiste"



di G. Cris

Cent'anni ma non li dimostra. Si dice così, in genere, quando si festeggia il compleanno di una persona anziana ma, in questa occasione, il complimento sembra inutile. Rita Levi Montalcini, elegantissima in un tailleur blu e camicetta bianca, con la "grinta" che tutti le riconosciamo, ha aperto un grande convegno sulle neuroscienze in Campidoglio, a Roma, dopo aver ricevuto gli auguri "ammirati e affettuosi" del Capo dello Stato. "Non credo di essere stata effettivamente una scienziata, non ero nata per fare la scienziata. Ero nata per andare in Africa ad aiutare i lebbrosi". La Montalcini è da sempre molto attiva in campagne di interesse sociale, per esempio contro le mine an-

ti-uomo o per la responsabilità degli scienziati nei confronti della società. Nel 1992 ha istituito, assieme alla sorella gemella Paola, la Fondazione Levi Montalcini, in memoria del padre, rivolta alla formazione e all'educazione dei giovani, nonché al conferimento di borse di studio a giovani studentesse africane a livello universitario, con l'obiettivo di creare una classe di giovani donne che svolgano un ruolo di leadership nella vita scientifica e sociale del loro paese. Particolarmente sensibile ai temi della difesa dell'ambiente e dello sviluppo sostenibile, nel 1998 ha fondato la sezione italiana di Green Cross International, ong riconosciuta dalle Nazioni Unite e presieduta da Mikhail Gorbaciov, di cui è consigliere. Significativo l'impegno sulla prevenzione e sulle conseguenze ambientali e sociali delle guerre e dei conflitti legati allo sfruttamento delle risorse naturali, con particolare riferimento alla protezione e all'accesso alle risorse idriche.

"La ricerca - ha aggiunto il premio Nobel, che ha festeggiato 100 anni lo scorso

22 aprile - mi ha dato molto più di quanto potessi sperare. Ma quello che conta è essere liberi da ogni interesse per noi stessi e profondamente curiosi e interessati nella possibilità di venire in aiuto agli altri". "Non ho paura della morte, la morte non esiste per me, potrebbe venire domani, non conta quando". "Importanti - ha aggiunto la senatrice a vita - sono i messaggi che noi in vita abbiamo dato agli altri: il mio messaggio è credete nei valori, laici o religiosi che siano. Quello che è importante è che la vita vale la pena di essere vissuta se noi crediamo nei valori. Quando finisce non conta. Alla no-

stra morte rimangono i messaggi che abbiamo lanciato. Fortunatamente - ha proseguito ironicamente - non soffro di Alzheimer e, almeno se non mi illudo, le capacità del mio cervello sono maggiori di quelle che erano a 20 anni, perché arricchite da tanta esperienza e tanta fortuna. Non è nemmeno diminuita in me la curiosità per la molecola Ngf - Nerve Growth Factor - (la cui scoperta le è valso il premio Nobel nel 1986, ndr), né il desiderio di essere utile al prossimo e a chi soffre. La vita - ha ribadito - ho l'impressione che sia una stupenda occasione persino per chi è arrivato a 100 anni. Così non ho tem-

**Totale disinteresse
verso la mia persona
ma assoluto
interesse
verso il mondo
che mi circonda**



Gli auguri del Presidente della Repubblica

po di dormire o di fare altro perché è talmente bella questa esperienza che poco importa se finirà domani". "Auguro a tutti i giovani - ha proseguito - la stessa fortuna che ho avuto io: il disinteresse totale verso la mia persona, ma il profondo interesse verso il mondo che mi circonda". "Ai giovani posso dire: siate felici di vivere in Italia. Non solo per la straordinaria bellezza del nostro Paese, ma soprattutto per la bellezza del capitale umano che proviene da ambo i sessi". La proteina battezzata Nerve Growth Factor (Ngf), "a più di mezzo secolo dalla sua scoperta, ha ancora un ruolo vitale nella ricerca. Ma quello che è importante per me - ha concluso Levi Montalcini - non è quello che è l'Ngf, ma il fatto che mi ha consentito di ritornare e di vivere in Italia nel 1963". Dal 1993 al 1998 ha pre-

Non ero nata per fare la scienziata ma per andare in Africa ad aiutare i lebbrosi

sieduto l'Istituto dell'Enciclopedia Italiana. È membro delle più prestigiose accademie scientifiche internazionali, quali l'Accademia Nazionale dei Lincei, l'Accademia Pontificia, l'Accademia Nazionale delle Scienze, la National Academy of Sciences statunitense e la Royal Society. È stata nominata senatore a vita dal presidente della Repubblica Carlo Azeglio Ciampi il 1° agosto del 2001. Ha ricevuto numerosi altri riconoscimenti: fra l'altro oltre 10 lauree honoris causa dalle più prestigiose Università del mondo. Ha vinto inoltre il Premio internazionale Saint-Vin-



cent, il Feltrinelli, e il premio "Albert Lasker" per la ricerca medica. Ma non è tutto. Dalle cellule è passata con apparente non curanza alle note musicali. Non ha esitato nel 2006 a scrivere il testo di una canzone dei Jaliss

che ha partecipato alle selezioni per il festival di Sanremo 2007. Non è riuscita a qualificarsi ma quei versi, quelle note sono rimaste a ricordare questo ennesimo exploit di questa affascinante signora. Alziamo allora il volume della musica in modo che avvolga questa deliziosa giovane centenaria, o forse è meglio definirla senatrice, professoressa o Premio Nobel? "Niente di tutto questo, sono semplicemente Rita e, anzi, per molti anni della mia lunga vita mi sono sentita il brutto anatroccolo, ma la difficoltà insegna". E così, con una battuta, un sorriso ed una grande lezione di ottimismo e umiltà la professoressa Rita Levi Montalcini, medico moderno, ha concluso il suo applauditissimo intervento. Cento anni? Se li sogna. •

Alcuni dei suoi libri non scientifici di notevole successo

- Levi-Montalcini, R. (1996) *Senz'olio contro vento*, Baldini Castoldi Dalai
- Levi-Montalcini, R. (1999) *Elogio dell'imperfezione*, Garzanti Libri
- Levi-Montalcini, R. (2000) *Cantico di una vita*, Raffaello Cortina Editore
- Levi-Montalcini, R. (2001) *La galassia mente*, Baldini Castoldi Dalai
- Levi-Montalcini, R. (2002) *Tempo di mutamenti*, Baldini Castoldi Dalai
- Levi-Montalcini, R. (2004) *Abbi il coraggio di conoscere*, Rizzoli
- Levi-Montalcini, R. (2005) *Eva era africana*, Gallucci
- Levi-Montalcini, R.; Tripodi, G. (2006) *I nuovi magellani nell'er@ digitale*, Rizzoli,
- Levi-Montalcini, R.; Tripodi, G. (2007) *Rita Levi-Montalcini racconta la scuola ai ragazzi*, Fabbri
- Levi-Montalcini, R. (2008) *L'asso nella manica a brandelli*, Baldini Castoldi Dalai

Sbarchi clandestini, mille minori spariti

Sono 2.294 i minori stranieri giunti a Lampedusa nel periodo maggio 2008-febbraio 2009 (1.994 non accompagnati e 300 con genitori o parenti) a seguito di sbarchi clandestini. Di oltre il 50% dei minori giunti soli, si sono però successivamente perse le tracce: più di 1.000 ragazzi sono infatti fuggiti dai centri di accoglienza siciliani verso i quali erano stati indirizzati. Sono gli ultimi dati di un fenomeno allarmante, resi noti dall'associazione Save the children in occasione di un incontro promosso dall'Istituto nazionale per la salute delle popolazioni migranti (Inmp) sul tema dell'immigrazione clandestina. "La situazione - afferma Angela Oriti di Save the children - è preoccupante: nel Centro divenuto oggi di Identificazione ed Espulsione (Cie) di Lampedusa, i clandestini, se minori, vengono subito dirottati verso altre strutture. Spesso non ci sono i tempi per procedere ad un'identificazione effettiva". Nelle comunità alloggio della regione, prosegue, "ci sono però condizioni inadeguate e di sovraffollamento, che non consentono una vera presa in carico dei minori". Come conseguenza, denuncia Oriti, "abbiamo registrato che oltre il 50% dei minori non accompagnati giunti nel periodo di riferimento si sono poi allontanati dalle strutture". Per molti di loro, afferma, "non si può escludere siano stati inseriti in circuiti illegali o di sfruttamento". Gli arrivi di immigrati clandestini via mare, ricordano gli esperti, hanno raggiunto quota 20.455 nel 2007 e 36.952 nel 2008. I paesi di provenienza sono, soprattutto, Eritrea, Nigeria, Egitto e Marocco.

È uscita la terza edizione di "Lavoratrice madre medico"

È stata realizzata la nuova edizione della pubblicazione "Lavoratrice madre medico" nella quale Eolo Parodi e Marco Perelli Ercolini illustrano tutti gli aspetti legislativi riguardanti la lavoratrice che è anche madre. A



causa della consistente mole di aggiornamenti presenti in ambito legislativo e giurisprudenziale si è sentita la necessità di questa seconda edizione aggiornata al 31 marzo 2009.

Ricordiamo che il lavoro, oltre alla pubblicazione sul sito www.enpam.it, è distribuito anche attraverso un CD-Rom che permette rapidamente di reperire informazioni sugli ultimi aggiornamenti legislativi in materia.

Il tutto è completato dalla raccolta aggiornata delle leggi, delle circolari principali e dal glossario della terminologia utilizzata nel volume. I medici e gli odontoiatri che fossero interessati alla seconda edizione del CD-Rom possono rivolgersi alla Direzione generale dell'Enpam (tel. 0648294226/242/346 - Fax 06 48294345 direzione@enpam.it).

Un corso per gestire l'ospedale

Ad Erice si è svolto dal 18 al 23 aprile il primo corso a livello nazionale sulle modalità di come "gestire l'ospedale", organizzato dal Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica dell'Università "Sapienza" di Roma. In apertura dei lavori il Rettore dell'Università di Roma "Sapienza", prof. Luigi Frati, ha spronato gli organizzatori a dare seguito all'iniziativa. Tra gli iscritti, circa 70, molti specializzandi siciliani e tanti altri provenienti da ogni parte d'Italia, in rappresentanza delle Università che si impegnano a fornire una formazione aperta ad ogni confronto, in termini di managerialità ad altissimo livello.

Proveniente dalla Direzione sanitaria del Policlinico Umberto I, il dott. Emilio Scalise oltre a coordinare il gruppo di organizzatori in qualità di esperto in maxi-emergenze ospedaliere, ha affrontato un argomento purtroppo divenuto di attualità per il terremoto che ha coinvolto la popolazione abruzzese: la risposta ospedaliera a livello di medicina delle catastrofi.

Nel corso dei lavori è stata approfondita la figura del Direttore Sanitario, un medico chiamato ad assicurare competenze multidisciplinari difficilmente quantificabili in termini di contenuti per la continua evoluzione ed aggiornamento.

Il ruolo dello psichiatra in un mondo (spesso) violento

di Maurizio Zomparelli (*)

Lecter, il famigerato psichiatra protagonista indiscusso degli schermi cinematografici, soprannominato Hannibal the Cannibal, può esistere nella realtà o è solo il frutto della fantasia di uno scrittore? Il quesito posto può estendersi a tutti i cosiddetti mostri che hanno popolato il mondo della celluloide, che vengono dallo spazio. Si tratta

comunque di mostri o di personaggi divenuti miti del crimine e dell'horror, che ci hanno creato la suspense giusta per non dormire o per rinnovare le paure ancestrali che nella nostra paleopsiche ci determinano angoscia. La paura di essere uccisi, sopraffatti da creature a noi superiori, dotate di imprevedibilità e di spietata determinazione all'omicidio, sadici e lucidi, totalmente privi di pietà e di rispetto per la vita. Se leggiamo però le pagine dei nostri quotidiani, quelle riguardanti la cronaca nera, ci rendiamo conto che tali mostri, meno popolari e con nomi comuni esistono veramente e sono altrettanto spietati e decisi nel commettere i più efferati delitti senza pietà per le loro vittime e senza pentimento per come li hanno portati a termine e per la crudeltà dimostrata. Eppure Hannibal ci ha affascinato, ci ha ammaliato per lo stile e l'originalità con cui perpetuava i suoi crimini, un'arte quasi divina, anche se partorita da un'anima diabolica, capace di scrutare nella mente delle sue vittime sino a coglierne le de-

bolezze e paure più profonde per poi colpirle inesorabilmente, nei loro punti deboli, non tralasciando nulla al caso, studiando ed analizzando i comportamenti dei prescelti come si fa nell'analisi stessa in psichiatria. Hannibal conosce le debolezze della natura umana, sa come arrivare al deep di profondità della sua mente che governa la sua logica, sa interpretare i percorsi che portano alla perdita dell'equilibrio che governa il ritmo del comportamento umano, delle sue abitudini, dei suoi rituali prevedibili e sa come colpire e dove colpire, tanto da sembrare una macchina perfetta. Il quesito che si pone è quello di stabilire se uno come lui lo si debba curare o condannare? Un dubbio che non può sussistere nella realtà, visto che poi i delitti rimangono e pertanto sono loro a determinarne l'ovvia e scontata condanna dello stesso. Rimangono le vittime e non l'affascinante capolavoro di come l'omicida ha perpetuato il crimine con la sua originalità ed abilità psicologica. Lo psichiatra oggi viene spesso interpellato per dare

una valenza giuridica con un referto che giustifichi l'atto delittuoso come derivante da un comportamento anomalo e deviato di una mente malata. Esiste quindi un confine tra un delitto concepito ed attuato in perfetta lucidità mentale da un essere umano considerato normale ed uno da un altro essere umano psichiatricamente labile e patologico? In questa analisi se utilizzassimo la matematica, anche quella del pensiero, scopriremmo che il risultato non cambia: sempre di omicidio si tratta, esiste una vittima ed esiste un aggressore. Ai nostri giorni si parla sempre più di abolire la pena di morte, organizzazioni internazionali come Amnesty o quella di Nessuno tocchi Caino, stanno interpellando l'opinione pubblica attraverso i mass media per dare una risposta chiara ed univoca per abolire la pena di morte. Mi chiedo e lo chiedo anche a voi se è giusto trasformarci tutti in una specie di Hannibal Lector per risolvere con l'omicidio un altro omicidio, una contraddizione evidente a combattere un crimine con un

altro crimine, quello di togliere con o senza giustificazione la vita ad un essere umano, anche al più spregiudicato e mostruoso che possa esistere. Cosa scatta nella mente umana per perpetuare un omicidio, addirittura per fare trionfare la giustizia? Duemila anni fa condannammo ed uccidemmo un uomo solo per le sue idee e per la paura di cambiare; ora, nell'era moderna, l'umanità ancora si trascina un problema come quello di uccidere il suo prossimo senza avere mostrato alcun progresso mentale e sociale per risolverlo ed abolirlo dalla sua storia. Quanti nasceranno ancora ed uccideranno e massacreranno le loro vittime, quanti orrori la nostra umanità dovrà vedere e sopportare perché alla fine trovi pace e serenità per vivere civilmente tutti insieme senza perpetuare il crimine del delitto? Dipende solo da noi fermare tanta violenza. •

(*) *Dirigente medico della clinica addominale Eur di Roma, docente della Scuola medica italiana di psicoterapia Smipi di Bologna*

Razionalizzare le scuole di specialità mediche

La formazione in Europa non è più un affare privato di ciascun Paese. È indispensabile che gli Stati membri adottino un identico modello sia pure adattato ai diversi sistemi sanitari nazionali

La figura del medico in formazione specialistica sta andando incontro in questi anni a profondi mutamenti, immersa nella contraddizione tra la “teoria” di una legislazione che dovrebbe definirne gli aspetti lavorativi e formativi e una “realtà” in cui tale legislazione, nonostante la firma di un contratto, relega il medico specializzando alla condizione di studente. In questa situazione di ambiguità i medici in formazione specialistica finiscono per pagare l’alto prezzo della mancata tutela lavorativa (almeno in parte) e di una formazione non in linea con quelli che sono gli standard europei; allo stesso modo la comunità paga l’altissimo prezzo di una politica miope che, non investendo in formazione medica, rischia in futuro di non poter garantire la salute dei cittadini e mette una seria ipoteca sulla qualità del Sistema sanitario nazionale.

La formazione in Europa, infatti, non è più un affare privato di ciascun Paese aderente: è indispensa-

bile che tutti gli stati membri adottino un identico modello, sia pure con le dovute specifiche peculiarità legate alle caratteristiche particolari dei diversi sistemi sanitari nazionali.

In quest’ottica di “miglioramento della qualità della formazione medica” il Miur ha dato il via nei mesi scorsi al processo di razionalizzazione delle Scuole di specializzazione mediche, secondo quanto previsto delle disposizioni contenute nei DD.MM. 1/8/2005 e 29/3/2006, concernenti la revisione degli ordinamenti didattici e l’individuazione degli standard e dei requisiti per l’accreditamento delle reti formative delle scuole stesse.

È stato recentemente concordato con il ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali di avviare, già dal corrente

Le Università collaboreranno con altre Università strutture ospedaliere e cliniche private

a.a. 2008/2009, una prima fase di sperimentazione, che avrà come specifiche destinatarie le scuole di specializzazione assegnatarie di un solo contratto di formazione specialistica per il primo anno di corso.

Al contempo è stato altresì concordato, d’intesa con la Conferenza Stato-Regioni, di costituire un’apposito tavolo tecnico-politico che avrà il compito non solo di individuare nuove metodologie per la rilevazione dei fabbisogni regionali, ma anche criteri oggettivi per il completamento, entro l’inizio dell’a.a. 2009/2010, del processo di razionalizzazione di tutte le scuole in stretta osservanza delle disposizioni di cui al DM 1.8.2005. Praticamente ogni Ateneo avrà una sola scuola per ogni tipologia che rispetti le caratteristiche richieste dal nuovo ordinamento.

In sintesi tale razionalizzazione nasce dalla necessità di mettere in atto, soprattutto nelle branche chirurgiche, le direttive europee che mirano “al raggiungimento di una

piena autonomia e capacità professionale” dei medici in formazione specialistica, al termine del loro corso di studi.

Linee di indirizzo generale in questo senso sono che i due terzi dell’attività svolta dai medici in formazione dovrà essere dedicata ad attività pratiche professionalizzanti e un terzo ad attività didattica teorica, favorendo l’interattività.

Le singole discipline verranno unite in “tronchi comuni”, all’interno dei quali le diverse tipologie dovranno integrarsi in attività didattiche teoriche e pratiche comuni, a scopo professionalizzante. Al diploma di Specialità verrà allegato un certificato che riporterà le ore ed il tipo di attività (pratiche professionalizzanti e teoriche) svolte dal medico durante la specializzazione.

Per il raggiungimento degli obiettivi formativi le Università potranno avvalersi di collaborazioni con strutture ospedaliere, altre Università ma anche strutture differenti, come ad esempio cliniche private. In ogni caso l’attività dello specializzando dovrà essere sempre guidata da un tutor, non potendo in nessun caso essere sostitutiva di quella svolta dal medico strutturato. •

A cura della presidenza di Federspecializzandi (www.specializzandi.org)

Gendermedicine.org www.gendermedicine.org/

In occasione del “Terzo seminario sulla salute della donna”, organizzato dall’Istituto superiore di sanità e dalla Società italiana di farmacologia, è stato lanciato il sito *Gendermedicine.org*, organo ufficiale della European



Society of Gender Health and Medicine e della Società italiana per la salute e la medicina di genere. Concepito per i medici di medicina generale e per gli specialisti interes-

sati a questo tema, il sito contiene documenti, notizie, eventi, articoli e dibattiti focalizzati sulla medicina di genere e sul suo impatto nella prevenzione, nella diagnosi e nella terapia delle differenti malattie. I contenuti sono organizzati in sezioni relative alle varie patologie come diabete, osteoporosi, malattie endocrine, malattie cardiovascolari, malattie cerebrovascolari, menopausa e malattie psichiatriche.

Guida all'uso dei farmaci www.guidausofarmaci.it/

La quinta edizione della *Guida all'uso dei farmaci*, tratta dal volume n.55 del *British National Formulary*, – la pubblicazione nata dalla collaborazione tra British Medical Association e Royal Pharmaceutical Society of Great Britain – adeguata alla realtà italiana in base alla disponibilità dei farmaci e alle indicazioni per cui sono autorizzati nel nostro Paese. Il sito è organizzato per aree cliniche e per ciascun principio attivo vengono riportate le indicazioni, le avvertenze, le controindicazioni, gli effetti indesiderati, la posologia, i nomi commerciali, la confezione, il prezzo e la classe di rimborsabilità e le segnalazioni dell’Agenzia italiana del farmaco in tema di vigilanza.



ze, le controindicazioni, gli effetti indesiderati, la posologia, i nomi commerciali, la confezione, il prezzo e la classe di rimborsabilità e le segnalazioni dell’Agenzia italiana del farmaco in tema di vigilanza.

Doc2Doc

<http://doc2doc.bmj.com/>



Da qualche mese il *British Medical Journal* ha lanciato il social network *Doc2Doc* che ha l’obiettivo di aggregare medici intorno a specifici temi, di dare loro la possibilità di discutere casi che coprono ogni aspetto della medicina e di ragionare e dibattere sul-

le ultime scoperte scientifiche. Sulla scia di *Facebook* e con le stesse modalità – registrazione, visualizzazione dei colleghi con cui si è in contatto, forum e blog su cui partecipare – *Doc2Doc* si presta bene a veicolare contenuti professionali e collegati alla pratica clinica o a trattare temi quali la ricerca, la formazione e l’aggiornamento o quelli più in generale connessi alla pratica della medicina e della sanità, come il governo clinico, le nuove questioni sollevate dai pazienti migranti, il futuro della professione medica, i problemi specifici degli studenti di medicina.

SaluteInternazionale.info

<http://saluteinternazionale.info/>



Con un approccio internazionale e multidisciplinare agli aspetti sanitari del processo di globalizzazione, *SaluteInternazionale.info* è uno spazio di informazione e riflessione, di approfondimento culturale e scientifico, di discussione e condivisione organizzato in quattro aree distinte: *Innova-*

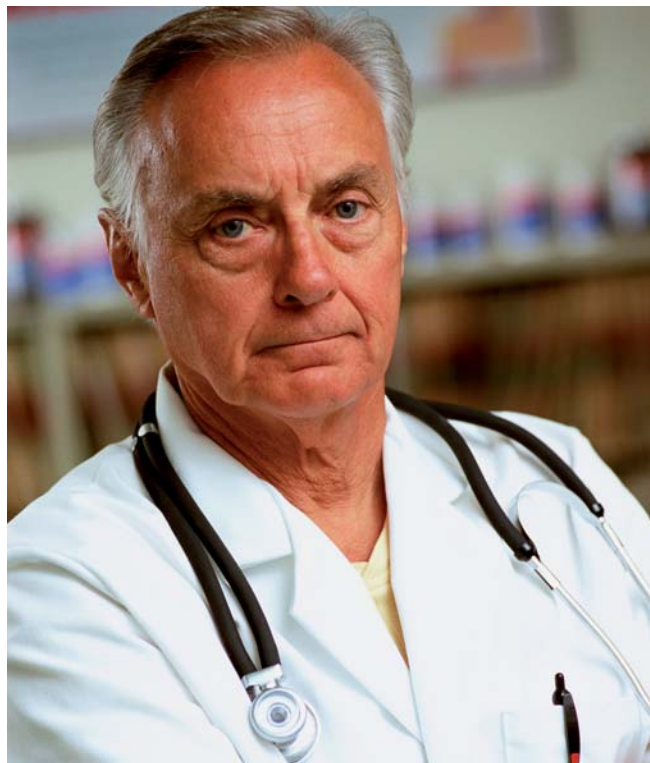
zione e management; Migrazioni e salute; Salute globale; Sistemi sanitari internazionali. Promotore e coordinatore del blog è il professor Gavino Maciocco, del Dipartimento di sanità pubblica, Università di Firenze, che spiega su *Yahoo!Salute*: “Chiunque oggi [...] affronti temi che riguardano la salute e l’assistenza sanitaria difficilmente può fare a meno di riferirsi a esperienze internazionali, confrontarsi con le informazioni provenienti da molteplici fonti. Occuparsi di salute e sanità internazionali serve dunque a diventare più informati e più colti. Serve anche a diventare migliori: a uscire da se stessi, a guardare agli altri, al mondo.”

A Modena il congresso “Medico-cura-te-stesso”

Un appuntamento sulla tutela della salute psicofisica del medico. Tra gli argomenti trattati i problemi connessi al post-pensionamento, le ingiuste accuse ai medici e le situazioni di mobbing e burn-out

Lo scorso 18 aprile al Centro Congressi dell'Università di Modena si è svolto il Congresso “Medico-cura-te-stesso”, organizzato dall'omonimo Movimento ideato dal prof. Beniamino Palmieri (Associato di Chirurgia presso la stessa Università) nell'intento di concretizzare in tutti gli aspetti dell'integrità fisica e psichica questo antico insegnamento troppo spesso dimenticato: non è un mistero che la buona salute - non solo fisica - del medico si riflette immancabilmente sul suo paziente. Autorevoli clinici italiani hanno presentato i risultati di ricerche e statistiche miratamente condotte in merito alla tutela della salute psicofisica del medico, frutto di un'articolata indagine trasversale intesa a censire, conoscere, approfondire le principali problematiche di salute di chi deve a sua volta occuparsi dell'altrui salute.

Le tematiche connesse a questi problemi sono quantomai varie e complesse, come evidenziano le tante relazioni presentate da eminenti clinici italiani. Basta



citarne alcune: il medico ammalato e i suoi riflessi sulla gestione della salute propria e dei suoi pazienti; il medico anziano e i suoi stili di vita; i problemi connessi al post-pensionamento (un'alta percentuale di medici continua spontaneamente la professione senza percepire onorari); le sempre più diffuse e spesso sottovalutate situazioni di *mobbing* e di *burn-out* degli operatori sanitari; le ingiuste accuse ai medici, e

tante altre. Ma accanto all'enunciazione e all'appassionata discussione di queste tematiche sono state anche avanzate proposte concrete per una loro ragionevole e pratica soluzione, non ultima quella della costituzione di gruppi di autosperimentazione e di autovalutazione.

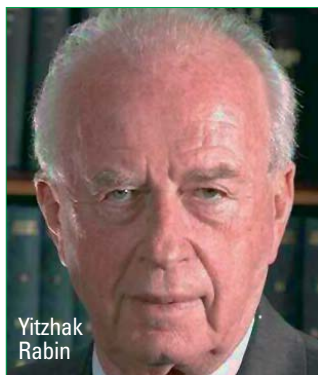
Largo spazio è stato anche dato ai problemi di “salute mentale” del medico nel senso più quotidiano del termine: non di rado sia-

mo frustrati da un lavoro così intenso e pressante - che pur svolgiamo con il massimo impegno - ma che ci priva di quei momenti di *relax* mentale che troveremmo in qualche interesse extraprofessionale, sia esso sportivo, letterario, artistico, ecc. Al proposito, è stata sostenuta l'ineluttabile opportunità di crearsi - compatibilmente con le proprie attività - piccoli spazi di tempo nei quali poter coltivare un qualsiasi *hobby* per allentare la tensione psichica abituale. Il che non significa volere o dovere “professionalizzare” i propri interessi e dedicar loro ogni ritaglio di tempo per raggiungere magari i livelli di alcuni nostri famosi colleghi (Rabelais, Cechov, Axel Munthe, Borodin, Schiller, Cronin, Oliver Stone...): è sufficiente accontentarsi, per ritrovare un po' di noi stessi e di serenità, a tutto beneficio dei pazienti.

La massima del *Medice cura te ipsum* porta con sé la saggezza dei millenni: riferisce San Luca (anch'egli medico) nel *Vangelo* (V, 23) che Gesù la ricordò a sua volta ai fedeli della Sinagoga come “proverbio ancora più antico”. Un assioma che riveste oggi un significato ancor più profondo perché convalidato dall'esperienza clinica e sperimentale. •

Per ulteriori notizie:
palmieri@unimo.it

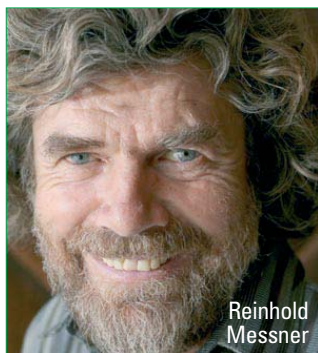
L. Sterp



Yasser Arafat

4 MAGGIO 1994

Yitzhak Rabin, primo ministro israeliano, e Yasser Arafat, presidente dell'Organizzazione per la liberazione della Palestina – entrambi Premi Nobel per la pace – firmano in Egitto un documento che stabilisce l'autonomia per la Palestina.



Reinhold Messner

8 MAGGIO 1978

Per la prima volta due scalatori raggiungono la cima dell'Everest senza l'ausilio dell'ossigeno: si tratta di Reinhold Messner e Peter Habeler.

Maggio e le sue storie...

La tragedia sa che l'oblio talvolta è necessario perché si affermi un tempo nuovo, affrancato, in toto, dal passato.

Franco Marcoaldi, Il tempo ormai breve

18 MAGGIO 1970

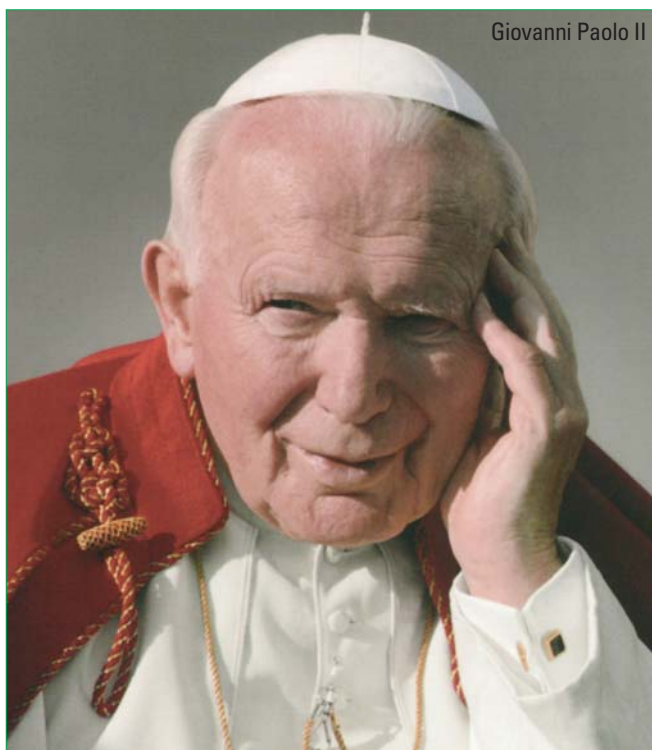
Il Cagliari di Gigi Riva, allenato da Manlio Scopigno, vince lo scudetto nel campionato italiano di calcio.

28 MAGGIO 1961

Amnesty International, l'organizzazione mondiale per i diritti umani, viene fondata a Londra.



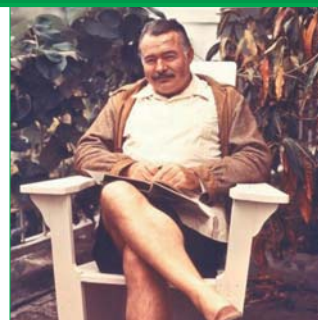
Gigi Riva



Giovanni Paolo II

13 MAGGIO 1981

A Roma Giovanni Paolo II viene ferito, a colpi di pistola, in Piazza San Pietro dal turco Ali Agca.



Ernest Hemingway

4 MAGGIO 1953

Con "Il vecchio e il mare" Ernest Hemingway vince il Premio Pulitzer.

7 MAGGIO 1945

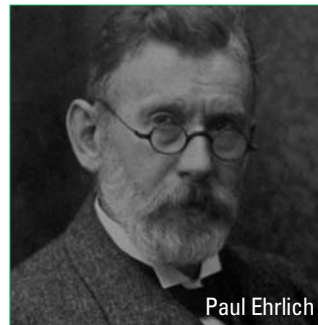
La Germania firma a Reims, in Francia, la resa senza condizioni avanti al generale Eisenhower. Il giorno seguente la stessa firma viene apposta di fronte al maresciallo sovietico Zukov.

1 MAGGIO 1941

A New York il capolavoro di Orson Welles "Quarto potere" viene proiettato per la prima volta.

2 MAGGIO 1909

Paul Ehrlich presenta in Germania il Salvarsan 606, farmaco che cura la sifilide.



Paul Ehrlich

25 MAGGIO 1901

La Norvegia introduce il diritto di voto per le donne: si tratta del primo Paese europeo a prendere un tale provvedimento.



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

Colonscopia virtuale e coronografia – tc

Roma, 29 maggio

Responsabile scientifico: Andrea Laghi

Docenti: G. Calcagnini, F. Iafrate, Marco Rengo

Informazioni e iscrizioni: Eidomedica srl, Via Aurelia 678/a Roma, tel. 06 665029.1, e-mail: info@eidomedica.it, sito web: www.eidomedica.it

Segreteria Organizzativa: Daniela Pecci, tel 06 66502921, fax 06 66502953, e-mail: d.pecci@eidomedica.it, sito web: www.eidomedica.it

Ecm: crediti formativi richiesti per medico chirurgo

Chirurgia della tiroide: nervo laringeo ricorrente

Varese, 26 giugno, Grand Hotel Palace

Destinatari: il seminario avrà un taglio multidisciplinare e sarà indirizzato, oltre a chirurghi generali e specialisti, anche a endocrinochirurghi, otorinolaringoiatri e medici di medicina di base. Al congresso interverranno i maggiori esperti mondiali di chirurgia della tiroide.

Argomenti: il seminario è incentrato sul nervo laringeo ricorrente e, in particolare, sulle tecniche chirurgiche di identificazione, preservazione, monitoraggio intraoperatorio ed eventuale ricostruzione del nervo.

Informazioni e iscrizioni: Artcom S.r.l., tel. 02 89540427, fax 02 89518954, e-mail: artcom@artcomsrl.it, sito web: www.artcomsrl.it

Università degli Studi di Brescia

Perfezionamento in “comunicazione sanitaria”

Brescia, giugno - settembre

Alcuni argomenti: Principi di comunicazione sanitaria, Principi di comunicazione pubblica, Internet e comunicazione sanitaria, Social marketing: la comunicazione organizzazione – utente

Informazioni: Segreteria organizzativa: d.ssa Cinzia Gasparotti, d.ssa Maura Bressanelli, tel. 030 3838601, fax. 030 3701404, e-mail: gasparot@med.unibs.it



Equilibri in medicina interna - patologia dell'area critica

Benevento, 11-13 giugno, Ospedale Fatebenefratelli

Il prestigio dei relatori che ci hanno accordato la loro adesione e l'attualità dei temi in discussione rendono il Seminario di grande interesse non solo per la classe medica della nostra Regione ma anche per tutti i colleghi in ambito nazionale. E' previsto un auditorio misto di colleghi di diverse specialità (Medicina Interna, Cardiologia, Pneumologia, Malattie metaboliche, Anestesia-Rianimazione, Medici di Medicina generale)

Informazioni: Segreteria Organizzativa

Dott. Luca Milano, dott. Francesco Sgambato, via Appia Antica 356, 81028 S. Maria a Vico (Ce), tel. 328 4491155, 0824 771344, fax 0824 47935, 0823 808566, e-mail: sgambatof@gmail.com

Medici in Africa

Genova, 17 - 20 giugno, aula Giuseppe Mazzini, Via Balbi 5

I corsi intendono fornire in tempi brevi, informazioni sulla situazione sanitaria in Africa, cenni di autoprotezione dalle più frequenti malattie endemiche e di diagnosi e terapia di malattie tropicali di frequente riscontro. Inoltre forniscono l'esperienza di colleghi che sono già stati in tali zone e mettono in contatto i futuri cooperanti con alcune delle organizzazioni che lavorano in loco o che possiedono ospedali. Attraverso il sito www.medicinafrica.it sarà possibile iscriversi al corso

Informazioni: Segreteria Organizzativa

Tel 010 3537621, 340 7550809, e-mail: mediciinafrica@unige.it, sito web: www.medicinafrica.it

Ecografia muscolo-scheletrica

Jesi (An), 29-30 giugno, centro congressi Hotel Federico II

Direttore: prof. Walter Grassi

Obiettivo: il Corso avrà lo scopo di far acquisire ai partecipanti le conoscenze teorico-pratiche necessarie per l'esecuzione di un esame ecografico, indicato nelle malattie di interesse reumatologico. Particolare attenzione verrà dedicata alla presentazione e discussione di quadri ecografici rappresentativi della casistica reumatologica al fine di standardizzare le modalità di refertazione

Informazioni: Segreteria Organizzativa

Clelia Manciocchi, Elsevier Srl, Via Paleocapa 7, 20121 Milano, tel. 02 88184204, fax 02 91390683, e-mail: ecografia@elsevier.com

Coloproctology and Pelvic Diseases

Roma, 21-23 giugno, Ergife Palace Hotel

Chairman: dott. Antonio Longo

Il Congresso si propone di presentare le ultime novità a livello mondiale in ambito colon proctologico, sia da un punto di vista diagnostico che chirurgico e vuole incentivare un proficuo dibattito volto anche ad identificare nuovi campi di ricerca scientifica

Sessioni scientifiche: podium presentations, round tables, lectures and videos, discussions, workshops e live surgery

Informazioni: Segreteria Organizzativa LB Group, Circ.ne Clodia 133, 00195 Roma

tel. e fax 06 45422450 int 211, e-mail: worldcongress.siucp@lbggroup.it, sito web: www.siucpworldcongress.com

Università degli Studi di Padova

Reducing the burden of noncommunicable diseases: addressing the causes of the causes

Venezia, 7-12 giugno, Palazzo Cavalli-Franchetti e Ospedale S.S. Giovanni e Paolo

Coordinatore Scientifico: dott. Flavio Lirussi

Obiettivi: il corso residenziale internazionale, con l'inglese come lingua ufficiale, si propone di fornire le più moderne conoscenze "evidence-based" sulle politiche multisettoriali atte ad affrontare l'attuale sfida delle malattie croniche, tenendo conto del contesto socio-economico

Informazioni: Segreteria Scientifica dott.ssa Benedetta Bixio 049 8213948, e-mail: b.bixio@unipd.it

Segreteria Organizzativa: Luciana Bilotti, e-mail: segreteria@sabiwork.it, sito web: www.medicina.unipd.it/online/Home/International/News/articolo921.html

Ecm: richiesti accreditamenti europei presso eacme



Procreazione medicalmente assistita e diagnosi prenatale

Bologna, 22-23 maggio, Royal Hotel Carlton, Via Montebello

Presidenti: prof. Marco Filicori, prof. Gianluigi Pilu

Specialità: ginecologia e ostetricia

Informazioni: Segreteria Organizzativa

Gynepro S.r.l. Via Lame 44, 40122 Bologna, tel. 051 223260, fax 051 222101, e-mail: educational@gynepro.it, sito web: www.gynepro.it

Ecm: evento accreditato ecm

Medicina omeopatica e medicina convenzionale: paradigmi a confronto

Orvieto, 30-31 maggio, Palazzo dei Congressi

Obiettivo: individuare le possibili convergenze tra paradigmi abitualmente considerati molto distanti che invece, nelle loro migliori espressioni, possono contribuire allo sviluppo di una medicina centrata sulla persona

Informazioni: Segreteria Organizzativa Segreteria Nazionale FIAMO, Via C. Beccaria 22, 05100 Terni, tel./fax 0744 429900, e-mail: omeopatia@fiamo.it, sito web: www.fiamo.it

Ecm: richiesti crediti ecm

La spalla, incontro tra chirurgia e riabilitazione

Catanzaro, 29-30 maggio

Coordinatore: dott. Roberto Colao

La spalla è tra le grandi articolazioni quella che negli ultimi anni ha visto più ampiamente svilupparsi le conoscenze e le metodiche terapeutiche, sia nel campo della chirurgia che in quello dell'intervento riabilitativo. Il corso si svolge sotto il patrocinio della Simfer (Società di Medicina Fisica e Riabilitativa) e della Sicseg (Società Italiana di Chirurgia della Spalla e del Gomito). Finalità del corso è approfondire la riflessione e promuovere la discussione sui percorsi clinico-terapeutici offerti dallo scenario medico-scientifico attuale

Informazioni e iscrizioni: Passpartout Catanzaro, tel 0961 725210, e-mail: rosa.felicetti@tin.it

Pediatria e Neonatologia

Golfo di Orosei, 3-5 giugno

Coordinatore: prof. Giovanni Serra

Argomenti: il Corso ha lo scopo di fornire al pediatra di libera scelta le basi metodologiche e le nozioni per affrontare le problematiche diagnostico-terapeutiche delle principali patologie del neonato post-dimissione, del lattante e del divezzo

Informazioni ed iscrizioni: TopCongress, Via R. De Martino 10, 84122

Salerno, tel. 089 255179, fax 089 5647017, e-mail: congressi@topcongress.it - sito web: www.topcongress.it

Ecm: richiesti crediti formativi ministeriali

Medicina legale - processo all'emergenza

Ascoli Piceno, 12 giugno, Sala della Ragione – Palazzo dei Capitani

Presidente: dott. Massimo Loria

Direttore: U.O. Medicina d'Urgenza-Pronto Soccorso

Struttura: il corso si articola in tre sessioni

Informazioni: Segreteria Scientifica

dott. Gianfilippo Renzi, U.O. Medicina d'Urgenza-Pronto Soccorso, Ufficio Formazione, Zt 13, Ascoli Piceno, Zt 13, tel. 0736 358371

Segreteria Organizzativa: sig. ra Manuela Gagliardi, Ufficio Formazione, Zt 13, tel. 0736 345515

Ecm: evento in fase di accreditamento ecm

Mediterranean workshop on current trends and advances in oncopathology

Gallipoli (Le), 12-13 giugno, centro congressi Grand Hotel Costa Brada

Informazioni: Segreteria Scientifica dott. S.A. Senatore, dott. A. D'Amuri, dott. G. Pasanisi, dott.ssa F. Floccari, dott.ssa P. Rizzo; telfax. 0833 270417, senatore@auslle2.it

Segreteria Organizzativa: Elle Center, tel. 080 5041635, fax 080 5041645, elle@ellecenter.it

Programma: www.ellecenter.it, www.siapec.it, www.aiom.it, www.citologia.org, www.gisci.it

Ecm: richiesti crediti formativi per medici, biologi e tecnici di laboratorio biomedico



Cosa c'è di nuovo in chirurgia

Roma, 22 maggio, Palazzo Roccagiovine

Direttore: A. Arullani

Alcuni argomenti: sistematizzazione diagnostica e terapeutica del k prostatico, emorragie vescicali, chirurgia della sessualità femminile, naso elettronico, update in chirurgia ortopedica

Informazioni: Fondazione Roma Chirurgia, Via Germanico 197, 00192 Roma, tel./fax 06 3216083 tel./fax 06 30888226; e-mail: informazioni@fondromachirurgia.it

Fondazione Europea Dragan, Foro Traiano 1/A (Piazza Venezia), 00187 Roma, tel. 06 6797785, fax 06 6784961

Web 2.0 e internet in medicina

Milano, Istituto Mario Negri

8 giugno - Ricerca bibliografica su PubMed e su altri database biomedici

9 giugno - Internet e l'aggiornamento professionale in ambito medico

10 giugno - Il web 2.0 al servizio della formazione e dell'aggiornamento del medico

I corsi saranno realizzati attraverso una didattica interattiva che prevede il coinvolgimento diretto dei partecipanti e l'impiego di una aula multimediale dotata di numerose postazioni Internet.

I primi due corsi (8 giugno e 9 giugno) hanno ricevuto 8 crediti. Il terzo corso (10 giugno) ha ricevuto 5 crediti

Informazioni: Istituto Mario Negri, Via La Masa 19, 20156 Milano, tel. 02 390141;

fax 02 3546277; 02 39001918; sito web: www.marionegri.it; e-mail: mnegri@marionegri.it

Sistema nervoso e cute

Cravino (Pavia), 12 giugno, centro congressi Fondazione Salvatore Maugeri, Via maugeri 6

Obiettivo: la cute è un tessuto riccamente innervato da fibre sia sensitive che autonome, le cui terminazioni possono svolgere diverse funzioni. Grazie a particolari tecniche immunoistochimiche, è stato possibile indagare il sistema nervoso periferico attraverso lo studio dell'innervazione cutanea

Informazioni: Segreteria Scientifica Michelangelo Buonocore, Maria Nolano, Vincenzo Provitera

Segreteria Organizzativa: Aquarius di Roberta Rampulla, Via Folla di Sotto 52, 27100 Pavia, cell. 329 2838479, fax 02 44906478, e-mail: aquarius@aquarius-eventi.it, sito web: www.aquarius-eventi.it

Ecm: è in atto la pratica di accreditamento finalizzata all'attribuzione di crediti formativi Regionali, per le seguenti figure professionali: medici- biologi - tecnici di neurofisiopatologia

Neoplasie localmente avanzate dell'addome

Roma, 8-9 giugno

Direttore: prof. G.B. Doglietto

Obiettivi: fare il punto sugli aspetti più dibattuti nel trattamento dei tumori dell'addome localmente avanzati, promuovere un confronto informale sulla base delle relazioni, dei video, delle dirette dalla sala operatoria e delle personali esperienze, fornire un supporto informatico-bibliografico che sintetizzi lo stato dell'arte

Informazioni: Segreteria Scientifica Divisione di Chirurgia Digestiva, tel. 06 30155133, 06 30154436, fax 06 30156579, e-mail: gbdoglietto@rm.unicatt.it, s.alfieri@rm.unicatt.it

Segreteria Organizzativa: sig. Michele Parisi, Ufficio Formazione Permanente, Largo F. Vito 1, 00168 Roma, tel. 06 30154297, fax 06 3051732, e-mail: parisi@rm.unicatt.it

Ecografia Generalista

Pescia, 19-20-21 giugno

Coordinatore scientifico: dott. Fabio Bono

Rivolto a: medici di medicina generale

Il corso si articolerà in: 3 giorni di teoria con sinossi di pratica, nei quali si affronterà lo studio ecografico normale e patologico di addome, tiroide, mammella e polmone nonché il ruolo dello strumento ecografico nel monitoraggio del Pz. con cuore polmonare cronico; 2 sessioni parallele: muscolo-scheletrica, dedicata allo studio ecografico delle patologie muscolo-tendinee; ecocolordoppler: dedicata allo studio delle patologie vascolari dei t.s.a., dei grossi vasi addominali, delle arterie e delle vene degli arti inferiori

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



Dolore orofacciale, malattie temporomandibolari: problemi clinici fra odontoiatria e medicina

Sabbioneta (Mn), 6 giugno, Teatro All'Antica

Obiettivi: riunire gli operatori della salute, sia medici che odontoiatri, per discutere lo stato attuale delle conoscenze sui disturbi che causano dolore nel distretto orofacciale, con particolare riguardo alle malattie temporomandibolari

Iscrizioni: tramite modulo allegato da inviare via e-mail a giovannimauro@mac.com o via fax a 0376 326632

Informazioni e responsabile: dott. Giovanni Mauro, e-mail: giovannimauro@mac.com o tel. 0376 221810

Ecm: in fase di accreditamento

Società italiana di chirurgia maxillo-facciale

Torino, 10 - 13 giugno, centro congressi Lingotto

Presidente: prof. Sid Berrone

Argomenti: chirurgia implantare e chirurgia preprotetica, asimmetrie facciali, asimmetrie nell'adulto, asimmetrie nell'adulto e problemi funzionali, carcinoma della guancia e delle labbra, lesioni vascolari del volto, le fratture del complesso naso-orbita-etmoidale, infermieristica

Informazioni: Segreteria Scientifica

E. Cassarino, A. Griffa, F. Rocca, P. Tosco

Segreteria Organizzativa: Centro Congressi Internazionale, C.so Bramante 58/9, 10126 Torino, tel. 011 2446911, fax 011 2446900, sito web: www.congressiefiere.com, e-mail: segreteria@sicmftorino2009.it

Studiare il sistema nervoso osservando la cute

Pavia (Cravino), 12 giugno, centro congressi Fondazione Salvatore Maugeri, Via Maugeri 6

Argomenti: la cute è un tessuto riccamente innervato da fibre sia sensitive (afferenti) che autonome (efferenti), le cui terminazioni possono svolgere diverse funzioni. Grazie a particolari tecniche immunoistochimiche, negli ultimi 20 anni è stato possibile indagare il sistema nervoso periferico attraverso lo studio dell'innervazione cutanea

Informazioni: Segreteria Scientifica Michelangelo Buonocore, Maria Nolano, Vincenzo Provitera

Segreteria Organizzativa: Aquarius di Roberta Rampulla, Via Folla di Sotto 52, 27100 Pavia cell. 329 2838479, fax 02 44906478, email: aquarius@aquarius-eventi.it, sito web: www.aquarius-eventi.it

Ecm: è in atto la pratica di accreditamento finalizzata all'attribuzione di Crediti Formativi Regionali, per le seguenti figure professionali: medici, biologi, tecnici di neurofisiopatologia

Medico cura te stesso

Milano, 25-27 giugno, aula magna Università Statale, Via Festa del Perdono

Obiettivo: il Convegno è diretto ad affermare ed oggettivare che il centro di gravità del complesso mondo della sanità non può essere che la persona, con il suo bisogno di salute e di un lavoro gratificante rimettendo al centro il rapporto di cura, e le implicazioni culturali che ne derivano

Informazioni: Segreteria Scientifica

dott. Giulio Pompilio, Associazione Medicina e Persona, Via Melchiorre Gioia 171, 20125 Milano, tel. 02

67382754, fax 02 67100597, e-mail: segreteria@medicinaepersona.org, sito web: www.medicinaepersona.org

Segreteria Organizzativa: Limes Srl, Via Melchiorre Gioia 171, 20125 Milano, tel. 02 6697911, fax 02 67100597, e-mail: segreteria@limesmed.com

New perspectives in rett syndrome

Milano, 5-7 giugno, aula magna Università Statale

Argomenti: update su ricerche genetiche, genotipi clinici, epilessia, disturbi comportamentali, nutrizionali, ortopedici nella sindrome di rett, prospettive di sviluppo assistenziale costruzione di database europeo

Informazioni: Segreteria organizzativa

Aim Group, Aim Congress, Via G. Ripamonti 129, 20141 Milano, tel. 02 56601.1, fax 02 56609045, e-mail: airett.2009@aimgroup.it

Ecm: riconosciuti crediti per medici e biologi



Ecografia vascolare in emergenza

Firenze, 9 - 12 giugno, aula magna Facoltà di Medicina e Chirurgia

Direttore: Sergio Castellani

Alcuni argomenti: patologia cerebrovascolare: diagnostica con ultrasuoni, clinica e percorsi diagnostici nell'ictus, aorta e vasi splanchnici, ruolo degli ultrasuoni nella patologia addominale acuta, ischemia degli arti inferiori

Informazioni: Laboratorio di angiologia, clinica medica generale e cardiologia, tel. 055 7947413

Iscrizioni: entro e non oltre il 5 giugno, Settore post-laurea, Plesso Didattico V.le Morgagni n.40, fax 055 4598928, tel. 055 4598776, tel. 055 4598779, tel. 055 4598772, programma completo su: www.med.unifi.it

Ecm: richiesti crediti formativi ecm al ministero della Salute

Medicina termale

Roccaforte Mondovì (Cn), Lurisia Terme 13 giugno, Istituto Idrotermale

Obiettivi: l'evento formativo fornisce aggiornamenti su patologie croniche di varie pertinenze specialistiche indicate per la crenoterapia e sui trattamenti riabilitativi con l'obiettivo di una ottimizzazione dell'impiego delle terapie termali nell'ambito delle prestazioni del sistema sanitario nazionale

Rivolto a: medici e pediatri di base, specialisti

Informazioni: Segreteria Scientifica prof. G. Nappi

Segreteria Organizzativa: dott. M. Gestro, Terme di Lurisia, tel. 0174 683421, e-mail: terme@lurisia.it; m.gestro@lurisia.it

Ecm: in fase di accreditamento

Medicina occidentale e medicina cinese

Milano, 10 giugno, A. o. I. Sacco (padiglione Lita), università degli studi di Milano, Via G.B. Grassi 74

Argomenti: analogie e differenze tra la Farmacopea Europea e la Farmacopea Cinese, aspetti regolamentatori, interazione erbe cinesi-farmaci tradizionali, efficacia e sicurezza per i pazienti

Informazioni: Segreteria Organizzativa Organizzazione Centro Studi, Milano, Via Breda 120, 20126 Milano, tel. 02 69311272, mail: info@centro-studi.it; sito web: www.centro-studi.it

Ecm: riconosciuti per medici

Associazione Serena Talarico per i giovani nel mondo

Uno degli obiettivi principali di questa Onlus è quello di promuovere la conoscenza, la diagnosi precoce e la ricerca sull'osteosarcoma e sui tumori ossei in genere. A tale proposito vengono promosse conferenze, corsi di Educazione Continua in Medicina (ECM), il primo dei quali si tiene a Latina il 16 maggio, e già da due anni vengono assegnate borse di studio per la ricerca, per il tramite del Dipartimento di Medicina sperimentale dell'Università "La Sapienza" di Roma. Conferenze e corsi sono tenuti da relatori e docenti di primo piano, quali i professori Della Rocca, Santori e Mastrantuono; i dottori Di Palma, Mariani e Perrotti e altri che hanno aderito alle iniziative dell'Associazione prestando la loro opera gratuitamente e con genuino entusiasmo.

Altro obiettivo, non secondario, è quello di costruire un piccolo ospedale, con annessa scuola infermieri, a Mbarara (Uganda): sono state già realizzate le fondamenta e dato inizio ai lavori di innalzamento. Per raccogliere fondi vengono promossi anche spettacoli teatrali e sportivi e si è aderito al 5 per mille.

Informazioni: Associazione Serena Talarico per i giovani nel mondo

Via Mario Cingolani 6 - 00155 Roma

Tel/fax 06-4078112

cell. 339/1547851

Gara di macchine e di solidarietà

Mille Renault R4 da Parigi a Marrakesch per aiutare i bambini poveri del Marocco. Seimila chilometri di deserto per portare due cartelle piene di materiale didattico e due zaini di attrezzature sportive

di Ezio Pasero

Per la cronaca, ha vinto l'equipaggio numero 220, composto dagli studenti di Montauban (nella regione francese del Midi-Pirenei) Mathieu Rivals e Loïc Dupont. Ad avere vinto davvero, però, è stata la solidarietà. Il che, per essere una gara automobilistica, è già una bella notizia. Anche se il "Raid 4L Trophy" è molto di più e molto diverso da una comune gara di automobili. E', piuttosto, un modo appassionante e divertente

di rendere ancora più bella la solidarietà, appunto, e di insegnarla ai giovani: oltre mille equipaggi di due studenti ciascuno, di scuole superiori e università europee, da Parigi fino a Marrakesch, attraverso il deserto marocchino, con mille Renault R4 variamente allestite e colorate, ma tutte con una caratteristica comune: due cartelle piene di materiale didattico e due zaini di attrezzature sportive a bordo, per contribuire alla scolarizzazione dei bambini più poveri dei villaggi incontrati lungo il

percorso. E materiale umanitario e altri aiuti, anche, dalle pompe per i pozzi d'acqua alle sedie a rotelle, dalle attrezzature mediche ai pannelli solari, per 58 tonnellate complessive di doni. Il tutto sotto l'egida dell'associazione "Enfants du Desert", presieduta da Laetitia Chevalie, che da Parigi coordina appunto gli aiuti per i bambini poveri del Marocco. Ma con una caratteristica insolita, peculiare di questa "Parigi-Dakar della solidarietà" nata nel 1997 per iniziativa della Scuola Su-

periore di Commercio di Rennes e che quest'anno ha preso il via dalla capitale francese il 17 febbraio scorso e si è conclusa dopo seimila chilometri di deserto il primo marzo: a procacciarsi doni e materiale, condizione indispensabile per iscriversi al Rally, dovevano essere i concorrenti stessi, ciascuno dei quali ha dovuto farsi carico in questo modo del problema di trovarsi i propri sponsor.

Ve la ricordate la Renault R4, che fu tra l'altro la prima automobile a trazione anteriore della storia? Nata nel 1961 (e prodotta fino al '93) sulla base dell'enorme successo di un'altra vettura bruttissima e di fascia bassa nata addirittura negli anni '40, la Citroen 2Cv, fu dapprima accolta con grande stupore e diffidenza, soprattutto per via delle sue linee tozze e dell'allestimento limitato al minimo essenziale. Ben presto, però, ebbe a sua volta grande successo, al punto che nel corso del suo ciclo produttivo ne furono prodotti più di otto milioni di esemplari. E insieme alla 2Cv, appunto, questo veicolo metà auto e metà furgoncino, inizialmente con motore di soli 700 centimetri cubi e cambio a tre marce, ha segnato un'intera epoca del secondo dopoguerra, quella della beat generation e della contestazione giovanile. Brutte e essenziali, addirittura spartane, ma instancabili su tutti i terre-



ni, hanno trasportato sogni e illusioni per il mondo intero. E ancora adesso, negli anni delle supercar ipertecnologiche, gli "scorpioni del deserto", come i beduini del Marocco hanno ribattezzato le coloratissime R4 di questa singolare competizione, hanno dimostrato di saper continuare a fare il loro lavoro sulla sabbia e tra le dune, anche se prive di quattro ruote motrici, Abs o aria condizionata.

Ancor più delle vetture, poi, hanno dimostrato di sapersela cavare i 2.044 studenti provenienti da quindici diversi Paesi. Procurandosi l'auto, innanzi tutto, spesso prestata dai genitori che la conservavano magari in fondo a un garage o a un granaio, come si conservano i ricordi importanti in

fondo al cuore. E poi risistemandola, aggiustandola, riverniciandola, colorandola. E riempiendola di tutto il necessario, viveri e doni, tenda e sacchi a pelo... E imparando, anche, a guidare un'auto ormai tanto diversa da quelle attuali in condizioni particolari, da affrontare con grande concentrazione. Questa competizione, infatti, non richiedeva tanto doti di pilota, perché anzi il concetto di velocità era rigorosamente bandito, quanto spirito di avventura e capacità di adattamento. La gara era composta tutta di prove di regolarità a cronometro tra le montagne, le dune, i corsi d'acqua e la sabbia del Marocco. Per vincere, i partecipanti hanno dovuto raggiunge-

re il traguardo non nel più breve tempo possibile, cioè non correndo più degli altri, ma scegliendo il tragitto più breve, il migliore. E per farlo, per orientarsi, gli equipaggi hanno avuto a disposizione solo strumenti tradizionali: una bussola, un road book e una cartina geografica. Niente satellitari né gps, insomma, anche se i concorrenti potevano contare in caso di necessità su una squadra di assistenza di supporto di oltre 200 persone. Supporto tecnico, beninteso, ed eventuale assistenza medica, della quale non c'è stato fortunatamente bisogno. Per il resto, raggiunto ogni traguardo di tappa i concorrenti hanno dovuto montarsi le loro tende, trovarsi l'acqua,

cercare quando possibile una improbabile doccia. Problema sentito soprattutto dalle ragazze, quest'ultimo: perché 450 erano i concorrenti di sesso femminile, e 136 gli equipaggi composti solo da ragazze.

Ad ogni arrivo di tappa, gli studenti e i loro accompagnatori hanno invaso pacificamente i villaggi del deserto per distribuire i loro doni, tra i quali una cinquantina di computer. E per prestare la loro opera, anche: come durante la settimana nel corso della quale sono state montate le installazioni fotovoltaiche per portare elettricità "pulita" a dieci famiglie povere di un villaggio della regione di Merzouga, che ne erano prive. L'impegno "ecologico", accanto a quello umanitario, è stato un'altra delle caratteristiche della manifestazione: alla quale non solo alcuni concorrenti hanno partecipato con speciali R4 dotate di motori moderni e con emissioni nocive molto contenute, ma nel corso della quale è stato anche promosso un "4L Eco Challenge", ossia una concorso destinato a progetti di natura ecologica da destinarsi al territorio africano. A questo concorso hanno partecipato una trentina di equipaggi, che hanno montato e messo in funzione 18 installazioni solari e una pompa fotovoltaica per l'acqua. Piccole cose, prese singolarmente. Ma come dice un motto che è quasi la bandiera del "4L Trophy", sono le piccole gocce d'acqua che fanno i grandi fiumi. •



Catania

Speciale "Giornata del Medico"

L'appuntamento era di quelli da non mancare. Giovani e meno giovani per un incontro entrato ormai nella tradizione, ma mai sovrapponibile a quelli precedenti. Il benvenuto lo ha dato il Presidente, Ercole Cirino, che ha voluto condividere con tutti i colleghi presenti la gioia per avere brillantemente superato un delicato intervento chirurgico per il quale non ha mancato di ringraziare il neurochirurgo Fausto Ventura e tutta la sua equipe del Cannizzaro. Un ringraziamento particolare lo ha anche voluto rivolgere al direttore generale dell'azienda ospedaliera, Giuseppe Giunta, che ha successivamente preso la parola. Sono anche intervenuti il Rettore, Antonio Recca, ed il Preside della Facoltà di Medicina e chirurgia, Francesco Basile. La relazione del Presidente è stata letta all'Assemblea dal vicepresidente, Giansalvo Sciacchitano, anch'egli riconfermato per il triennio 2009-2011. Quindi le relazioni del Tesoriere, Gaetano Giardina, e del presidente e del tesoriere della Cassa Assistenza. Quindi il momento del conferimento del Premio Ippocrate 2008 al Professor Salvatore Castorina.

E' stata quindi la volta della consegna delle onorificenze ai Colleghi per il 50° anno di Laurea e della lettura del Giuramento di Ippocrate con la consegna ai Medici neo iscritti del Codice Deontologico.



Vicenza

Solidarietà

La segreteria dell'Ordine segnala la situazione della figlia di un medico vicentino che, dopo aver perso entrambi i genitori per malattia, a sua volta si è ammalata nel corso degli studi in Medicina. Oltre che per all'assistenza prestata ai genitori, anche la malattia ha ritardato il suo corso di studi che comunque la studentessa conta di completare in tre anni. Dovendo però provvedere al proprio sostentamento in assenza dell'aiuto dei genitori, oltre ai problemi legati alla malattia, anche quelli economici risultano rilevanti; per questo fa affidamento sulla generosità dei colleghi del padre, rivolgendosi all'Ordine tramite il bollettino. Chi volesse dare un meritorio contributo può versarlo presso il c/c iban IT82U051



8811802000000001563 appositamente aperto presso la Banca Popolare di Verona, sede di Vicenza, Piazza Matteotti, intestato all'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Vicenza.

Firenze

Valutazione dirigenti di struttura complessa

La funzione della verifica, avuto riguardo in particolare al dirigente con incarico di direzione di struttura complessa, è quella di assicurare alla struttura sanitaria e quindi ai fruitori della stessa, oltre la specifica competenza professionale anche il corretto espletamento del servizio e la realizzazione dell'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative nonché l'efficace ed efficiente gestione delle risorse attribuite. Questo il principio affermato dalla Cassazione Civile, sezione lavoro, con la sentenza n. 28714 del 3/12/2008. La verifica, quindi, rappresenta lo strumento per assicurare il miglior funzionamento della struttura sanitaria e soprattutto è funzionale alla salvaguardia della salute pubblica perché attraverso siffatto strumento si tende ad assicurare al cittadino una "buona sanità". L'esito positivo delle verifiche costituisce condizione per il conferimento o la conferma degli incarichi di maggior rilievo, professionali o gestionali. Sarebbe, perciò, contrario alla ratio legis ipotizzare, proprio per la finalità assegnata dal legislatore alla verifica, che eventuali vizi procedurali o formali della stessa comportino l'effetto della conferma dell'incarico e cioè proprio di quell'effetto che il legislatore ha escluso. Eventuali vizi della procedura potranno semmai rilevare a fini risarcitori, ma non potranno mai determinare l'automatica conferma nell'incarico.



Bologna

Commissione Provinciale del Farmaco (CPF)

Siamo lieti di comunicare che da gennaio 2009 è consultabile il sito WEB della Commissione provinciale del Farmaco (CPF) all'indirizzo <http://www.cpfbologna.it>.



La CPF che coinvolge le quattro Aziende Sanitarie presenti sul territorio della Provincia di Bologna (AUSL di Bologna, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Istituto Ortopedico Rizzoli, AUSL di Imola), è parte integrante di una strategia mirata a perseguire azioni di sviluppo della politica farmaceutica orientate all'utilizzo di farmaci di provata efficacia e alla promozione e miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione intra ed extra ospedaliera.

Per dare la massima trasparenza ai percorsi e alle decisioni della CPF si è ritenuto di rendere disponibili non solo ai professionisti della sanità ma a tutti i cittadini:

- la composizione della commissione;
- l'elenco dei farmaci in uso presso le strutture delle Aziende Sanitarie della Provincia di Bologna (Prontuario Terapeutico Provinciale) in regime di degenza, dimissione, prescrizione specialistica ambulatoriale e nel trattamento di persone soggette a controlli ricorrenti e a presa in carico assistenziale (Legge 405/2001);
- il metodo di lavoro e il regolamento operativo;
- i percorsi di valutazione di alcune alternative terapeutiche.

Inoltre, per facilitare il recupero delle informazioni sulla sicurezza dei farmaci e sulla segnalazione delle reazioni avverse è stata prevista una sezione dedicata alla farmacovigilanza. Nella speranza che il sito WEB possa ulteriormente contribuire al rapporto di collaborazione tra i professionisti sanitari e la CPF in un'ottica di trasparenza verso i cittadini, si coglie l'occasione per porgere distinti saluti.

Massimo Annichiarico

Genova

Accordo Ministero della Salute-ANDI-OCI per l'Odontoiatria sociale

È operativo l'Accordo Ministero della Salute-ANDI-OCI relativo all'Odontoiatria sociale rivolto ai pazienti indigenti, a cura dei Dentisti volontari, dell'ANDI e dell'OCI.

L'adesione all'iniziativa è assolutamente libera, volontaria e in qualunque momento revocabile.

Con questo accordo è prevista la possibilità di offrire alcune prestazioni volte alla prevenzione ed alla protesizzazione a favore di fasce di popolazione in difficoltà economica.

Le prestazioni a tariffa agevolata previste dall'accordo sono le seguenti:

- visita odontoiatrica con ablazione tartaro ed insegnamento all'igiene orale (anche donne in gravidanza indipendentemente dal reddito);
- sigillatura dei solchi di molari e/o premolari;
- estrazione di elementi dentari parodontalmente compromessi;
- protesi parziale in resina con ganci a filo;
- protesi totale in resina.

I beneficiari dovranno dimostrare di essere nella fascia di reddito stabilita dall'accordo stesso compilando l'apposita modulistica predisposta

Belluno

Inps, Comitato provinciale di Belluno, visite mediche fiscali e certificati per indennità di malattia

Il direttore dell'Inps di Belluno e il presidente del Comitato provinciale organismo che per fine istituzionale ha il compito di esaminare anche i ricorsi aventi per oggetto le prestazioni di malattia per i quali le certificazioni mediche risultano atti istruttori determinanti, chiedono di diffondere ai medici di famiglia la lettera che si riporta di seguito: Oggetto: certificati per indennità di malattia.

Ritengo opportuno al fine di un miglioramento del servizio reso ai nostri assicurati e vostri assistiti, porre alla Sua attenzione due questioni che spesso si sono riscontrate nello svolgimento del servizio: 1) in caso di prolungamento di prognosi, dopo visita di controllo domiciliare effettuata dall'Istituto al lavoratore in malattia conclusasi con giudizio medico-legale di idoneità al lavoro specifico, con diagnosi senza evidenza di intervenute complicanze o di nuova patologia, viene a crearsi contenzioso tra l'Inps e l'assicurato con aggravii economici per quest'ultimo: nella fattispecie descritta l'Istituto ritiene valida, in assenza di documentata evoluzione sfavorevole della patologia non prevedibile in sede di visita domiciliare di controllo, la precedente idoneità contestando l'ulteriore assenza dal lavoro; 2) E' utile, in caso di patologia di origine traumatica conoscerne la causa: ad esempio alla diagnosi "frattura della quinta costa sinistra" si potrebbe aggiungere "da caduta accidentale" oppure "da incidente stradale" secondo l'evenienza: se si configurano responsabilità di terzi si avrà così modo di attivare il procedimento di surroga, senza dover interpellare gli assicurati per qualsiasi evento traumatico.



La crisi? È il momento per rinnovare e consolidare

di Antonio Gulli

Ormai sono mesi che tutti i telegiornali, quotidiani e rotocalchi – con diversi accenti – si rivolgono ai propri lettori affrontando il tema della crisi. Del resto, come può essere altrimenti? Milioni di persone in tutto il mondo hanno visto eroso il proprio stato di benessere; coloro che si trovano ad occupare le fasce

più deboli e meno protette della società hanno visto venir meno i pochi appigli per poter vivere una vita appena dignitosa. Sappiamo tutti che, nell'attuale caso, la natura di questa *debacle* è squisitamente finanziaria. In generale, si può affermare che il cancro dell'irresponsabilità – alimentato dallo smisurato egoismo prodotto dalle pulsioni bulimiche della voracità e dell'ingordigia – non può che produrre distruzione. Distruzione di ricchezze, di sicurezze e di futuro che – come la storia insegna – si presenta sempre, nei suoi effetti, in maniera disumana per la parte maggiore degli individui e in maniera iniqua per tutti. Non c'è dubbio che quando un sistema – di qualsiasi natura esso sia – entra in crisi, la sensazione che si diffonde è quella di trovarsi gettati all'interno di uno scenario in cui alcuni sentimenti prevalgono e altri sfumano. Quelli a prevalere non possono essere altri che quelli che si raggruppano intorno all'area del vincolo e dell'impossibilità. Non si può più fare ciò che finora si è fatto; non si può più utilizzare ciò di cui prima si poteva disporre; non si ha più quello che prima si poteva percepire come a portata di mano. Ciò alimenta uno dei sentimenti peggiori: il senso di vulnerabilità. E, con questo, la percezione di sfiducia verso le possibilità, da un lato, e della sottrazione di qualsiasi prefigurazione di futuro, dal-

l'altro. Insieme alla sfiducia e alla caduta di una qualsiasi possibilità di proiettarsi nel futuro, la possibilità di operare delle scelte si fa più rarefatta. Il buon senso ci dice che si può operare una scelta quando si godono almeno due o più opportunità. Nei momenti di crisi sono proprio queste a scemare, a percepirsi più lasche o, almeno, a percepirsi con meno disponibilità. Si può affermare, quindi, che le crisi sottraggono – o comunque ridimensionano in maniera potente – sia l'esperienza dell'esercizio della propria libertà che quella del libero arbitrio.

Quando si avverte l'impraticabilità delle opportunità, ovvero dei modi attraverso cui fare fronte alla realtà, la sensazione di insicurezza può diventare angoscia, fino a produrre comportamenti dettati dal panico. E i sentimenti, quando sono lesi, hanno la capacità di incidere fortemente sul comportamento razionale; sulla strutturazione di una strategia equilibrata e sulla messa appunto di azioni

Distruzione di ricchezze, di sicurezze e di futuro che si presenta sempre in maniera disumana per la parte maggiore degli individui e in maniera iniqua per tutti

ponderate. Nella migliore delle ipotesi, una condizione mentale in cui il senso di costrizione prevale può portare, semplicemente, a moderare i propri consumi; cancellare abitudini o, per chi è più fortunato, eliminare il superfluo. Nella peggiore delle ipotesi, può rimettere in discussione le già ristrette basi della quotidianità e quindi gettare nello sconforto i più deboli e, in loro, far crescere il sentimento di impotenza. Seppur quanto detto è già capace, di per sé, di mostrare tutta la drammaticità e richiamare qualsiasi attenzione, il punto centrale di questo tipo di fenomeno non è solo questo, quanto quello che parte dalla considerazione che, se le crisi *sui generis* possono presentarsi nel tempo in maniera imprevedibile, i danni che queste producono possono essere immaginati. Per cogliere meglio il senso del tema indicato, si deve ricordare che tutte le crisi – e la storia sta lì a dimostrare questo – sono cicliche. Ovvero che il loro presentarsi sul palcoscenico degli avvenimenti è imprevedibile nei tempi e nei luoghi, ma che gli effetti – anche se mostrano caratteristiche proprie e non riducibili – possono considerarsi – anche se non del tutto – valutabili in anticipo. In sostanza prevedibili. Se ciò è vero – ovvero che gli effetti delle crisi possono essere previsti –, allora si deve pensare che i danni che una crisi può produrre si legano alla vulnerabilità stessa delle vittime che produce. E bene ricordare che i disastri – sia quelli naturali che quelli prodotti dall'uomo – hanno una cosa in comune: la loro possibilità di modificare irreversibilmente l'ambiente in cui si verificano. Quindi le caratteristiche del contesto sono fortemente connesse ai danni che una crisi può produrre. Se si pensa al terremoto, è facile intuire che, se le infrastrutture sono solide, i danni possono risultare limitati; se si pensa all'attuale crisi finanziaria – con le tragiche conseguenze sull'economia reale –, si può



Le crisi sottraggono – o comunque ridimensionano in maniera potente – sia l'esperienza dell'esercizio della propria libertà che quella del libero arbitrio

immaginare che le perturbazioni sociali possono essere limitate se si rivolge lo sguardo, da un lato, ai fattori connessi agli elementi messi in stato di crisi e, dall'altro, alle vulnerabilità del sistema all'interno del cui la crisi si verifica. Ovvero, nel caso attuale, ai fattori di interruzione dei meccanismi di riorganizzazione in termini ridistributivi delle risorse. La semplice ricetta può essere dare di più a chi ha di meno, attraverso la produzione di risorse aggiuntive da destinare allo scopo. E come produrre delle risorse aggiuntive per abbassare il costo ineguale della crisi? Per meglio comprendere quanto indicato sarà opportuno cogliere il significato del termine crisi. Una crisi produce inevitabilmente dei danni. I danni, inevitabilmente, mettono in atto uno stato di emergenza. E che cosa è uno stato di emergenza? È una situazione in cui la routine salta a favore di una chiamata, che si rivolge a tutti, a compiti straordinari. E l'azione straordinaria non può essere altra che il sovvertimento del meccanismo nella distribuzione del profitto a favore di chi è più colpito dallo stato di crisi. In questo caso lo Stato non deve farsi produttore di ricchezza – come così immaginato nelle ideologie che ci siamo lasciati alle spalle –, quanto garante del meccanismo di redistribuzione delle risorse. Ridistribuzione che non può non vedere un accordo tra i principali attori della produzione di ricchezza: ovvero imprenditori e, a vario titolo, lavoratori. In sostanza mettere in atto una strategia *bottom-up* piuttosto che *top-down*. Al vertice del sistema dovrebbe essere affidato il ruolo di garantire una certa quota di “percezione di prevedibilità” a coloro che operano. Ovvero garantire un contesto altamente prevedibile, dove si può indicare cosa sta per accadere o si sa cosa rispondere a ciò che potrà accadere. Non è una questione solo di fiducia, ma di sicurezza. La fiducia gioca sul futuro; la sicurezza sul presente. L'una rimanda all'altra come condizione necessaria al fine di comprendere ciò che è avvenuto (passato). Questi si possono indicare come gli “interstizi” spazio-temporali dove cercare le risorse più importanti per ripristinare la cosiddetta normalità.

Questo può significare togliere alla crisi la potenza di avvalersi della vulnerabilità del sistema su cui la crisi stessa si può avvitare. Togliere, cioè, quell'amplificatore, in modo che l'evento non riesca a produrre più danno di quanto non sia capace. E se questo è vero, dall'altro, favorire anche strategie di adattamento più flessibili ai cicli di straordinarietà. Naturalmente, conoscere, prevedere, approntare strategie non riduce la probabilità del verificarsi di una calamità, ma riduce fortemente il danno che la stessa è capace di produrre. Che, a ben vedere, è proprio quello che può portare al collasso, ovvero al di sotto di una soglia oltre la quale nessuna riabilitazione avrebbe possibilità di riuscita. •

Gli anni "Luce" della nostra storia

di Ludovica Mariani

Quando ancora non c'era la tv a raccontare l'Italia agli italiani, il Giornale Luce faceva la sua comparsa (nel 1927) prima di ogni proiezione nelle sale cinematografiche del nostro Paese. Da strumento di propaganda per il Regime a prezioso e insostituibile documento, il Giornale Luce è oggi parte fondante di uno

sterminato archivio storico, quello dell'Istituto Luce, in continuo arricchimento. Le 400 mila foto, le oltre 4 mila ore di filmati sono richieste da storici e televisioni di tutto il mondo per la realizzazione di documentari "e non solo – ci dice Luciano Sovena presidente e Amministratore Delegato dell'Istituto Luce – ma anche per lungometraggi. Ne è un esempio il prossimo film di Marco Bellocchio *Vincere* dove vedremo molto materiale del Luce".

Nel vostro archivio ci sono solo i filmati del Luce?

Il cinegiornale Luce fino alla fine della guerra non solo rappresenta l'unico documento video del regime ma fotografa con precisione anche la vita quotidiana e questo ha un'enorme importanza se si considera che non c'era la televisione ma solo la radio. Il materiale audio visivo di informazione, soprattutto per quello che riguardava il regime, veniva fatto in questi cinegiornali. Per quanto riguarda il nostro archivio abbiamo acquisito la Settimana Incom con materiale fino al 1978 e altri cinegiornali come Ciac o il Filmgiornale Sedi. Con il tempo il nostro archivio si è andato certamente arricchendo. Tra gli ultimi acquisti c'è l'archivio storico in digitale dell'Albania con documenti rarissimi, l'archivio del grande documentarista-regista Folco Quilici, il materiale del regista Silvano Agosti, gli atti dei congressi del partito socialista Italiano, di Craxi per intenderci. Oggi siamo in grado, e i documentari che facciamo lo testimoniano, di ricostruire la storia di un intero paese, anzi siamo sostanzialmente la memoria storica dell'Italia. Logicamente il commento dei cinegiornali Luce è apologetico sia di Mussolini che del partito fascista, per questo raramente ci sono cinegiornali che vengono dati nella loro interezza. Quando si fa un documentario estrapoliamo le immagini che interessano e viene fatto poi un grande lavoro di montaggio. Il commento cambia a secondo dello storico al quale è affidato.



Luciano Sovena, figlio del chirurgo Aldo Sovena, ex primario dell'ospedale San Filippo Neri di Roma, è presidente ed amministratore delegato dell'Istituto Luce

Esistono in Europa e nel mondo archivi storici di analoga importanza?

Siamo il più grande archivio storico d'Europa e forse del Mondo. Eccetto pochissimi documenti che furono presi dagli americani, solo noi abbiamo le immagini del periodo fascista ed è importante capire che per periodo fascista non si intende solo quello che è il Regime e la sua celebrazione ma anche la vita di tutti i giorni. E la cosa più curiosa e interessante è forse proprio quella di andare a vedere una determinata città o un paese come era allora. Mancano purtroppo i documenti che testimoniano il dopoguerra, gli Alleati quando sbarcarono fecero le loro riprese quindi di materiale ce n'è molto ma in

America.

C'è un vecchio filmato al quale è particolarmente legato?

Tutti quelli che riguardano Roma e in particolare Villa Torlonia. Abito lì davanti e provo sempre una forte emozione e un grande interesse nel vedere la vita che si svolgeva dentro e intorno alla residenza del Duce e della sua famiglia. I filmati del Luce sono visibili gratuitamente collegandosi alla rete (www.luce.it) e questo per dare a tutti la possibilità di vedere immagini di un passato che è la nostra storia.

Avete molte richieste di documenti filmati dall'estero?

Quasi più che dall'Italia. A Cannes si è da poco concluso il Mipcom – Mercato internazionale dei programmi audiovisivi – e i risultati sono stati eccellenti, i nostri documentari sono stati venduti in tutti il mondo, Cina, Giappone. C'è un grande interesse per un certo periodo della storia italiana, probabilmente perché dopo 60 anni dalla fine della guerra si può guardare al passato con lo sguardo critico e distaccato di uno storico.

A tanto interesse non corrisponde, almeno in Italia, un'adeguata proposta televisiva. Perché?

Sulla pay tv c'è History Channel mentre sulla free c'è meno spazio anche se ci sono programmi come *La Storia Siamo Noi* ad esempio o *Anni Luce* programma de La7. La gente ha voglia di cultura e soprattutto nei giovani, forse

per reazione al clima di Grandi Fratelli, c'è curiosità per una storia ancora tanto vicina ma che non hanno vissuto.

Le preziose immagini del Luce oltre che a corredo di programmi tv che utilizzo possono avere?

Si possono realizzare documentari con solo materiale d'archivio. Abbiamo cose rare e anche divertenti come la presenza dei divi americani a Roma nel periodo della Hollywood sul Tevere o le immagini inedite di Frank Sinatra che canta in italiano.

Tra poco l'Istituto Luce verrà incorporato a Cinecittà Holding.

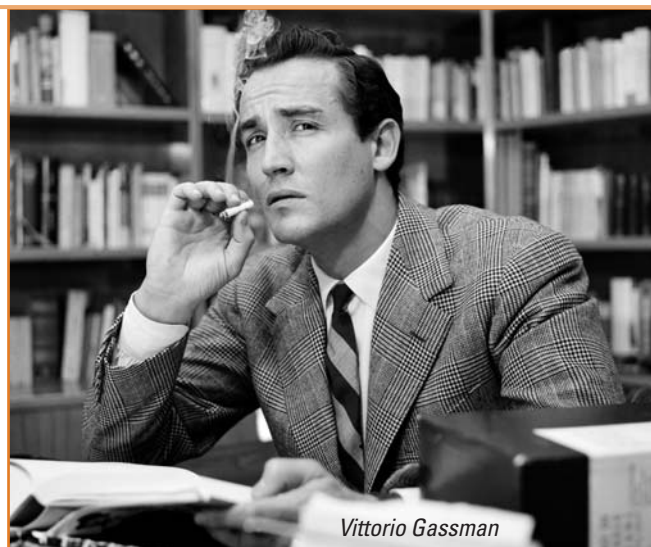
C'erano tante società satellite con relativi consigli di amministrazione. Incorporandole si è fatto un discorso di tipo economico. La nuova società si chiamerà Cinecittà Luce e io sarò l'amministratore delegato e quindi oltre ad avere le nostre solite funzioni che sono archivio, produzione e distribuzione faremo anche la promozione del cinema italiano all'estero e un discorso di centro studi per quello che riguarda il monitoraggio dei film in Italia.

Continuerà la collaborazione con la Scuola Nazionale di Cinema?

La Scuola Nazionale di Cinema per noi è fondamentale. C'era da prima un'ottima collaborazione ma adesso diventa ancora più importante. Già si è fatto molto, grazie anche all'intervento di Rai Cinema, per dare la possibilità ai diplomati della Scuola di realizzare dei lungometraggi invece del solito saggio di fine anno. Alcuni di questi film sono persino usciti nelle sale e altri usciranno tra poco.

Qualche titolo?

A maggio esce l'opera prima di Claudio Giovannei, *Una casa sulle nuvole*, road movie con Adriano Giannini e Emanuele Bosi, il protagonista di *Questo piccolo grande amore*. È la storia di due fratelli che partono verso Marrakesh alla ricerca del padre. Sempre in uscita a breve *L'artista*



Vittorio Gassman

una coproduzione italo-argentina presentata all'ultimo Festival di Roma con un bel successo di critica. C'è poi il documentario *Sound of Morocco* diretto da Giuliana Gamba, un viaggio dentro la musica del Marocco che rappresenta un patchwork sonoro di razze, culture e ispirazioni. Noi abbiamo anche una scuola di cinema in Marocco finanziata dalla Regione Lazio dove studiano ragazzi che provengono dalle zone più disagiate del paese. Alcuni di questi ragazzi hanno collaborato alla realizzazione sia di *Sound of Morocco* che di un altro film in listino, l'horror *Smile* di Francesco Gasperoni. Interessante anche il documentario di Valerio Jalongo *Di me cosa ne sai* che racconta lo stato di salute del cinema italiano.

E come sta il cinema in Italia?

Sono preoccupato e temo soprattutto per i cosiddetti film d'autore. C'è un livellamento al basso su un certo prodotto televisivo fatto di Grandi Fratelli e Fattorie e ho l'impressione che il cinema in un certo senso si stia adeguando. •



Paolo Matthiae, alla scoperta del passato

Il mondo dell'archeologia raccontato da uno dei suoi più famosi esponenti. Il rinvenimento della città di Ebla in Siria nel 1964 e poi, dieci anni più tardi, degli Archivi Reali che risalgono al 2350 a.C.. La situazione complessa dei beni culturali italiani ed i paesi che nascondono tesori ancora tutti da scoprire



Il professor Paolo Matthiae e Asma al-Assad, moglie del presidente Siriano Bashar al-Assad

di Paola Stefanucci

Con oltre 45 anni di ininterrotta attività sul campo ed accademica, Paolo Matthiae ha certamente conquistato una posizione di spicco nel Gotha degli archeologi contemporanei. E nella storia dell'Archeologia: al pari di suoi leggendari colleghi quali Heinrich Schliemann, Howard Carter, Arthur Evans che hanno rispettivamente restituito alla luce e alla nostra ammirazione la mitica (ed omerica) città di Troia, la tomba del "faraone fanciul-

lo" Tutankhamon in Egitto e il favoloso Palazzo di Cnosso a Creta. Ricerche meticolose pilotate con fervore, oseremmo dire, religioso hanno condotto l'orientista (e scrittore) italiano a ritrovare in Siria l'Impero di Ebla nella seconda metà del secolo appena trascorso. Sepolti da circa 450 secoli sono emersi dalla sabbia tesori inaspettati, di valore inestimabile. Un'idea? Solo nell'Archivio Reale sono state rinvenute ben 17mila tavolette d'argilla con iscrizioni cuneiformi in eblaita. Una miniera pressoché inesauri-

bile di informazioni sul mattino dell'umanità. Tanto è vero che il professor Matthiae, reduce dalla 45° campagna di scavo sostenuta, come sempre, dall'Università capitolina "Sapienza" (dove egli insegna naturalmente Archeologia e storia dell'Arte del vicino oriente) nel 2008, è già proiettato con la mente e col cuore nella prossima missione. Paolo Matthiae, che è nato a Roma sessantanove anni fa, è altresì membro dell'Accademia nazionale dei Lincei, della Fondazione Balzan, dell'Académie des

inscriptions et belles-lettres e del Archäologische Institut e, infine, (come non avrebbe potuto essere?) Cavaliere della Gran Croce al merito della Repubblica Italiana.

Professor Matthiae come e quando è nata in lei la passione per l'archeologia?

Molto presto, da giovanissimo. Come molti giovani, allora e adesso, ero appassionato di Egittologia e avevo cominciato a studiare i geroglifici durante il ginnasio e quando arrivai all'Università avevo già buone conoscenze. Non ho mai perduto la passione per l'Egitto, ma durante gli studi universitari capii che alcune regioni dell'Asia Occidentale, come la Siria, erano il futuro dell'archeologia orientale, poiché erano terre molto incognite e molto, che era impensabile ormai in Egitto, poteva esser fatto là. La mia passione per l'Egitto si è realizzata, per così dire in un modo un po' particolare, sposando un'egittologa, Gabriella Scandone.

Chi sono stati i suoi maestri?

Mi sono laureato con Sabatino Moscati con una tesi di laurea sulla cultura artistica della Siria nel II millennio a.C., ma il vero Maestro cui devo largamente la mia formazione è stato senz'altro Ranuccio Bianchi Bandinelli, anche se altri hanno avuto in vario modo un'influenza non secondaria, come Sergio Donadoni e Salvatore Puglisi.

Nell'immaginario comune l'archeologia è un mestiere che promette avventura.

Ma quali sono oggi le qualità richieste ai professionisti dello scavo?

È vero l'archeologia è un'avventura, ma non nel senso corrente di un mestiere avventuroso nella pratica: è un'affascinante avventura intellettuale. Riportare le esperienze degli uomini del Passato nel Presente e proiettarle verso il Futuro è un'avventura intellettuale che appassiona. L'archeologia trae molto del suo fascino dal fatto che è uno dei pochissimi mestieri contemporanei in cui il lavoro intellettuale e il lavoro manuale sono, per il più giovane assistente di scavo o il più esperto direttore di missione, strettamente e indissolubilmente legati e intrecciati in ogni momento della nostra attività. L'archeologia è un rimedio potente contro l'alienazione del mondo moderno.

Il suo nome è legato alla clamorosa scoperta in Siria del sito di Ebla più di 40 anni fa. Ci può raccontare qualche episodio particolare legato a quella missione? E da allora come è cambiata la professione dell'archeologo?

La ricerca di Ebla è la ricerca di una vita, iniziata molti anni fa e sono orgoglioso di aver completato nel 2008 la 45a campagna di scavo... senza tradire neppure per un anno questo straordinario sito archeologico, che è la mia vita. Una così straordinaria avventura di ricerca è costellata di episodi eccezionali: quando scoprimmo nel 1975 gli Archivi Reali del 2350 a.C. l'allora Am-

basciatore d'Italia, Maurizio Bucci, mi disse commosso "Caro professore, mi congratulo davvero, lei è stato protagonista di una scoperta eccezionale: ne ho avuto conferma piena perché l'Ambasciatore di Francia a Damasco è venuto a farmi visita e mi ha detto: 'Felicitazioni vivissime, l'Italia ha fatto una scoperta che resterà nella storia'", poi il nostro ambasciatore aggiunse: "Sa professore, quando un Ambasciatore di Francia si esprime così con un Ambasciatore d'Italia per una materia di cultura, la scoperta deve essere davvero sensaziona-

le!". L'archeologia è cambiata fortemente: dalla concezione storica si è passati alla moderna concezione globale o integrata dell'archeologia, ma l'archeologia resta sempre – e sempre di più diventa – una grande avventura secondo un itinerario intellettuale su una sorta di crinale tra alterità e identità e qui sta il fascino più attraente dell'archeologia.

Quale è lo stato di salute delle testimonianze monumentali a cielo aperto nel nostro Paese?

È una condizione complessa e a rischio costante, su cui si deve vigilare con im-

pegno e tenacia. Ma l'Italia ha il grande vantaggio di avere una classe di responsabili dei Beni Culturali del più alto livello nelle nostre Soprintendenze: è questo un tesoro che deve essere potenziato e non umiliato, come non di rado accade che facciano i nostri governanti. Il patrimonio culturale dell'Italia non solo, come tutti sanno, è uno dei più cospicui al mondo, ma soprattutto è straordinariamente diffuso sul territorio e questo implica responsabilità delicate e particolari, ed esige ben altra e più forte attenzione di quella usualmente rivolta al nostro patrimonio dai nostri governi.

Quali sorprese ci può ancora riservare l'archeologia?

L'archeologia, così intensamente sviluppata in alcune parti del mondo, come nel bacino del Mediterraneo e in certe regioni dell'America centrale, lo è stata poco in amplissime regioni del pianeta, che hanno tutt'oggi una densità di esplorazione irrilevante rispetto all'estensione e alla ricchezza del territorio. Il caso più plateale è senz'altro la Cina: il futuro dell'archeologia del paese sarà costellato da scoperte straordinarie nei prossimi decenni.

Quando l'archeologia finirà di stupirci?

Mai l'archeologia finirà di stupirci, perché il Passato è uno scrigno di inarrivabile ricchezza per arricchire di valori perduti il nostro Presente sempre più arido e il nostro Futuro sempre più incerto. •

Ebla, restauri del Palazzo reale G



Ebla, il Tempio HH



Libri ricevuti

di G. F. Barbalace



I popoli della lingua d'òc

Il libro di Pier Domenico Brizio descrive gli aspetti culturali, storici, geografici, economici, sociali, folkloristici e addirittura gastronomici dell'Occitania, la regione che, accomunata da un linguaggio assolutamente originale, la lingua d'òc, è sede della minoranza linguistica

territorialmente più ampia d'Europa.

L'indagine si sviluppa ripartendo l'antica occitania nelle dieci diversificazioni territoriali occitanofone riconoscibili e accentuatesi in seguito alle cause che hanno bloccato il processo di unificazione, a livello politico, di un popolo, la cui cultura è stata alla base della letteratura europea. Queste zone sono: la Linguadoca, la Guascogna, l'Aquitania-Guienna, il Limosino, l'Alvernia, il Delfinato, la Provenza, le Valli Alpine Italiane, l'enclave spagnole della Valle d'Aran e quella di Guardia Piemontese in Calabria.

L'opera fa propri, infine, i tentativi che, nella nostra epoca, hanno riproposto l'ideale occitanico.

Pier Domenico Brizio

"I popoli della lingua d'òc"

Edizioni del Delfino Moro, Albenga (SV) - pp. 571, € 35,00



Come guarire dalla bulimia

Questo manuale di Peter J. Cooper è rivolto alle persone che soffrono di bulimia nervosa, a chi sta loro vicino e a chi si prende cura di questo disturbo. Presenta un metodo semplice e praticabile anche da chi voglia risolvere il problema da solo, almeno inizialmente. L'autore consiglia,

però, per mettere in pratica più efficacemente le tecniche proposte, di discuterle in gruppo e possibilmente con la guida di un terapeuta. Infatti il metodo può essere assunto anche come fase preliminare di interventi successivi più mirati o come completamento di altre terapie. Ispirandosi al modello cognitivo-comportamentale, l'autore suggerisce una serie di pratiche progressive dirette a ottenere quei cambiamenti graduali che in letteratura sono giudicati apportatori di successo.

Peter J. Cooper

"Come guarire dalla bulimia"

Armando Editore, Roma - pp. 159, euro 15,00

VegPyramid La dieta vegetariana degli italiani

Con una introduzione di Umberto Veronesi, il manuale di Luciana Baroni vuole diffondere le conoscenze medico-scientifiche a sostegno della validità nutrizionale della scelta vegetariana e delle diete a base vegetale. Vengono qui presentati i principi base di questa alimentazione e la classificazione degli alimenti vegetali: cereali, legumi e frutta secca, verdure, frutta e grassi. La prima parte del libro fa conoscere le caratteristiche nutrizionali degli alimenti e gli effetti che l'alimentazione vegetariana ha nelle malattie più comuni. Nella seconda parte sono descritti i diversi cibi e gruppi alimentari, nonché le regole per giungere ad una dieta correttamente bilanciata. Otto programmi settimanali presentano altrettanti menù esemplificativi per diete da 1600 a 300 calorie giornaliere.

Luciana Baroni

"VegPyramid - La dieta vegetariana degli italiani"

Edizioni Sonda, Casale Monferrato (AL) - pp. 191, euro 18,00



Il sigillo del Palladio

Il romanzo di Corrado Buscemi è una storia di ambientazione europea e dall'andamento tipico del romanzo poliziesco, ma le tracce da seguire non sono solamente quelle per scoprire un favoloso tesoro e arrivare alla soluzione di alcuni omicidi avvenuti a Vicenza, Bruxelles e Napoli. L'indagine poliziesca deve infatti far luce su alcuni fatti del passato. Così in una sorta di viaggio a ritroso nel tempo, si scava nella vita del Palladio, del quale nel 2008 si è celebrato il quinto centenario della nascita. Si inserisce poi nel racconto la storia dei beghinaggi fiamminghi e le misteriose vicende dei Cavalieri Templari. L'indagine porterà infine alla scoperta di testi celati nei sotterranei del Tempio di Gerusalemme che, se divulgati, metterebbero in crisi la Chiesa cattolica e la figura di Gesù.



Corrado Buscemi

"Il sigillo del Palladio"

Cierre Grafica, Verona - pp. 189, euro 12,50



Si rideva così

Giovanni Ruffini raccoglie in questo libro un'ampia scelta di barzellette, vignette, storielle e poesie che costituiscono il meglio della comicità apparsa nelle numerose riviste satiriche che si sono avvicendate in Italia dal periodo precedente alla Grande Guerra fino al secondo dopoguerra. Sono passate in rassegna – e ne viene fatta una presentazione storica e critica – le testate considerate emblematiche della comicità nostrana quali *Il Travaso*, *Il Merlo Giallo*, *Il Becco Giallo*, *L'Uomo Qualunque*, *La Donna Qualunque*, *Marc'Aurelio* e diverse altre, che puntavano i loro dardi sulle questioni e sui personaggi nazionali, fino ad arrivare a quel *Calandrino* che allargò i confini della satira alla comicità mondiale. Da questa rassegna si evince come oggetto della satira siano sempre stati i politici, i loro programmi, la vita di coppia e la sessualità.

Giovanni Ruffini
"Si rideva così"

Editografica, Rastignano (BO) - pp. 185, euro 12,00

I colori della medicina

Ventiquattro capolavori della pittura occidentale, che vanno dagli affreschi della tomba del tuffatore di Paestum, al dipinto giovanile di Picasso intitolato "Scienza e carità" sono presentati da Giuseppe Lauriello per metterle in risalto non solo il valore artistico, ma anche i contenuti sanitari che possono interessare il medico, in quanto clinico, e offrire al cultore dell'arte alcuni aspetti interpretativi generalmente trascurati dai critici. I commenti di questi ventiquattro dipinti inquadrano, con approfondita competenza artistica, le opere presentate nella loro epoca e tracciano una breve, originale storia della medicina che, per la competenza critica e l'elegante veste tipografica dell'opera ben figurerà nella biblioteca del medico colto e del bibliofilo raffinato.

Giuseppe Lauriello
"I colori della medicina"

Edizioni Noitrè, Battipaglia (SA) - pp. 117, euro 15,00



In breve

Nadia Verdile

UN ANNO DI LETTERE CONIUGALI

Centotrentasette lettere inedite scritte da Ferdinando IV di Borbone alla consorte Maria Carolina d'Austria apportano nuova luce sul rapporto della coppia regale e sulla figura di Ferdinando, cui fu dato l'indelebile appellativo di "Re lazzarone". Esse rivelano concordanza di affetto coniugale, intesa politica e il carattere disinibito del sovrano.

Spring Edizioni, Caserta - pp. 175, euro 15,00

Giovanna Pastore

GLI EVENTI INATTESI

La favolistica si adatta alla trasmissione dei sogni e questa favola, in cui agiscono tanti animali di racconti famosi e il Piccolo Principe che, assieme agli uccelli migratori, arrivano nel delta del Po, vuole trasmettere il sogno che gli uomini di domani sapranno costruire un mondo di tolleranza e convivenza armoniosa.

L'Autore Libri, Firenze - pp. 67, euro 6,80

Lia Iacononelli

LE FIABE PER...

CRESCERE BENE CON SE STESSI E GLI ALTRI

Un manuale scritto principalmente per chi ha a che fare con i bambini. Le favole del volumetto sono delle linee guida per indirizzare i piccini a sviluppare una comunicazione che non sia né aggressiva, né passiva, ad esprimere le proprie emozioni e a favorire in loro l'affermarsi di una personalità assertiva.

Franco Angeli, Milano - pp. 100, euro 14,00

Franco Casadei

SE NON SI MUORE

Sillogi di poesie i cui lirici accenti, espressi con un verseggiare breve ed essenziale, esprimono le emozioni provate dal poeta nelle situazioni più varie: da quelle suscitate dai colori di una pittura famosa a quelle più profonde delle problematiche esistenziali in uno sfondo di soffusa religiosità e di vicinanza con la natura.

Ibiskos Editrice, Empoli (FI) - pp. 62, euro 8,00

Michele Sardone

FAVOLA DI UNA LEONESSA CHE NON SAPEVA RUGGIRE

È il resoconto del campionato della squadra di calcio Leonessa Altamura che, nel 2007-2008 nell'Eccellenza-Puglia, perse tutte le partite, incassando ben 299 reti e facendone solamente otto. Il libro riporta foto, aneddoti, pettegolezzi, cronache giornalistiche, apparizioni televisive che dimostrano come, a volte, anche una situazione negativa possa portare alla notorietà e al successo.

info@agpecoraro.com - pp. 120, euro 5,00



Trattamento delle emergenze e primo soccorso

Non è certamente possibile “scegliersi” le singole emergenze da trattare, o avere la specifica competenza per gestirle tutte in modo ottimale. Per di più, molte modalità di intervento subiscono aggiornamenti non sempre recepibili in modo tempestivo. Quanto mai opportuna arriva perciò la pubblicazione di questo *vademecum*, che dà a ogni operatore sanitario la possibilità di mettere in atto le misure più adeguate ed efficaci relative al singolo caso trattando di tutte le possibili emergenze, privilegiando quelle più comuni come le ustioni, i traumatismi, le intossicazioni, gli avvelenamenti, le urgenze cardiovascolari. Scritto in termini comprensibili anche ai “non addetti ai lavori” che potrebbero trovarsi alle prese con un'emergenza, il libro ribadisce però sia la necessità di non prendere mai iniziative che potrebbero compromettere il successo del successivo trattamento, sia di richiedere sempre l'immediato intervento del medico.

Philip Jevon

“Trattamento delle emergenze e primo soccorso”

Antonio Delfino Editore, Roma - pp. 375, euro 22,00



Medicine naturali e chemioterapia

La sopravvivenza per le malattie neoplastiche è oggi del 50% e il successo dipende dalle terapie efficaci ma allo stesso tempo gravate da pesanti effetti collaterali. A causa della tossicità della chemioterapia è indispensabile attuare un regime alimentare e terapie naturali che potenzino le capacità depurative dell'organismo, sostengano la respirazione cellulare e ristabiliscano un corretto equilibrio immunitario, metabolico e ormonale. È quello che insegnano gli autori di questo libro che analizzano indicazioni ed effetti collaterali dei principali farmaci; consigliano i regimi alimentari e i rimedi naturali più efficaci per migliorare la qualità di vita dei pazienti; indicano l'aiuto psicologico che può derivare dal counseling.

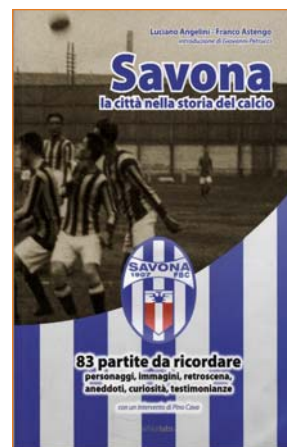
Giuseppe Fariselli, Paola Brunelli

“Medicine naturali e chemioterapia”

Red edizioni, Milano - pp. 128, euro 14,50

Savona. La città nella storia del calcio

Per celebrare i primi cento anni del Savona Fbc, Luciano Angelini e Franco Astegno ripercorrono la sua storia contestualizzandola nelle vicende politiche, sociali, economiche e culturali del nostro Paese. Parte del volume è riservata alle “83 partite da ricordare”, scelte tra le quasi tremila disputate dal Savona dal giorno della fondazione. Una piccola antologia per celebrare promozioni e retrocessioni, episodi singolari e drammatici, protagonisti e comprimari attraverso i personaggi, le immagini, i retroscena, gli aneddoti, le curiosità e le testimonianze: il racconto di come il calcio e lo sport in generale si siano avvicinati in parallelo o in controtendenza rispetto alla storia italiana del Novecento.



Luciano Angelini, Franco Astegno

“Savona. La città nella storia del calcio”

Delfino&Enrile Editori, Savona, Milano - pp. 180



Solo la donna nasce due volte...

Con attenta analisi e chiara sintesi, Fabio Liguori - ginecologo di grande esperienza e professore di Metodologia clinica alla II Scuola di specializzazione in Clinica Ostetrica e Ginecologia all'università “La Sapienza” - rivisita i prototipi della psiche femminile dall'infanzia ed adolescenza alla pienezza della femminilità, dall'istinto materno all'amore materno, dalla gravidanza alla relazione madre figlio. Delinea così il cammino del vissuto femminile, dal menarca al prorompere della femminilità e al parto, dall'aborto all'infertilità e alla sempre maggiore intellettualizzazione verso interessi sociali e professionali, per chiudere con la suggestiva “sfida” della donna “over 50”.

Fabio Liguori

“Solo la donna nasce due volte...”

Pagine editore, Roma - pp. 160, euro 13,00



Codifica clinica in Riabilitazione

Il testo presenta il duplice pregio di offrire, da un lato, uno strumento operativo pragmatico ed estremamente fruibile per tutti gli operatori che quotidianamente devono confrontarsi, ciascuno per le proprie competenze, con la compilazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

in Riabilitazione e, dall'altro, un lavoro originale, ben organizzato e con un taglio editoriale piacevole, capace di fornire una risposta a numerosi quesiti e di stimolare la riflessione su diverse questioni aperte in tema di organizzazione e gestione dei sistemi di classificazione dell'attività ospedaliera e del flusso informativo in Riabilitazione intensiva.

Enrico Rosati, Francesco Papalia, Stefano Monami
"Codifica clinica in Riabilitazione"
 Società Editrice Universo, Roma – pp. 110



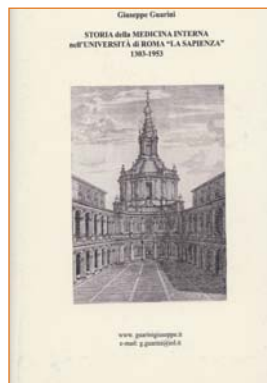
La peste. Passato e presente

Ogni malattia epidemico-contagiosa del passato ha avuto nella peste la misura della propria violenza: vaiolo, colera, tubercolosi, "spagnola". Peste del duemila è stata detta l'Aids.

È la pietra di paragone delle odierne malattie infettive attestate nell'Africa nera o nel-

l'Estremo Oriente e che di tanto in tanto si profilano inquietando. Il libro segue la storia delle tre grandi pandemie che hanno flagellato l'umanità, dalla peste romano-gotica a quella medievale-moderna che fa da cornice al *Decameron* e ai *Promessi Sposi* fino a quella attuale, esordita a fine Ottocento e non ancora estinta. Accanto alla malattia vengono illustrate anche le diverse provvidenze sanitarie messe in campo nei secoli, documentate grazie al Fondo D'Agostino.

Giorgio Cosmacini, Andrea W. D'Agostino
"La peste. Passato e presente"
 Editrice San Raffaele, Milano – pp.204, euro 15,00



Storia della medicina interna nell'Università di Roma "La Sapienza"

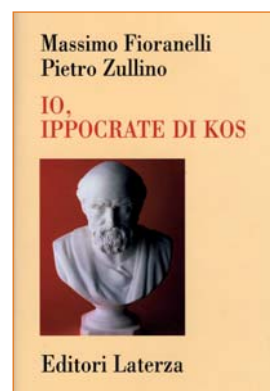
In questo testo Giuseppe Guarini ripercorre la storia della medicina interna nell'università della capitale dal 1303, anno della sua fondazione, al 1953, 650° anniversario della nascita e inizio di profonde trasformazioni delle metodologie didattico-pedagogiche dell'in-

segnamento delle scienze mediche. Seguendo un criterio storico-politico il testo è stato suddiviso in due parti: il periodo pontificio, dal 1303 al 1870 e il periodo italiano, dall'annessione di Roma nel 1870 al 1953. L'indagine, oltre a riportare l'elenco dei docenti con relativa biografia, si è estesa all'organizzazione didattica della medicina interna. Una storia affascinante, ritmata da periodi di splendente primato e di amara decadenza.

Giuseppe Guarini
"Storia della medicina interna nell'Università di Roma 'La Sapienza'"
 Pioda Editore, Roma – pp. 202

Io, Ippocrate di Kos

Non esistono documenti che consentano di ricostruire la vita di Ippocrate, ma del suo tempo e del suo mondo sappiamo quasi tutto. Ed ecco che in queste pagine il "padre della medicina" si fa voce narrante della propria vicenda umana sconvolta dagli orrori della Terza Guerra del Peloponneso: "Ippocrate - come scrive nella presentazione Giorgio Cosmacini - viene a dirci cose che di lui non sapevamo, o perché travisate o perché nascoste per secoli. Ci dice della sua fuga da Kos e del suo arrivo per mare ad Atene. Ci racconta dell'inquisizione subita, dell'esilio al confino e dell'iniquo processo intentato a lui per empietà. Ci parla anche dei suoi vecchi amici e della buona morte, sua e di tutti. Questo Ippocrate è un medico e un uomo che lascia una lezione magistrale a noi posteri".



Massimo Fioranelli - Pietro Zullino
"Io, Ippocrate di Kos"
 Editore Laterza, Roma – pp. 156, euro 19,00

Händel, il compositore più acclamato d'Inghilterra



Appena giunto a Londra, Händel fu incaricato di musicare una nuova opera in italiano per il Queen's Theatre. Il 24 febbraio 1711 andò in scena *Rinaldo che sbaragliò, nell'arco di sette stagioni, tutte le altre opere in cartellone*. Nell'immagine il dipinto di Giambattista Tiepolo, *Rinaldo e Armida in giardino*, 1752

Nato in Germania, Georg Friedrich Händel riuscì a conquistare il popolo d'oltremania tanto da essere considerato il compositore "inglese" per eccellenza. A duecentocinquanta anni dalla morte riscopriamo l'uomo e la sua sterminata produzione musicale

di **Riccardo Cenci**

Dotato di una personalità moderna e cosmopolita, insofferente a qualsiasi forma di imposizione in un'epoca nella quale il mecenatismo era l'unica possibilità di sopravvivenza per un compositore, Georg Friedrich Händel rappresenta un caso unico nella storia della musica; egli, con grande acume, riuscì sovente a guadagnarsi la protezione

dei potenti, dal Marchese Ruspoli a Lord Burlington, fino ai membri della casa reale inglese, senza per questo abdicare alla propria indipendenza. La notorietà dell'immagine pubblica - indicativo è il fatto che, ancora in vita, gli venisse dedicata una statua nei Vauxhall Gardens a Londra - contrasta con la sua estrema riservatezza in ambito privato, riguardo al quale ci si affida alle testimonianze dei contempora-

nei. In questo modo lo descrive ad esempio Charles Burney, grande storiografo della musica e fonte inesauribile di informazioni: "Normalmente l'aspetto di Händel era alquanto greve e acido, ma quando rideva veramente era Sua Serenità il sole che squarcia una nube nera". Il suo carattere energetico e tenace, la sua operosità instancabile, la vitalità inconfondibile della sua musica si ritrovano in questa ed in altre descrizioni,

dalle quali emerge tutto il fascino di una potentissima personalità.

"Händel portava un'enorme parrucca bianca che, quando tutto andava bene [...], aveva un certo movimento, una specie di oscillazione che segnalava il suo compiacimento e la sua soddisfazione. Se non si muoveva niente, gli osservatori attenti erano sicuri che fosse di cattivo umore", scrive ancora Burney consegnandoci un'immagine spiritosa e significativa al tempo stesso. Le celebrazioni del duecentocinquantesimo dalla morte sono un'occasione per indagare alcuni aspetti dell'uomo e della sua opera, oscurati da decenni di equivoci e fraintendimenti, e per ampliare l'orizzonte di una produzione sterminata che, nonostante l'ondata di riscoperta del barocco iniziata negli anni sessanta, si scontra con la tendenza dei teatri e delle istituzioni concertistiche a valorizzare un numero esiguo di lavori, il *Messiah* in particolare, trascurando tutto il resto.

Nato ad Halle in un ambiente provinciale e per nulla aperto al mondo esterno, caratterizzato da una mentalità borghese e conservatrice, il tedesco Händel si radica talmente a fondo nella sua

**Riuscì a guadagnarsi
la protezione
dei potenti
senza abdicare
alla propria
indipendenza**

I suoi lavori superano le convenzioni del barocco adottando un punto di vista moderno

nuova patria da divenire il compositore inglese per eccellenza, caso unico di un immigrato assunto agli onori più alti nel proprio paese d'adozione. La ricostruzione del suo apprendistato transita inevitabilmente per l'Italia, allora meta obbligata per chiunque volesse intraprendere una carriera artistica. Assume tratti leggendari l'incontro, avvenuto durante il soggiorno presso il Cardinale Ottoboni, fra lo stesso Händel e Domenico Scarlatti, all'epoca due fra i maggiori virtuosi della tastiera. Secondo la testimonianza di Mainwaring, primo biografo del compositore, la disfida si concluse con esiti incerti nell'ambito clavicembalistico, mentre la prevalenza del "sassone" all'organo era fuori discussione. Il cosmopolitismo di Händel si manifesta prepotente nell'esperienza italiana; egli rinuncia a qualsiasi atteggiamento passivo e contemplativo per immergersi fino in fondo in questo mondo nuovo, assorbendone gli stimoli e le suggestioni, assimilandone lo stile e la profonda emotività. La vocazione teatrale händeliana trova il suo coronamento nel soggiorno a Venezia, città ricchissima in campo musicale, dove la sua opera *Agrip-*

pina ottiene un successo memorabile. Le motivazioni che inducono Händel a lasciare l'Italia per trovare la sua patria in Inghilterra sono probabilmente sia personali che artistiche: personali perché il suo temperamento riservato era perfettamente a proprio agio nelle terre d'oltremania, artistiche poiché l'Inghilterra rappresentava un terreno in parte ancora vergine, nel quale maggiori erano le possibilità di affermazione. La storia dei primi anni trascorsi a Londra è la storia stessa dell'opera barocca, con le sue scenografie opulente ed i suoi spettacolari macchinismi, con la sua vocalità astratta e virtuosistica. Ai successi si alternano i tracolli finanziari, causati dall'inesausta competizione generata sull'ingaggio dei più noti cantanti dell'epoca dei quali Carlo Broschi, in arte Farinelli, è certo il più famoso. La peculiarità di Händel,

quella caratteristica che lo rende così attuale, consiste proprio nell'aver costantemente tenuto d'occhio la struttura drammaturgica, al di là di qualsiasi eccessiva concessione al virtuosismo dei cantanti. La sua musica sgorga con una freschezza senza pari, i suoi personaggi sgretolano l'immobilità classica per esprimere tutta la propria umanità. Händel riesce nella temeraria impresa di interrompere il letargo sopore nel quale era avvolta la musica inglese, dapprima esportando l'opera italiana nelle terre d'oltremania, e successivamente dando vita ad una produzione profondamente radicata nel suo ambiente di adozione, capace di proseguire il discorso interrotto con la tradizione autoctona. Da questo punto di vista egli raccoglie l'eredità di Purcell, trasformandola alla luce del proprio inesauribile talento. Händel sarebbe

rimasto un musicista straniero in terra straniera, se non fosse stato in grado di assimilarne gli usi ed i costumi, le peculiarità di una psicologia diversa da quella tedesca. Se il tentativo di fondare un'opera nazionale era destinato a scontrarsi con le resistenze di un ambiente legato indissolubilmente alla tradizione del teatro di prosa, ostile al dramma interamente cantato, il merito di Händel consiste nell'aver plasmato dal nulla l'oratorio inglese, trovando un compromesso capace di preservare il proprio talento drammatico (coltivando nel contempo i generi dell'opera pastorale e dell'anthem celebrativo), una sfida di certo non agevole, considerando che l'affermazione dell'oratorio passa per il superamento delle resistenze opposte dal conservatorismo religioso, insofferente all'idea della dissacrazione dei personaggi biblici, ostacolo comunque superato brillantemente. Grazie al proprio genio egli crea una serie straordinaria di lavori, caratterizzati da un'intensità emotiva profondissima, capaci di superare le convenzioni del barocco adottando un punto di vista veramente moderno. Quando Händel muore, il 14 aprile 1759, è ormai il compositore "inglese" più acclamato di tutti i tempi; la sepoltura nell'abbazia di Westminster risponde non solo alla volontà espressa in vita dal compositore, ma testimonia la sua totale simbiosi con il pubblico e con la società britannica. •



Georg Friedrich Händel

Storia dell'arte... in corsia

Le origini dell'Arcispedale di Santa Maria Nuova risalgono al 1288. Costruito grazie a Folco di Ricovero Portinari, il padre della Beatrice di Dante, divenne una delle strutture più ricche e importanti di Firenze sia economicamente sia artisticamente. Le sue mura racchiudono, infatti, tesori di inestimabile valore

*Ospedale di Santa Maria Nuova
Lunetta di Giovanni della Robbia*



di Marco Vestri

La seconda puntata della nostra indagine sugli ospedali più antichi d'Italia, questa volta, fa tappa in un'altra meravigliosa città: dopo Roma, Firenze. L'Arcispedale di Santa Maria Nuova è, infatti, l'Ospedale più antico e ancora in attività del Capoluogo toscano. Le sue origini risalgono, addirittura, al 1288, per opera di Folco di Ricovero Portinari, padre della famosa Beatrice, donna amata, "adorata" e "cantata" dal sommo poeta Dante. Chi suggerì a Folco di cimentarsi in questa particolare impresa fu, invece, Monna Tessa, la governan-

te di famiglia, le cui spoglie riposano proprio nell'ex chiostro delle Ossa dell'Ospedale. Monna Tessa fu anche la fondatrice della Congregazione di Pie Donne, le Oblate di Santa Maria Nuova, ovvero le prime "infermiere dell'Arcispedale" che si occupavano solo delle ricoverate; l'incarico di provvedere agli uomini ricadeva, invece, sui conversi. Col passare del tempo l'Ospedale diventò una delle strutture più ricche e importanti di Firenze, sia dal punto di vista economico (grazie alle innumerevoli e copiose donazioni private) che da quello artistico (grazie alle numerose opere create al suo interno dai

migliori artisti fiorentini del tempo).

La struttura originaria destinava alla cura degli infermi due grandi aree: una riservata agli uomini, l'altra alle donne. Era prevista un'accoglienza di circa 200/250 persone.

Un ruolo veramente rilevante l'Ospedale lo ebbe durante la peste del 1348 dove, pare, rivestisse anche compiti di Banca di Cambio e Ufficio postale. Fra i "clienti", si dice, vi fosse anche Michelangelo.

Il massimo dello splendore economico l'Ospedale di Santa Maria Nuova lo raggiunse nel XV secolo. Nel 1419 fu visitato, infatti, da Papa Martino V. L'artista-

artigiano Bicci di Lorenzo, un anno dopo, in previsione di un ampliamento dell'edificio, vi costruì il Chiostro delle Medicherie in cui, sono conservate stupende terracotte di Michelozzo e Giovanni della Robbia.

Le corsie furono, in un primo momento, decorate ed affrescate da Niccolò di Pietro Gerini. Nel Cinquecento, invece, vi "misero mano" artisti quali il Gianbologna, Alessandro Allori, Bernardo Buontalenti. Quest'ultimo si preoccupò, inoltre, di progettare il porticato ancora attualmente visibile all'ingresso principale; porticato, di fatto, realizzato da Giulio Parigi e completato solo nel 1960.

Santa Maria Nuova rappresenta, quindi, una pietra miliare nella storia culturale ed artistica della città di Firenze. Oltre al suo enorme valore di istituzione assistenziale destinata da secoli alla cura degli infermi, l'Ospedale fiorentino rappresenta, da sempre, un punto fermo nella storia dell'arte italiana. Le sue mura racchiudono, infatti, tesori artistici di inestimabile valore.

Recenti interventi di ristrutturazione e di modernizzazione, sia architettonica che logistica, hanno reso l'Ospedale fiorentino ancora più funzionale e capace di rispondere alle più disparate esigenze degli utenti. Da un punto di vista professionale l'Ospedale, al giorno d'oggi, può quindi vantare reparti di degenza all'avanguardia e può contare sul supporto di una classe medica competente e altamente specializzata. •

ed esposizioni in Italia

a cura di Anna Leyda Cavalli

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

CANOVA. L'IDEALE CLASSICO TRA SCULTURA E PITTURA

FORLÌ
fino al 21 giugno 2009
La rassegna ripercorre l'intera carriera del grande scultore neoclassico ponendo a confronto le sue opere con quelle di artisti a lui contemporanei oltre che con i modelli antichi a cui si è ispirato.

*Complesso monumentale
di San Domenico*
telefono: 0543 712659

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 Ro-
verella*

telefono: 0425 460093
www.palazzoroverella.com

L'ETÀ D'ORO DEL GIOCATTOLO

DOZZA (BO)
fino al 7 giugno 2009
Ampia esposizione dedicata ai giocattoli di legno, di latta meccanici, ai soldatini, alle bambole e alle case delle bam-

bole, ai burattini prodotti in Europa e in America tra il 1850 ed il 1950.

Rocca Sforzesca
telefono: 0542 678240
www.fondazioneDOZZA.it

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

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

ROMA – fino al 24 maggio 2009
Oltre un centinaio di manifesti pubblicitari realizzati tra il 1920 e il 1940 e le immagini di alcuni tra i maggio-

ri illustratori italiani come Leonetto Cappiello, Marcello Dudovich e Gino Boccasile.

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

DISEGNI NEOCLASSICI E ROMANTICI DALLA COLLEZIONE DI RICCARDO LAMPUGNANI

MILANO – fino al 18 ottobre 2009
Una selezione di quaranta disegni eseguiti tra la fine del Settecento e i primi decenni dell'Ottocento, tra cui quelli firmati da Andrea Appiani, Luigi Sabatelli e Francesco Hayez.

Museo Poldi Pezzoli
telefono: 02 794889 - 02 796334
www.museopoldipezzoli.it

BEATO ANGELICO. L'ALBA DEL RINASCIMENTO

ROMA – fino al 5 luglio 2009
È la più grande mostra mai dedicata in Italia al Beato Angelico e documenta tutte le fasi della produzione dell'artista.

Musei Capitolini
telefono: 06 39967800
www.museicapitolini.org

FUTURISMO100: ILLUMINAZIONI. AVANGUARDIE A CONFRONTO. ITALIA, GERMANIA, RUSSIA

ROVERETO (TN)
fino al 7 giugno 2009
In occasione del centenario, questa mostra analizza il complesso sviluppo di questa avanguardia italiana nel contesto storico del primo Novecento.

MART
telefono: 046 4438887
800 397760
www.mart.trento.it



Beato Angelico, "Annunciazione", Museo della Basilica di Santa Maria delle Grazie a San Giovanni Valdarno



UNA SERIE DI QUESITI PREVIDENZIALI

Caro Presidente,
mi sono laureata ed iscritta all'Ordine nel 1982. Sono dipendente Asl dal 1988. A marzo del 2009 ho raggiun-

to con il riscatto degli anni di laurea e di specializzazione i trenta anni di contribuzione come dipendente. Vorrei conoscere: la data in cui potrò andare in pensione; se è possibile la ricongiunzione di tutti i contributi o all'Enpam o all'Inpdap e se è conveniente la totalizzazione; a quanto ammonterebbe la pensione con la totalizzazione all'Enpam se andassi in pensione con i requisiti minimi e a quanto ammonterebbe se decidessi volontariamente di lasciare il servizio come dipendente nel 2009 con trenta anni di servizio; se smettessi di lavorare nel 2009, avrei diritto al trattamento di fine servizio o liquidazione, ed a quanto ammonterebbe; a quanto ammonterebbe il trattamento di fine servizio o liquidazione se andassi in pensione con i requisiti minimi; se è possibile capitalizzare il quindici per cento della pensione maturata e a quanto ammonterebbe.

Nel ringraziare sentitamente porgo cordiali saluti.

(Lettera firmata)

Cara Collega,
preliminarmente devo precisarti che i quesiti pensionistici rappresentati nella tua nota, concernenti la tua attività di medico dipendente, dovranno essere posti presso la sede Inpdap di competenza, dove confluiscono i relativi contributi previdenziali.

Per quanto riguarda, invece, la tua posizione presso l'Enpam, ti informo che il Fondo di Previdenza Generale "Quota A", al quale risulti iscritta, eroga esclusivamente pensioni di vecchiaia; pertanto, per poter percepire un trattamento pensionistico dovrai attendere il compimento del 65° anno di età.

In particolare, la contribuzione minima obbligatoria da te versata presso tale gestione ti darà diritto a percepi-

re una pensione annua lorda pari a circa euro 3.800,00. Ti informo, inoltre, che il Regolamento di Previdenza relativo a tale Fondo non prevede la conversione in capitale di una quota della pensione maturata; tale facoltà è infatti prevista esclusivamente presso i Fondi Speciali.

Ti ricordo, inoltre, che presso il Fondo dei Medici di Medicina Generale risultano versati contributi previdenziali in tuo favore, per un importo complessivo pari ad euro 501,15. Tali contributi potranno essere oggetto di ricongiunzione presso l'Inpdap, a seguito di apposita domanda da presentare presso tale Istituto.

Qualora, invece, non reputassi conveniente il trasferimento, al compimento del 65° anno di età avrai diritto alla restituzione dei contributi versati, non avendo maturato quindici anni di anzianità contributiva, necessari per il diritto a pensione in caso di cessazione prima dell'età pensionabile.

Con riferimento, invece, alla totalizzazione, ti faccio presente che nel tuo caso non sussistono i requisiti necessari per attivarla. Presso il Fondo dei Medi-

ci di Medicina Generale, infatti, hai maturato poco meno di due anni di anzianità contributiva, mentre la normativa vigente in materia richiede che i periodi contributivi da cumulare siano di durata non inferiore a tre anni.

Con viva cordialità.

Eolo Parodi



POSSO INOLTARE LA RICHIESTA DI RISCATTO DI LAUREA?

Illustre Presidente,
laureato nel '97, vorrei sapere se posseggo i requisiti necessari per poter inoltrare la domanda di riscatto degli anni di laurea.

Nel ringraziare ti saluto affettuosamente.

(Lettera firmata)

Caro Collega,
i Regolamenti di Previdenza dell'Ente prevedono, tra i vari requisiti, che il riscatto possa essere effettuato dall'iscritto che alla data di presentazione della domanda abbia maturato un'anzianità contributiva pari al-

meno a 10 anni. Considerato che tu risulti iscritto presso il Fondo dei Medici di Medicina Generale dal giugno 2001, tale requisito contributivo verrà da te raggiunto nel giugno del 2011.

A tale data, pertanto, potrai presentare apposita domanda all'Enpam in seguito alla quale gli uffici provvederanno ad inviarti una proposta con l'indicazione dell'onere a tuo carico e del conseguente incremento di pensione cui beneficerai. La richiesta non è in alcun modo vincolante quindi, qualora non la reputassi conveniente, non sarai tenuto ad aderirvi.

Ti ricordo, inoltre, che i contributi per il riscatto sono interamente deducibili dall'imponibile Irpef, ai sensi del Decreto Legislativo 18 febbraio 2000 n. 47.

Ti saluto cordialmente.

E. P.



QUANDO POTRO' ANDARE IN PENSIONE?

Carissimo Presidente, le specifico la mia carriera: laurea nel 1980; specializzazione nel 1984; dal febbraio del 1981 al maggio 1983 e dall'aprile 1999 al gennaio 2000 ho prestato servizio come assistente medico presso una Casa di Cura privata (contributi in corso di ricongiunzione da Inps a Inpdap); dal maggio del 1983 al giugno 1985 ho prestato servizio come Assistente in reparto di Medicina in una Asl; dall'ottobre 1985 al novembre 1998

ho prestato attività come specialista ambulatoriale (Sumai); dal 15 febbraio del 2000 sono dipendente come dirigente medico di I livello; nel 2006 ho chiesto all'Inpdap la ricongiunzione dei contributi versati all'Enpam (sono in attesa di una risposta).

Le mie domande sono: potrò andare in pensione a 60 anni di età?

Se non dovessi accettare la ricongiunzione dei contributi Enpam con Inpdap, quando potrò percepire i contributi versati?

Se decidessi di cessare il rapporto di lavoro con l'Azienda ospedaliera prima dei 60 anni, che cosa mi spetta?

Ringrazio per la risposta.

(Lettera firmata)

Cara collega, all'Enpam risulta attiva la tua posizione previdenziale presso la Quota A del Fondo di Previdenza Generale, dove confluiscono i contributi minimi, alla cui corresponsione sei vincolata in conseguenza dell'iscrizione all'albo professionale di categoria. Il trattamento pensionistico erogato, viene riconosciuto esclusivamente dopo il compimento del 65° anno di età, ai sanitari che possano contare su una anzianità contributiva pari ad almeno cinque anni e risultino iscritti al Fondo.

Ciò premesso, i contributi accreditati a tuo nome presso il Fondo specialisti ambulatoriali, pari ad euro 92.442,34, riferiti ad attività professionale non continuativa svolta in convenzione dal mese di novembre 1985 al mese di dicembre 2000, qualora non

ricongiunti ti verrebbero restituiti al compimento del 65° anno di età.

Il regolamento del Fondo stabilisce, infatti, che agli iscritti che al compimento del 65° anno di età non abbiano maturato una anzianità contributiva pari ad almeno 15 anni, spetta la restituzione dei contributi versati, al netto di una quota pari al 12% relativa alla copertura dei rischi di invalidità e premorienza e maggiorati degli interessi composti al tasso annuo del 4,50%.

Per quanto riguarda, infine, i risvolti pensionistici riconducibili all'eventuale cessazione dell'attività ospedaliera prima del compimento del 60° anno di età, le informazioni potranno essere acquisite presso la competente sede dell'Inpdap, dove confluiscono i contributi previdenziali relativi allo svolgimento della suddetta attività.

Un cordiale saluto.

E. P.



DALL'89 HO INIZIATO LA CONTRIBUZIONE

Caro Presidente, mi sono laureato nel 1989, nello stesso anno mi sono abilitato ed iscritto all'Ordine professionale della mia provincia. Quindi dal 1989 ho iniziato la contribuzione Enpam, sia sul Fondo generale A, sia sul Fondo medici di medicina generale. A questo ultimo Fondo ho contribuito fino al 1996, anno in cui sono stato assunto dall'Inail come medico funzionario. Essendo di-

pendente dell'Inail sono soggetto ad altra forma previdenziale obbligatoria.

Vorrei sapere che fine faranno i miei contributi sul Fondo medici di medicina generale. E' possibile averli indietro? Se sì, come devo muovermi per ottenere la restituzione?

Certo di una risposta ti saluto cordialmente.

(Lettera firmata)

Caro collega, in esito alle richieste informazioni, ti rappresento che la contribuzione accreditata a tuo nome presso il Fondo dei medici di Medicina generale, pari ad euro 4.927,26 è versata tra il 1989 ed il 1996, sarà oggetto di restituzione da parte dell'Enpam al compimento del 65° anno di età, in quanto non sufficiente a garantirti l'erogazione di un trattamento previdenziale. In alternativa, volendoti avvalere di detta contribuzione ai fini dell'erogazione di un trattamento pensionistico, il montante potrebbe essere oggetto di ricongiunzione presso l'istituto previdenziale cui sei attualmente iscritto.

Ti saluto cordialmente.

E. P.



POTETE RISPONDERMI ANCHE ATTRAVERSO IL GIORNALE

Caro Presidente, approfitto della cortesia e della chiarezza con le quali rispondi ai più diversi quesiti di natura previdenziale per porre anch'io del-

le domande alle quali potrai dare risposta privatamente oppure attraverso il Giornale della Previdenza, se riterrai le domande di interesse generale.

Iscritto all'Ordine nel 1988, ho accesso presso l'Enpam le seguenti posizioni contributive: Fondo generale Quota A; Fondo Medici di Medicina Generale (essendo titolare di incarico a tempo indeterminato per l'Emergenza Sanitaria Territoriale); Fondo generale Libera professione Quota B.

I quesiti che pongo sono i seguenti:

a quanto ammonterebbe attualmente il trattamento pensionistico in caso di invalidità totale e permanente?

A quanto ammonterebbe la pensione di reversibilità in caso di premorienza (ho tre figli minori e la moglie, non percettrice di alcun reddito, a carico)?

A che età potrò andare in pensione?

A quanto ammonterebbe la mia pensione, in costanza di versamenti, all'età di 65 anni? E all'età di 67? E a 70?

Ho versato 40 mesi (non consecutivi) di contributi Inpdap per precedenti rapporti di dipendenza: è possibile ricongiungerli? Quando farlo? Come farlo? E' a titolo oneroso?

Tali quesiti non ti appaiono prematuri visti gli anni che ancora mi dividono dalla pensione, ma le risposte che mi darai potranno orientarmi ora circa la possibilità di integrare il monte versato con le varie opportunità che ci vengono concesse attraverso gli istituti del riscatto, riallineamento contributivo, pensio-

ne integrativa del Fondo sanità o di altri istituti.

Ringraziandoti anticipatamente per i chiarimenti che vorrai darmi, ti saluto cordialmente e ti faccio gli auguri e i complimenti per il Giornale che dirigi e che leggo sempre con piacere e grande attenzione.

(Lettera firmata)

Caro Collega,
i Regolamenti dei Fondi di Previdenza dell'Enpam prevedono il diritto alla pensione di invalidità per l'iscritto che, in costanza di contribuzione, a causa di infortunio o malattia prima del compimento del 65° anno di età, divenga inabile in modo assoluto e permanente all'esercizio dell'attività professionale. Per godere di tale pensione, è necessario presentare apposita domanda all'Ente, per il tramite dell'Ordine dei Medici di appartenenza, corredata della documentazione indicata in calce al modulo stesso. Il suddetto Ordine provvederà a sottoporli agli opportuni accertamenti per il riconoscimento del diritto alla pensione di invalidità, eseguiti da una apposita Commissione costituita presso ciascun Ordine. La prestazione ti verrà, quindi, erogata dopo che l'Ordine avrà comunicato all'Enpam il proprio parere positivo.

Ipotizzando l'erogazione del trattamento pensionistico di invalidità a partire dal prossimo mese di aprile, l'importo cui avresti diritto sulla base della contribuzione ad oggi accreditata presso il Fondo dei Medici di Medicina Generale, sarebbe pari a circa

euro 12.200,00 annui lordi. Tuttavia, considerato che a norma dei Regolamenti di Previdenza dell'Ente ai titolari di tali trattamenti viene garantito un importo pensionistico complessivo annuo minimo, pari per l'anno 2008 ad euro 13.339,51, la pensione in parola verrebbe integrata fino a tale limite. Continuando, invece, a contribuire fino al compimento del 65° anno di età, potrai godere della pensione ordinaria di vecchiaia, per un importo annuo lordo pari a circa euro 21.600,00 lordi. In tal caso potresti anche optare per il trattamento misto, convertendo in indennità di capitale una quota pari, nel massimo, al 15% della pensione maturata, come previsto dalla normativa vigente. La pensione quindi sarebbe pari a circa euro 18.400,00 annui lordi e l'indennità a circa euro 39.300,00 lordi.

Come da te richiesto ti indico anche gli importi cui avresti diritto, in costanza di contribuzione, al compimento del 67° e del 70° anno di età. Nella prima ipotesi, la pensione sarebbe pari a circa euro 24.300,00 annui lordi; mentre con il trattamento misto la stessa ammonterebbe a circa euro 20.600,00 a fronte di un'indennità di circa euro 41.200,00. Al 70° anno di età, invece, il trattamento pensionistico sarebbe di circa euro 28.300,00 annui lordi e, optando per l'indennità in capitale, quest'ultima sarebbe di circa euro 42.800,00 e la rendita pensionistica di circa euro 24.000,00.

Devo, comunque, preci-

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

Con riferimento alla pensione di reversibilità, ti faccio presente che ai superstiti dell'iscritto deceduto dopo il conseguimento della trattamento previdenziale, spetta un'aliquota della pensione in godimento all'atto del decesso. In presenza del solo coniuge superstite, tale aliquota è pari al 70%; mentre, quando il coniuge concorre con i figli aventi diritto, la percentuale è ridotta al 60%. L'aliquota spettante ai figli, invece, è pari al 20% in caso di un solo figlio ed al 40% in caso di due o più figli.

Le stesse percentuali spettano ai superstiti in caso di decesso dell'iscritto ancora in attività. In tal caso, agli aventi diritto viene erogata una quota della pensione che sarebbe spettata all'iscritto stesso ove fosse diventato totalmente e permanentemente invalido al momento del decesso.

Per quanto riguarda infine il tuo ultimo quesito, ti rappresento la possibilità di presentare domanda di ricongiunzione all'Enpam dei contributi previdenziali versati presso l'Inpdap per l'attività di dipendente da Te svolta. A seguito della ricezione della suddetta richiesta, gli uffici provvederanno ad inviarti una proposta con l'indicazione dell'onere a tuo carico e dell'incremento di pensione cui avresti diritto. La domanda non è vincolante, quindi qualora non reputassi conveniente l'ope-

razione non sari tenuto ad aderirvi.
Con viva cordialità.

E. P.



IL RISCATTO È DETRAIBILE DALL'IRPEF?

Egregio Presidente,
mi sono laureato nel 1979 ho lavorato per qualche anno con contratti vari, dal 1982 mi sono dedicato esclusivamente all'Odontoiatria - libera professione. Verso regolarmente i contributi Enpam, Quota A e B. Mi piacerebbe sapere, se possibile, continuando con questi versamenti fino al 2016 anno di compimento dei 65 anni di età quanto potrà essere l'importo della mia pensione.

Vorrei anche sapere se nel mio caso è possibile fare il riscatto degli anni di laurea, quanto dovrei pagare e di quanto mi aumenterebbe l'importo della pensione.

Inoltre vorrei sapere anche se il riscatto è detraibile dall'Irpef e in che forma e cosa dovrei fare per richiederlo.

La ringrazio

(Lettera firmata)

Caro Collega,
al compimento del 65° anno di età ti verrà corrisposto il trattamento pensionistico a carico del Fondo di Previdenza Generale – "Quota A" e "Quota B" (Fondo della Libera professione), al quale risulti attualmente iscritto.

In particolare, la contribuzione minima obbligatoria da te versata alla "Quota A", ti darà diritto a perce-

pire una pensione annua lorda pari a circa euro 3.300,00.

A carico del Fondo della Libera Professione, invece, ti verrà corrisposta una prestazione di circa euro 19.000,00 annui lordi. Tale ultimo importo è stato determinato ipotizzando costante, fino al 65° anno di età, la contribuzione relativa all'attività libero professionale. Se, invece, volessi effettuare il riscatto degli anni di laurea, la pensione ammonterebbe circa euro 23.400,00 annui lordi.

Qualora fossi interessato ad attivare tale istituto, potrai presentare apposita domanda all'Enpam a seguito della quale gli uffici provvederanno ad inviarti una proposta con l'indicazione dell'onere a tuo carico e del conseguente incremento di pensione cui beneficerai. 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 51.500,00, il cui versamento può essere effettuato in un'unica soluzione o in rate semestrali con la maggiorazione degli interessi legali.

Ti ricordo, inoltre, che i contributi per il riscatto sono interamente deducibili dall'imponibile Irpef, ai sensi del Decreto Legislativo 18 febbraio 2000 n. 47.

Devo, infine, precisarti che, a fronte di eventuali modifiche della normativa previdenziale di riferimento, le ipotesi sopra rappresenta-

te potrebbero subire variazioni.

Ti saluto cordialmente.

E. P.



VORREI PROCEDERE AL RISCATTO DEGLI ANNI DI LAUREA

Illustre Presidente,
mi sono laureato nel 1981 e svolgo dall' '82 l'attività di medico della Continuità assistenziale e dal 1985 quella di Medicina generale convenzionata con il SSN, attività che continuo a svolgere. Vorrei procedere al riscatto degli anni di laurea per avere la possibilità di anticipare l'età del pensionamento, pertanto vorrei conoscere l'eventuale importo da versare e con quali modalità.

Vorrei sapere, inoltre, a quale età raggiungerò i requisiti minimi per la pensione nell'ipotesi o meno di un eventuale riscatto degli anni di laurea e l'importo della pensione a quella data nell'una e nell'altra ipotesi.

Grazie e cordiali saluti.

(Lettera firmata)

Caro collega,
sulla posizione previdenziale presso il Fondo dei Medici di Medicina Generale risultano, allo stato, accreditati versamenti contributivi pari ad euro 122.392,82, dal gennaio 1984 al marzo 2008.

In relazione al pensionamento anticipato, ti faccio presente che, per soddisfare il requisito dei 35 anni di versamenti contributivi al

Fondo, dovresti riscattare i 6 anni del corso di laurea; in tal modo, matureresti la prescritta anzianità contributiva a gennaio del 2013. Tuttavia, in ottemperanza alle disposizioni recate dalla Legge 449/97, che prevedono un differimento del godimento della pensione rispetto alla data di raggiungimento dei requisiti (le c.d. "finestre di uscita"), il trattamento ti verrebbe effettivamente erogato dal 1° ottobre dello stesso anno, data nella quale, peraltro, avrai anche maturato il requisito dei 30 anni di anzianità di laurea e quello relativo all'età anagrafica. Una stima effettuata ha determinato l'onere da sostenere per il riscatto in circa euro 42.000,00. Effettuando il versamento in questione, all'atto del collocamento a riposo -nel 2013- avrai diritto a circa euro 1.900,00 lordi di pensione mensile.

Peraltro, come previsto dalla normativa vigente, potresti decidere di convertire in indennità di capitale il 15% della pensione maturata. In tal caso, ti verrebbero accreditati in unica soluzione circa euro 48.000,00 lordi e la prestazione mensile residua ammonterebbe a circa euro 1.600,00 lordi.

Ti faccio presente, infine, che per effetto di eventuali modifiche della normativa di riferimento, le ipotesi rappresentate potrebbero subire variazioni. E' pertanto opportuno che, prima della cessazione dell'attività, tu proceda ad una verifica definitiva della tua posizione presso gli uffici della Fondazione.

Ti saluto cordialmente.

E. P.



di Gian Piero Ventura

Francobolli e libri, due sinonimi di cultura che si uniranno il 20 maggio in una emissione di tre valori da parte della Città del Vaticano. Il primo (€ 0,60) celebra la *Giornata mondiale del libro e del diritto d'autore*: un'occasione per rendere omaggio a questo formidabile strumento d'educazione e confronto, ma anche per riflettere su autori, editoria ed evidenziarne prospettive e problemi. La data simbolo è il 23 aprile (quel lontano giorno del 1616 morivano infatti Cervantes, Shakespeare e Garcilaso de la Vega) ed è stata scelta dalla Conferenza generale dell'Unesco per celebrare il libro e i suoi autori e per incoraggiare tutti, in particolare i più giovani, a scoprire il piacere della lettura ed a rispettare il contributo insostituibile dei creatori allo sviluppo sociale e culturale, cosicché dal 1996 la giornata viene celebrata ogni anno in tutto il mondo. Il secondo francobollo (€ 0,85) omaggia invece il

centenario dell'Pontificio istituto biblico (Pib) che è un'istituzione universitaria della Santa Sede. Fu fondato dal Papa Pio X con la lettera apostolica *Vinea electa* il 7 maggio 1909 perché fosse "un centro di alti studi della sacra Scrittura nella città di Roma per promuovere il più efficacemente possibile la dottrina biblica e tutti gli studi connessi secondo lo spirito della chiesa cattolica". Fin dalla fondazione esso fu affidato alla Compagnia di Gesù. La sede principale del Pontificio istituto biblico è nella capitale, ma ha anche una sede filiale a Gerusalemme, eretta nel 1927. Infine il terzo valore (€ 1,40) riguarda l'Ifla (International Federation of Li-

brary Associations and Institutions) che celebrerà a Milano, dal 23 al 27 agosto 2009, il suo 75° Congresso ed inerente Assemblea generale. Fondata nel 1927 ad Edimburgo in Scozia, conta ad oggi 1700 Membri in 150 Paesi in tutto il mondo ma la sua sede è all'Aia nei Paesi Bassi. Dopo aver parlato di un'emissione filatelica Vaticana che non riguarda prettamente temi religiosi, concludiamo con due uscite ancora più terrene e che riguardano forze di aiuto e supporto della popolazione. San Marino celebra infatti la 38ª Conferenza regionale europea dell'Icpo Interpol, che vedrà la partecipazione dei rappresentanti delle Forze di Polizia

europee e delle Organizzazioni internazionali quali le Nazioni Unite, l'Unione Europea e la Banca centrale europea e si terrà proprio nella piccola Repubblica dal 27 al 29 maggio. Le finalità dell'Interpol sono di prevenire e combattere ogni crimine assicurando "la più ampia e reciproca assistenza fra tutte le Autorità di Polizia dei paesi membri nel rispetto delle legislazioni nazionali e nello spirito delle Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo". Eccoci infine Poste Italiane che ha emesso un francobollo dedicato al 350° anniversario della costituzione del Corpo dei Granatieri di Sardegna, una vera istituzione. •





a cura
dell'avv. Pasquale Dui (*)

La responsabilità delle strutture sanitarie per l'operato dei medici è stata oggetto di ampia elaborazione giurisprudenziale. Se sembrano chiari i confini di tale responsabilità per gli enti pubblici, lo stesso non può dirsi per le strutture private nel cui ambito, di solito, il paziente intrattiene due rapporti contrattuali, uno con il medico e l'altro con la struttura. Vi sono, poi, casi più sfumati dove il paziente si rapporta solo con il medico di fiducia, che individua e contatta la struttura. In questi casi le eventuali responsabilità del medico devono estendersi anche alla struttura privata? La risposta è no, considerando che l'errore del medico prescelto non dovrebbe coinvolgere la clinica privata, qualora questa abbia correttamente effettuato le prestazioni di sua competenza. Le stesse considerazioni dovrebbero valere anche nel caso di scelta della struttura privata da parte del medico di fiducia e della sua attivazione per programmare il ricovero ed eseguire l'intervento.

La responsabilità delle strutture sanitarie

Per i danni causati dal medico è stata configurata una responsabilità solidale ricondotta alla fattispecie di cui all'art. 1228 del codice civile, secondo il quale “salva diversa volontà delle parti, il debitore che si vale dell'opera di terzi risponde anche dei fatti dolosi o colposi di costoro”

A dire il vero la giurisprudenza individua un quadro diverso. La sentenza n. 9556/02 della Cassazione afferma che il rapporto tra casa di cura e paziente consiste nella messa a disposizione di personale medico ausiliario e paramedico e nella messa a disposizione dei medicinali e delle attrezzature necessarie. Secondo la Suprema Corte, nei rischi di impresa della clinica rientrerebbe an-

che quello della distribuzione delle competenze dei vari operatori, inclusi i medici che non fanno parte dell'organizzazione aziendale e pertanto anche quello di eventuali danni conseguenza del loro operato. In seguito, la Cassazione ha affermato che nel ricovero del paziente in una struttura, pubblica o privata, si configura un rapporto contrattuale tra le parti, indipendentemente dall'esisten-

za di specifiche pattuizioni scritte a riguardo.

Ciò premesso, dunque, per i danni causati dal medico è stata configurata una responsabilità solidale della struttura sanitaria e più precisamente questa responsabilità è stata ricondotta alla fattispecie di cui all'art. 1228 del Codice civile, secondo il quale “salva diversa volontà delle parti, il debitore che si vale dell'opera di terzi risponde anche dei fatti dolosi o colposi di costoro”, sul punto si veda Cass. n. 13953/07.

I suddetti principi sono stati fatti propri dalle Sezioni Unite che hanno ritenuto irrilevante il fatto che il paziente si sia rivolto ad una struttura del servizio sanitario nazionale, convenzionata, privata o ad un medico di fiducia che abbia eseguito l'intervento presso quest'ultima, in entrambi i casi è stata configurata la responsabilità contrattuale della struttura interressata (Cass., SS.UU. n. 577/08). •

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



XIV premio AndiGenova 2008

Il Presidente Andi Genova, Gabriele Perosino, il Segretario sindacale Andi Genova, Paolo Mantovani ed il Segretario Andi Genova, Massimo Gaggero, visto il parere della Commissione giudicatrice delegata dal Consiglio direttivo Andi Genova, ha comunicato il vincitore del "XIV premio AndiGenova 2008 – Premio Tullio Zunino per Meriti associativi", che quest'anno è il dottor Matteo Rosso.

Questa la motivazione: "Si conferisce il Premio Tullio Zunino per "Meriti associativi" al dr. Matteo Rosso, socio ed amico dell'Andi Genova e Andi Luguria, per il suo grande e continuo impegno politico a livello regionale nella promozione e difesa della libera professione, che lo ha reso un punto di riferimento certo ed affidabile per l'Associazione e l'intera categoria. Andi Genova lo ringrazia con stima e riconoscenza".

Il premio è stato consegnato lo scorso 3 aprile nel corso di una cerimonia che si è svolta a Genova presso il Castello Bruzzo.

Tullio Zunino che fu tra i più apprezzati consiglieri Enpam viene ancora una volta ricordato dai colleghi.

ORGANI COLLEGIALI

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Prof. Eolo PARODI (Presidente)

Dr. Mario FALCONI (Vice Presidente Vicario)

Dr. Giovanni Pietro MALAGNINO (Vice Presidente)

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

COMITATO ESECUTIVO

Prof. Eolo PARODI (Presidente)

Dr. Mario FALCONI (Vice Presidente Vicario)

Dr. Giovanni Pietro MALAGNINO (Vice Presidente)

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

COLLEGIO SINDACALE

Dr. Ugo Venanzio GASPARI (Presidente)

Dr.ssa Antonella DI MODUGNO (Presidente Supplente)

SINDACI: Dr. Vittorio CERRACCHIO · Dr. Francesco VINCI · Dr. Francesco NOCE · Dr.ssa Caterina PIZZUTELLI · Dr.ssa Anna Maria PAGLIONE
Dr. Bruno DI IORIO · Dr. Giancarlo MARINANGELI · Dr. Marco GIONCADA.

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

IL GIORNALE DELLA PREVIDENZA DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

PERIODICO INFORMATIVO DELLA FONDAZIONE ENPAM

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 Boldregghini: Tel. 06 48294258 - Fax 06 48294260

email: giornale@enpam.it

SEGRETERIA CONGRESSI, CONVEGNI E CORSI

Andrea Meconcelli: Tel. 06 48294513

Fax 06 48294260/793

email: congressi@enpam.it

ARCHIVIO E DOCUMENTAZIONE

Angela Maragno

email: archivio.giornale@enpam.it

Foto: Archivio ENPAM - ablestock.com

**MENSILE - ANNO XI - N. 4
DEL 20/04/2009**

**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

TERREMOTO ABRUZZO – Sospensione dei termini di versamento

Per i soggetti che alla data del 5 aprile 2009 esercitavano la propria attività nei comuni e nei territori colpiti dal sisma, è stata disposta la sospensione del versamento dei contributi previdenziali ed assistenziali fino al 30 novembre 2009.

Quota A, pagamento contributi 2009

Nel mese di aprile Equitalia Esatri S.p.A. di Milano, ha avviato 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 inoltrata ad Equitalia Esatri S.p.A., un'apposita istanza tramite fax al n. 02 6416 6619 nella quale devono essere indicati il nome, il cognome, il codice fiscale, l'indirizzo dell'interessato, il recapito telefonico, e la fotocopia di un documento di identità

Utenti registrati nell'area riservata: da quest'anno, gli utenti registrati nell'area riservata **www.enpam.it**, potranno reperire direttamente un duplicato del bollettino RAV. In questo caso il pagamento potrà essere effettuato esclusivamente presso **gli Istituti di Credito**.

Domiciliazione bancaria - RID con addebito permanente in conto corrente.

Per aderire al servizio è sufficiente:

- compilare il modulo RID riportato sul retro dell'allegata lettera della Fondazione ENPAM ed inviarlo entro e non oltre il **31 maggio 2009** ad Equitalia Esatri S.p.A. servizio Taxtel **via fax al n. 02 6414 1061** attivo 24 ore su 24;
- oppure compilare il modulo elettronico disponibile sul sito **www.taxtel.it** (alla voce adesione RID);
- oppure comunicare i dati richiesti nel modulo RID ad Equitalia Esatri – Ufficio RID al n. 800.178.090
- o da telefono cellulare al n. 02 6416 1703, dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 16.45.

Attenzione!:

- il modulo RID non dovrà essere presentato alla propria banca bensì trasmesso direttamente ad Equitalia Esatri S.p.A.;
- l'iscritto che aderirà al servizio di domiciliazione bancaria non dovrà pagare alcuna rata compresa quella con scadenza il 30.4.2009. I contributi saranno automaticamente addebitati in conto corrente alla scadenza delle rate previste o in unica soluzione. Per il servizio offerto, la commissione richiesta è di euro 2,07 per ogni addebito;
- le eventuali variazioni successive alla trasmissione riguardante il codice IBAN dovranno essere segnalate a Equitalia Esatri S.p.A. - Ufficio RID a mezzo fax al n. **02 6416 6619** oppure alla seguente casella **rid@equitaliaesatri.it**.

Duplicato CUD

Per ricevere il Duplicato del modello CUD all'indirizzo di residenza risultante negli archivi è sufficiente una semplice richiesta telefonica al n. 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 n. 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 E.N.P.A.M. registrati all'area riservata, utilizzando nome utente e password. I pensionati, in possesso della carta E.N.P.A.M. 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 E.N.P.A.M.

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.



**Con il
5 x mille
puoi aiutarci
anche TU**

**Il Tuo contributo servirà a migliorare
le prestazioni assistenziali
ai medici ed odontoiatri italiani,
e verrà inoltre destinato ad una polizza assicurativa
di Long Term Care per tutti gli iscritti dell'ENPAM.**

**Nella prossima dichiarazione dei redditi
basta firmare e scrivere nel riquadro
"Sostegno del volontariato
e delle altre organizzazioni
non lucrative di utilità sociale....."
il codice fiscale della**

**Fondazione ENPAM:
80015110580**

GRAZIE!