

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

CACHOU LAJAUNIE



Il manifesto che propagandava le pastiglie di liquirizia per rendere gradevole l'alito anche dopo il fumo

PARODI
Parlare
di previdenza

3

GIOVANI
Un progetto Enpam
solo per loro

6

PROFESSIONE
Quando il medico
è amministratore o sindaco

15

ASSISTENZA
"Metica"
per i più deboli

28

ASSICURAZIONE

Al via
la polizza sanitaria

12

periodico

DCOER0953 Omologato

Posteitaliane

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.

Visita il sito dell'ENPAM



giornale

www.enpam.it

cerca nel sito

Per i soli iscritti

utente

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



Consulta la tua rivista **ONLINE**

IL GIORNALE DELLA Previdenza

dei Medici e degli Odontoiatri

in questo numero

- 3** Parlare di previdenza
- 4** Per un'autorità garante della salute
- 5** Congresso nazionale della Federspev
- 6** Progetto "Enpam giovani"
- 7** Previdenza e Assistenza
- 8-9** In partenza i modelli D 2009
- 10-11** Quota B, contribuenti e redditi
- 12-14** Polizza sanitaria Enpam
- 15** Medico amministratore o sindaco
- 16-17** Maternità e pensione
- 18-19** L'intervista/1: il Campus Bio-medico
- 20-21** L'intervista/2: parliamo di chirurgia
- 22-23** Aggiornamento su Second Life
- 24** Attualità, le gambe legnose
- 25** Il laser del progetto Sparx
- 26** Si può salvare l'arte medica?
- 27** Novità dal World Wide Web
- 28** "Metica" per i più deboli
- 29** Clownterapia a Pescara
- 30-31** Progetto Health e-Child
- 32-33** Medici illustri, Robert Koch

- 34-36** Congressi, convegni, corsi
- 37** Vita degli Ordini
- 38** Accadde a... Luglio
- 39** In editoria
- 40-41** Giovani, tra solitudine e insicurezza
- 42-43** Il personaggio, Antonio Polito
- 44-45** Informazione tra inganno e conoscenza
- 46** Il San Giacomo degli Incurabili
- 47** Mostre ed esposizioni in Italia
- 48-49** Recensioni libri
- 50-51** Viaggi, le Barbados
- 52-53** Piera Degli Esposti parla di sé
- 54** Cinema, la qualità paga
- 55** Musica, suoni da un altro mondo
- 56-57** Iniziative, il "Campus delle arti"
- 58** Erbe
- 59** Fiori
- 60-61** Lettere al Presidente
- 62** Filatelia
- 63** L'avvocato
- 64** Ricordo del dr. Vittorio Angelini

CACHOU LAJAUNIE



In copertina

La Cachou Lajaunie, cui si riferisce la foto di copertina, era una pastiglia di colore nero "inventata" nel 1880 a Tolosa dal farmacista Léon Lajaunie. La pastiglia aveva tre gusti: liquirizia, menta e vaniglia. Oggi solo il sapore di liquirizia è stato conservato. Dal 1902 al 1987 una notevole campagna pubblicitaria (anche televisiva dal 1985) ha potenziato l'iniziativa commerciale del farmacista. Si pensi che nel solo 1910 furono venduti 400 mila flaconi per arrivare a due milioni nel 1930 e sette milioni nel 1987. Attualmente la cifra supera i dieci milioni. È stata composta anche una canzone. In partenza, il farmacista di Tolosa sperimentò il prodotto con i suoi clienti "particolari" accaniti fumatori: autisti, ciclisti, scaricatori, tutta gente che non aveva grande conto della propria igiene dentale e del proprio alito. Il prodotto di partenza era il "Chachau" in polvere (derivato da una palma originaria delle Indie orientali appartenente al genere Areca, di qui il nome Areca Catechu poi diventato Cachou) al quale vennero aggiunti zucchero, amido, lattosio e gelatina aromatizzata. Oltre a questi elementi altri se ne aggiunsero nel tempo per rendere sempre più gradevole il prodotto come la menta inglese. Ma è stata l'invenzione di "profumare" il fumo di sigaretta, sigaro e pipa con conseguente alito "gradevole" a spalancare le porte del successo al farmacista Lajaunie.

Parlare di previdenza

di Eolo Parodi



Si parla sempre, o quasi sempre, di modelli di sviluppo, di rapporti di lavoro e di produzione, di economia e di stili di vita, di diritti dei consumatori e di normative da far rispettare. Ma di pensioni se ne parla? Molto per la verità per dire che sono insufficienti ad “allietare” la vita di che le percepisce, ma anche per auspicare aumenti rapidi e, soprattutto, consistenti. E così, discussione dopo discussione, si arriva al magico concetto racchiuso nella parola SOLIDARIETÀ. Sul nostro giornale se ne è scritto e se ne scrive con encomiabile regolarità. Una parola che è diventata un argomento che noi tutti ci siamo imposti di sviscerare approfondendo i punti ancora non risolti o perché poco

chiari o perché non ben compresi. Secondo me è indispensabile, attraverso un’intelligente e convinta comunicazione, suscitare una maggiore disponibilità all’ascolto da parte degli iscritti per poter mettere sul tavolo un piano positivo e duraturo con l’Enpam per migliorare gli orientamenti dell’ente.

Un mio precedente articolo era stato così titolato: “Se è possibile, ancora una volta aiutiamoci”; scrissi che stavano aumentando le richieste di aiuto da parte dei medici – medici, signori – e soprattutto di familiari e superstiti che non sono più in condizioni di esistere. Mentre scrivo queste poche righe il mio pensiero va al Consiglio Nazionale che si tiene il 27 giugno. Ancora una volta l’assise cui partecipano i rappresentanti di tutti gli ordini, discuterà con la consueta lucidità i temi sul tappeto. Riferirò ai colleghi sull’andamento della polizza sanitaria e su altri temi che più meritano un’attenta riflessione.

Certo, riferirò ai colleghi sui tanti temi che meritano non solo un’attenta riflessione, ma anche una

opportuna strategia decisionale. Dobbiamo avere la capacità, ogni giorno, di pensare “ora per allora”. Ogni problema deve essere il problema. Il tema più importante è, senza dubbio, quello del Bilancio: sulla positività o meno di queste cifre poggia non solo il nostro futuro, ma anche la no-

stra esistenza. Le porte, come sempre, sono aperte a tutti, giovani e non più giovani, ricordando che ognuno nel suo lavoro quotidiano rappresenta il futuro della professione.

Mi si consenta perciò di ricordare sempre a me ed a voi chi siamo e chi dobbiamo essere. •





di Mario Falconi (*)

Il nostro Ente previdenziale, che ha quale missione quella di garantire la miglior previdenza ed assistenza possibili per tutti, medici e odontoiatri, ha come principali elementi fondanti la solidarietà e la obbligatoria iscrizione agli Ordini professionali. In tale ottica è indispensabile preservare e rilanciare l'istituzione ordinistica, organo ausiliario dello Stato a tutela dei cittadini, che, oltre all'obiettivo prioritario di garantire del rispetto delle norme del codice deontologico, ha anche importanti risvolti dal punto di vista previdenziale.

Tutelare quindi, nell'attuale contesto storico, in tutti i modi possibili la dignità professionale, messa in crisi da spinte disgregatrici che provengono sia dall'interno che

**Tra i compiti
le verifiche
di qualità e rispetto
dei livelli essenziali
di assistenza**

Un'autorità garante della salute dei cittadini

dall'esterno della categoria medica e odontoiatrica, deve essere un imperativo per tutti coloro che hanno a cuore i destini del nostro Paese, ma in particolare per chi, a vario titolo, ha responsabilità negli Ordini, nei sindacati medici e nelle Società scientifiche.

Abbiamo scritto più volte che per quanto ci riguarda la nostra salvezza è insita innanzitutto nel rispetto delle norme del codice deontologico che purtroppo alcuni colleghi disattendono per interessi personali poco nobili, non finalizzati alla vera tutela della salute dei cittadini.

Molti, viceversa, sono i tentativi di destabilizzazione che provengono dall'esterno della professione e che da anni denunciavamo.

Se mai la politica arretrerà dal voler pervicacemente ed inappropriatamente interessarsi della gestione della sanità e quand'anche riuscissimo a perseguire e premiare la meritocrazia per tutti i professionisti, rimane insoluto l'annoso problema della non corretta informazione che troppo spesso i media perseguono.

Uno dei grandi mali che affliggono il nostro paese è senza dubbio quello di voler conseguire da parte

di alcuni, a tutti i costi, il famoso "indice di ascolto" o se volete di "lettura", tale da configurarsi come una vera e propria "tossicodipendenza".

Purtroppo la sanità rappresenta uno strumento ideale per raggiungere gli immorali obiettivi suddetti, quando invece essa dovrebbe, vista la delicatezza del tema salute, essere sempre "raccontata" attraverso una legittima e corretta informazione.

Quale terapia può essere messa in campo per limitare o ridurre quanto più possibile tale gravissimo mal costume che viene peraltro denunciato anche pubblicamente da alcuni autorevoli giornalisti?

Nel ricordare che la tutela della salute in Italia è garantita dalla Costituzione (artt. 3 e 32), rinnoviamo la richiesta della istituzione di una "AUTORITÀ GARANTE DELLA SALUTE DEI CITTADINI".

Il legislatore negli ultimi anni ha pensato di intervenire in settori che ha ritenuto meritevoli di particolare interesse e vigilanza. Sono nate pertanto le attuali Autorità Garanti quali quella della concorrenza e del mercato (Antitrust), della vigilanza sui contratti pubblici di lavoro, dei servizi e forniture, per le garanzie

nelle telecomunicazioni, per l'energia ed il gas, per la protezione dei dati personali.

Si tratta forse di settori più importanti di quello della salute dei cittadini? A noi, con tutto il rispetto delle valutazioni del legislatore, non sembra sia così.

Oltretutto vorremmo evitare di essere "regolati" dall'Antitrust che anche recentemente ci ha ricordato che gli Ordini professionali "stanno resistendo ai principi di liberalizzazione introdotti dalla legge Bersani" che, viceversa, andrebbe resa ancor più restrittiva, vietandoci addirittura il potere di verifica sulla pubblicità sanitaria. Evidentemente c'è chi pensa che, in nome della concorrenza, pubblicizzare un bene di consumo o attività inerenti la tutela della salute sia la stessa cosa.

Vari potrebbero essere i compiti di questa eventuale Authority in collegamento istituzionale con la Conferenza Stato-Regioni e Province autonome quali ad esempio: verifiche di qualità e rispetto dei livelli essenziali di assistenza, compiti di risoluzione di vertenze extra giudiziarie tra cittadini, medici ed aziende sanitarie, garanzia del rispetto delle procedure di legge

**In Italia
la medicina
difensiva
produce ingenti
danni economici**

per le nomine di dirigenti sanitari, ecc..

Ma la competenza per noi più importante che tale istituenda Autorità dovrebbe avere è quella di poter imporre sanzioni in via autonoma o su denuncia di cittadini e/o medici per tutti quei media, o per coloro che li strumentalizzano, che su un tema così delicato quale quello della salute, dovessero fare sensazionalismo o scandalismo.

Nel sollecitare quindi, in attuazione dei principi costituzionali, l'istituzione dell'Autorità Garante della salute dei cittadini, ci appelliamo alla responsabilità dei nostri parlamentari, ben convinti che i pur inevitabili costi di funzionamento sarebbero assolutamente giustificati e ampiamente recuperati. Abbiamo infatti già dimostrato che la medicina difensiva in atto nel nostro Paese produce ingenti danni economici e tale dirompente pratica medica è anche conseguenza di un modo di fare informazione, da parte di alcuni, assolutamente indegno di un Paese civile.

(*) Vice Presidente vicario Enpam

"Detassare le pensioni, un atto di giustizia sociale"

di Eumenio Miscetti (*)

"Detassare le pensioni". Questo tema di bruciante attualità, benché spesso sottovalutato dall'opinione pubblica e dai massmedia, è stato dibattuto con lucidità e pragmatismo al 46° Congresso Nazionale della Federspev a Chianciano Terme. Per l'occasione sono accorsi nella balsamica cornice della cittadina termale oltre 300 delegati da tutta Italia in rappresentanza dei (quasi) 20.000 iscritti alla nostra Associazione (medici, veterinari, farmacisti e loro vedove), anche per rinnovare i vertici. Naturalmente il nostro obiettivo prioritario, mio e dei neoletti, in sintonia con il messaggio lanciato durante i lavori congressuali sarà la detassazione delle nostre e di tutte le pensioni, un vero e proprio atto di giustizia sociale che perseguiremo con energia e determinazione. Nel frattempo abbiamo già presentato una petizione alla Camera dei Deputati anche seguendo il suggerimento del battagliero professor Franco Abruzzo, presente tra gli ospiti, che ha avanzato una proposta interessante: tassare le pensioni per quote e in rapporto all'età. Ad esempio, a 65 anni il prelievo fiscale potrà essere effettuato sul 75% dell'assegno di pensione, questa percentuale andrà decrescendo con

l'aumento dell'età del pensionato contribuente. Auspichiamo un intervento concreto e in tempi brevi anche in considerazione della sentenza 30/2004 della Corte Costituzionale, ispirata al rispetto dei principi di sufficienza ed adeguatezza del trattamento di quiescenza alle variazioni del costo della vita. Intanto, purtroppo, il calendario corre e i problemi restano (insoluti). Ridurre il carico fiscale sulle pensioni non basta. È indispensabile, seguendo il buon esempio dell'Enpav e dell'Enpaf, ottenere altresì la rivalutazione piena dell'indice inflattivo Istat al 100% anche per le pensioni Enpam (indicizzate al 75%): su questa direttrice un messaggio di speranza è arrivato dall'intervento del consigliere Enpam Alberto Olivetti. Nell'Ente si profila la costituzione di una commissione permanente per la soluzione di questo e di altri problemi che toccano i pensionati. Oggi le pensioni non solo soffrono di una sperequazione cronica, ma sono fortemente penalizzate anche dal vertiginoso aumento del costo della vita: un aumento di gran lunga superiore rispetto a quello ufficiale (e alchemico) dichiarato dall'ISTAT. Come tutti sanno gli indici dei prezzi al consumo scaturiscono dal monitoraggio dei prezzi di un "paniere" che dovrebbe, vorrei sottolineare il condizionale,

riflettere i consumi e lo stile di vita medi dell'intera collettività. Il paniere 2009 contiene 530 prodotti di largo consumo dai generi alimentari all'abbigliamento, dai medicinali ai cosmetici, dall'elettricità al combustibile, dai trasporti alla telefonia e ad Internet, dagli svaghi alle vacanze e così via. Mi chiedo quanto siano affidabili queste rilevazioni. Questo (stravagante) paniere comprende molte voci prive o di scarsa utilità per noi pensionati come ad esempio, i videogiochi, le chiavette usb o i film in dvd. Ben altre, quanto numerose, indifferibili e irrinunciabili sono le esigenze di noi anziani, spesso soli e disabili. A tal proposito, durante il Congresso è stata lanciata una proposta che ha suscitato subito interesse e consenso a largo spettro tra i partecipanti: un "paniere per la Terza età". Un paniere specifico realizzato, con criteri nuovi, giusti e razionali, apposta per noi pensionati costretti a pagare i beni di prima necessità oggi più di ieri e meno di domani. •

Al termine del congresso è stato eletto il nuovo vertice della Federspev: presidente Eumenio Miscetti, vicepresidente Marco Perelli Ercolini (vicario) e Teresa Starde-ro Gariglio. Segretario Michele Boerio.

(*) Presidente Federspev

Al via il progetto “Enpam giovani”

di Alberto Oliveti (*)

La prossima generazione di medici dovrebbe guadagnare di più e prima possibile anche nell'interesse degli attuali iscritti attivi e pensionati della Fondazione dato che nella continuità del patto generazionale starà poi a loro mantenerli con i contributi del proprio lavoro. Facilitando l'avvio professionale dei giovani e favorendo la riunificazione previdenziale - vedi la questione specializzandi a cavallo tra Inps ed Enpam - tutti gli iscritti all'Enpam, sia attivi che pensionati e superstiti, sarebbero più al sicuro dal rischio di crisi del sistema determinato dall'aumento insostenibile delle aspettative di vita e dal ritardato ingresso professionale.

Nel nostro sistema che si basa su una gestione finanziaria prevalentemente a ripartizione, il patto tra generazioni è una priorità che va tutelata con politiche lungimiranti.

**Va perseguita
la crescita
della sensibilità
e della cultura
previdenziale**

L'invecchiamento generale della popolazione sicuramente produrrà un maggior uso e consumo di tutto quello che è offerta sanitaria. Appare vitale per l'equilibrio Enpam che da ogni prestazione sanitaria scaturiscano contributi previdenziali individuali, per cui, oltre al fondamentale mantenimento dell'obbligo contributivo per tutti gli iscritti agli Ordini, una particolare attenzione va posta all'abusivismo, all'evasione, alle deviazioni sul sociale ed alle forme di esercizio professionale che eludano appunto tale contribuzione individuale.

Si potrebbe anche valutare la possibilità di far meglio rendere i contributi incassati, investendoli nelle attività della categoria che in questo caso va considerata come una potenziale fonte di guadagno patrimoniale poiché per esercitare la professione acquista e consuma risorse.

Sostenere professionalmente i giovani colleghi può rappresentare un buon investimento, sia dal punto di vista economico, se preveda i normali margini di guadagno del mercato, sia dal punto di vista del consenso, presupposto indispensabile per-

ché il patto tra generazioni si mantenga nel tempo con fiducia e soddisfazione comune. Non è facile altrimenti catturare l'attenzione dei giovani.

La Fondazione Enpam, che della partecipazione giovanile alle sue dinamiche deve fare necessariamente conto per mantenere in equilibrio i Fondi che gestisce, ha lanciato un progetto **“Enpam giovani”** che ha per target di riferimento gli studenti universitari degli ultimi anni e gli specializzandi e che prevede tre diversi momenti formativi ed informativi presso alcune Università pilota, presso gli Ordini dei Medici e presso la Fondazione Enpam. Nell'Università va perseguita la crescita della sensibilità e della cultura previdenziale, poiché sempre di più sono destinati a divenire interdipendenti nella società che invecchia i concetti di salute e solidarietà, e quindi le dimensioni individuali e collettive della protezione sanitaria e sociale.

Anche nel rapporto con gli studi commercialistici italiani si promuove lo sviluppo delle competenze in tematiche previdenziali in modo da garantire consulenze appropriate ed aggiornate.

Dato che lo scenario vir-

tuoso definito da parole chiave come solidarietà, adeguatezza, sostenibilità ed equità non è automaticamente garantito, ma si fonda sull'autonomo percorso di ogni iscritto fatto di consapevolezza delle proprie esigenze e di conoscenza specifica, appare indispensabile suscitare una maggior disponibilità all'ascolto da parte degli iscritti, per impostare una relazione positiva e duratura con l'Ente che ne migliori le capacità decisionali. Uno degli obiettivi strategici che la Fondazione Enpam si è data, oltre ad assicurare equilibri prospettici di sostenibilità ed equità tra generazioni subentranti in un sistema solidale, è quello di fornire i supporti tecnici e culturali perché ognuno possa in base all'autoanalisi dei propri bisogni, maturare la propria idea di pensione adeguata e conseguentemente effettuare scelte tempestive ed oculute utilizzando gli strumenti operativi appositamente istituiti per garantire a sé ed ai suoi familiari serenità in vecchiaia. •

(*) Consigliere Enpam

**Fornire supporti
perché ognuno
possa maturare
l'idea di pensione
adeguata**

Fondo generale Quota A, previdenza ed assistenza

di Franco Pagano (*)

Solidarietà a tutela della fragilità ed Equità previdenziale per tutti i contribuenti attivi e futuri sono da sempre le vie maestre lungo le quali si è mossa l'Enpam.

Garantire non solo la sostanziale corrispettività tra contribuzione e prestazione, ma la massima pensione sostenibile dall'equilibrio attuariale, commisurata ai bisogni più che all'entità dei contributi percepiti, è l'ambizioso obiettivo previdenziale Enpam nel rispetto del dettame costituzionale dell'Art. 38 *"I lavoratori hanno diritto che siano preveduti e assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di invalidità e vecchiaia..."*.

Per garantire la semplice corrispettività tra contributi e pensione, l'Enpam poteva adottare un sistema di gestione economica-finanziaria "a capitalizzazione pura" meno rischioso per la Fondazione ma meno vantaggioso per l'iscritto, invece ha scelto il modello misto "a ripartizione attenuata da elementi di capitalizzazione" che riduce di fatto le negatività delle gravi modificazioni demografiche e dell'inflazione, ma trasferisce sull'Ente la responsabilità di garantire una pensione equa e sostenibile.

Inoltre la prestazione definita all'incasso dei contributi,

valorizzati con l'*aliquota di rendimento*, ossia al momento del versamento di ogni singolo anziché al raggiungimento dell'età pensionabile, è un altro elemento che caratterizza l'Enpam; oltre a fornire prestazioni più vantaggiose, sposta il rischio di investimento dall'iscritto alla Fondazione.

Quanto ad Assistenza, la gamma di iniziative a tutela dei bisogni essenziali assicurate dal Fondo Generale "Quota A" non credo trovi riscontri presso altri Enti.

Lo hanno scoperto, in un momento drammatico, i colleghi aquilani.

All'indomani del terremoto, si è cercato di far giungere ai colleghi abruzzesi, meno fortunati di noi, una informativa per ricordare quanto l'Enpam da sempre mette a disposizione per l'assistenza.

Tante le telefonate, tante le e-mail di colleghi che chiedevano increduli conferma. L'aver potuto dare certezza di un contributo a fondo perduto seppure modesto, aver potuto alimentare la speranza di chi in pochi attimi ha perso tutto, credo che sia stato per l'Enpam il riconoscimento più bello per il suo impegno.

Mi sono tornati allora alla mente i reiterati ricorsi alla Corte Costituzionale effettuati da iscritti che negavano la legittimità dell'obbligo

alla contribuzione al Fondo Generale "Quota A" e che la Corte ha sempre respinto proprio per la struttura di tipo solidaristico del Fondo. Ancora oggi personaggi più o meno importanti del mondo medico sostengono l'inutilità previdenziale del Fondo Generale ignorando, credo, l'aspetto assistenziale solidaristico.

Le criticità previdenziali del medio-lungo periodo legate soprattutto all'allungamento dell'età media ed ai ridotti volumi contributivi a causa del ritardato ingresso nel mondo del lavoro, determineranno pensioni sempre più basse, ed allora anche il giudizio sulla pensione del Fondo generale verrà rivisto; considerata in passato una cenerentola, rappresenterà in futuro una parte (8-10%) da non sottovalutare della pensione totale. Le stesse motivazioni, poi, che determineranno pensioni più basse, produrranno inevitabilmente un aumento delle richieste assistenziali.

Attualmente le prestazioni assistenziali del Fondo generale "Quota A" riconosciute in favore degli iscritti e dei loro familiari sono:

a) prestazioni assistenziali straordinarie *una tantum* agli iscritti e ai superstiti (spese per interventi chirurgici, oneri per cure non a carico del SSN, spese di assistenza per anziani, contribu-

to per difficoltà contingenti del nucleo familiare in seguito al decesso dell'iscritto, spese funerarie, spese straordinarie); b) prestazioni assistenziali ad orfani; c) prestazioni assistenziali per l'ospitalità in case di riposo; d) contributi per l'assistenza domiciliare; e) prestazioni assistenziali per calamità naturali che hanno comportato danni agli immobili adibiti a prima abitazione o studio del richiedente (prestazione *una tantum* di importo massimo pari a euro 15.000,00 indicizzati, concorso nel pagamento degli oneri per interessi su mutui, ricostruzione o riparazione della casa o dello studio professionale nella misura del 75% degli oneri stessi, con limite annuo di euro 8.000,00 indicizzati e per un periodo non superiore a 5 anni). A proposito dei 15000 euro una tantum, la Fondazione ha deciso di erogarne subito 4000 a chiunque, residente nei Comuni interessati, presenti una autodichiarazione di danno subito.

Il terremoto abruzzese ha confermato quanto sia importante l'aspetto assistenziale, e ha dimostrato una volta di più che ciascuno di noi sarà tanto più tutelato di fronte al bisogno quanto più la solidarietà diventerà un modello comportamentale. Nessuno, credo, vorrà mettere più in dubbio la validità e l'utilità del Fondo Generale "Quota A".

Anzi è bene che tutti contribuiscano anche con il 5 x mille. •

(*) Consigliere FondoSanità

Dichiarazione dei redditi, in partenza i modelli D 2009

di Vittorio Pulci (*)

I professionisti iscritti all'Enpam, come è noto, sono tenuti a comunicare entro il prossimo **31 luglio** il reddito derivante dall'esercizio della professione medica e odontoiatrica prodotto nel corso dell'anno 2008. Tale dichiarazione può essere effettuata utilizzando il Modello D 2009 recapitato al domicilio dell'iscritto nelle prime settimane del mese di giugno. I modelli (oltre **340.000**) sono stati personalizzati in base alla posizione contributiva del singolo iscritto presso il Fondo della Libera Professione – Quota B del Fondo Generale:

- iscritto attivo con contribuzione intera (Modello D_CO);
- iscritto attivo con contribuzione ridotta (Modello D_CR);
- iscritto attivo che ha optato irrevocabilmente per la contribuzione intera (Modello D_IR);
- iscritto che ha compiuto il 65° anno di età nel cor-

so dell'anno 2008 (Modello D_65);

- iscritto di età superiore ai 65 anni (pensionato del Fondo generale “Quota A”) che non ha optato per l'esonero contributivo (Modello D_P).

È opportuno sottolineare che **la mancata ricezione del modello D** – come ribadito dal Consiglio di Amministrazione dell'Enpam – **non esonera l'iscritto dall'obbligo di presentazione della dichiarazione reddituale entro il termine sopra indicato.**

L'invio del modulo personalizzato, infatti, ha la sola funzione di agevolare i professionisti nell'adempimento di un obbligo dichiarativo al quale essi possono ottemperare utilizzando anche strumenti alternativi. Coloro che non sono venuti in possesso del proprio modello o che lo hanno smarrito possono, difatti, reperire il modello D 2009 non personalizzato sul sito Internet della Fondazione www.enpam.it, ovvero presso la sede dell'Enpam in Roma, via Torino n. 98 (II piano) o presso l'Ordine dei Medici di appartenenza.

La dichiarazione dei redditi soggetti a contribuzione presso la “Quota B”, infine, può essere effettuata in via telematica, sempre entro il termine del 31 luglio, **pre-**

via registrazione presso l'Area riservata del sito Internet della Fondazione www.enpam.it. L'accesso all'Area riservata consente, inoltre, di usufruire di ulteriori servizi *on-line* personalizzati, quali, ad esempio:

- la visualizzazione dei versamenti effettuati a titolo di contributi previdenziali obbligatori o di riscatto;
- l'accesso ai dati relativi alla pensione in godimento;
- la stampa di certificazioni ai fini fiscali (CUD);
- la visualizzazione dei dati relativi alla polizza sanitaria in convenzione;
- la carta di credito Fondazione Enpam, emessa dalla Banca Popolare di Sondrio;
- la stampa di duplicati di bollettini MAV o RAV smarriti o non pervenuti.

Il reddito soggetto a contribuzione presso la “Quota B” del Fondo Generale, da indicare nel modello D

2009, è quello derivante dall'esercizio, anche in forma associata, della professione medica e odontoiatrica, al netto delle spese sostenute per produrlo. Concorrono, altresì, a formare tale reddito i compensi, anche se equiparati ai fini fiscali ai redditi di lavoro dipendente, che derivano dallo svolgimento di attività attribuite all'iscritto in ragione della sua particolare competenza professionale. Gli Uffici della Fondazione provvederanno a determinare l'importo del contributo dovuto detraendo dal reddito dichiarato nel Modello D il reddito già assoggettato a contribuzione presso la “Quota A” del Fondo di Previdenza Generale. Il relativo pagamento dovrà essere effettuato in un'unica soluzione (non sono ammesse rateazioni) entro il **31 ottobre** del corrente anno e comunque non oltre il termine indicato sul bollettino MAV precompilato (pagabile presso qualsiasi Istituto di Credito o Ufficio Postale) che la **Banca Popolare di Sondrio** in-

PENSIONATI DEL FONDO GENERALE ENPAM

I pensionati del Fondo Generale sono esonerati d'ufficio dal versamento dei contributi e, di conseguenza, dall'invio del Modello D.

Essi, tuttavia, se titolari di reddito professionale, possono chiedere entro il 31 luglio 2009, nell'apposito spazio previsto nel Modello D o con domanda in carta semplice, di essere ammessi al versamento del contributo nella misura intera del 12,50% o ridotta del 2%.

Le modalità di versamento del contributo e di invio del Modello D sono identiche a quelle previste per gli iscritti non pensionati.

Agevolare i professionisti nell'adempimento di un obbligo dichiarativo

vierà in prossimità della suddetta scadenza a tutti gli iscritti tenuti al versamento. Unitamente al MAV sarà inviato un prospetto esplicativo del calcolo effettuato per determinare l'importo del contributo.

Tale Banca, come sopra ricordato, offre in esclusiva agli iscritti alla Fondazione una carta di credito gratuita che, oltre alle ordinarie funzionalità di acquisto, consente di pagare direttamente on-line, anche con addebito rateale, i contributi dovuti all'Enpam. Per richiedere la carta è necessario accedere all'Area Riservata del sito [www.en-](http://www.enpam.it)

[pam.it](http://www.enpam.it) e compilare il relativo modulo di domanda. Per ulteriori informazioni sulla Carta Fondazione Enpam è a disposizione il numero verde **800.190.661**.

Per ottenere chiarimenti sull'accesso all'Area Riservata è possibile contattare il n. 06.48.29.48.29 (*Attenzione: per l'abilitazione all'accesso all'Area Riservata e l'emissione della carta di credito è necessario attendere i relativi tempi tecnici*).

Il mancato ricevimento del bollettino non esonera dal pagamento del contributo. In tal caso dovrà essere contattata tempestivamen-

CONTRIBUTO PROPORZIONALE RIDOTTO

La richiesta di contribuzione ridotta alla "Quota B" del Fondo Generale può essere presentata entro il **31 luglio 2009** dagli iscritti dotati di altra copertura previdenziale obbligatoria ovvero dai titolari di un trattamento pensionistico derivante da contribuzione previdenziale obbligatoria.

Qualora l'istanza venga presentata oltre tale termine, essa si intenderà riferita agli eventuali redditi professionali prodotti nell'anno 2009, i cui contributi saranno versati con l'aliquota del 2% nell'anno 2010; al contrario, il contributo relativo ai redditi prodotti nell'anno 2008 verrà calcolato nell'anno in corso in misura intera. Coloro che negli anni precedenti hanno regolarmente prodotto la predetta domanda non devono ripeterla.

In caso di perdita del diritto alla contribuzione ridotta, va indicata nell'apposita dichiarazione presente nel Modello D la data in cui sono venute meno le relative condizioni di accesso. L'iscritto decaduto dal diritto alla contribuzione ridotta può, comunque, presentare una nuova domanda qualora torni in possesso dei requisiti.

Gli iscritti già ammessi alla contribuzione ridotta possono optare per il versamento del contributo nella misura intera del 12,50%.

Tale opzione non è revocabile.

SANZIONI

Il vigente regime sanzionatorio, in caso di invio del Modello D oltre il termine del **31 luglio**, prevede l'applicazione di una sanzione in misura fissa pari a **euro 120,00**. Qualora il pagamento dei relativi contributi venga effettuato in ritardo è prevista:

- una sanzione in misura fissa pari all'1% del contributo, qualora il versamento sia effettuato entro 90 giorni dalla scadenza (entro il 29 gennaio 2010);
- qualora il versamento sia effettuato oltre tale termine, una sanzione, in ragione d'anno, pari al Tasso Ufficiale di Riferimento (T.U.R.) maggiorato di 5,5 punti, fino ad un importo massimo pari al 70% del contributo.

te la Banca Popolare di Sondrio al numero verde: **800.24.84.64**. Gli utenti registrati presso il portale www.enpam.it possono reperire un duplicato del bollettino accedendo all'Area riservata di tale sito. In questo caso il pagamento può essere effettuato esclusivamente presso gli Istituti di Credito.

Si ricorda, infine, che i contributi previdenziali – compresi quelli dovuti alla Quota B del Fondo Generale – sono interamente deducibili dall'imponibile fiscale, ai sensi dell'articolo 10, comma 1, lett. e), del Testo Unico delle Imposte sui Redditi (DPR 22 dicembre 1986, n. 917). •

(*) *Dirigente Enpam*

DICHIARAZIONE PER VIA TELEMATICA

Allo scopo di incrementare la trasmissione per via telematica dei redditi professionali e di accrescere il numero degli utenti che accedono ai diversi servizi offerti dal Portale Internet della Fondazione, nei plichi contenenti i modelli D/2009 personalizzati è stata inserita una parte della password necessaria per la registrazione agevolata all'Area riservata del sito www.enpam.it.

Per ricevere l'altra metà della password al proprio indirizzo di posta elettronica e completare la registrazione agevolata sarà sufficiente compilare il relativo modulo on-line, disponibile sul sito www.enpam.it.

L'inserimento di tale password nei plichi contenenti i modelli D/2009, ovviamente, non ha riguardato gli utenti già registrati. Ad essi, comunque, sono state comunicate le modalità di recupero dei dati necessari per l'accesso all'Area riservata, in caso di smarrimento degli stessi.

Per informazioni riguardanti la registrazione al Portale è possibile contattare: tel. 06.48.29.48.29 – sat@enpam.it

Tipologie di contribuenti e redditi da dichiarare alla Quota B

di Cinzia Corvaro (*)

Quando si parla dei medici chirurghi e degli odontoiatri, non sempre viene messa debitamente in evidenza la peculiarità che caratterizza tali professionisti rispetto ad altre categorie, quali ad esempio i dottori commercialisti e gli avvocati, e cioè la diversificazione e la complessità delle attività che, potenzialmente, possono essere da essi esercitate.

I medici chirurghi e gli odontoiatri, infatti, possono svolgere – talvolta anche contemporaneamente – attività in convenzione con il SSN, attività di lavoro autonomo, subordinato e di collaborazione. Non solo. In virtù delle particolari conoscenze professionali acquisite, possono effettuare anche prestazioni di natura diversa da quelle di diagnosi e cura.

Per tali ragioni, in sede di definizione dei redditi da

I redditi percepiti per lo svolgimento di attività intramoenia ed extramoenia devono essere dichiarati alla Quota B

dichiarare alla Quota B, l'art. 3 del Regolamento del Fondo Generale ha previsto una formulazione ampia, escludendo, evidentemente, i soli redditi già soggetti ad altra contribuzione previdenziale obbligatoria (Inps, Inpdap, Fondi Speciali Enpam).

Conformemente al dettato regolamentare, infatti, sono soggetti a prelievo contributivo presso la Quota B i redditi derivanti dall'esercizio, anche in forma associata, della professione medica e odontoiatrica al netto delle spese sostenute per produrli e tutti i compensi, *anche se equiparati ai fini fiscali ai redditi di lavoro dipendente*, che derivano dallo svolgimento di attività attribuite all'iscritto *in ragione della sua particolare competenza professionale*.

Non è dunque la classificazione fiscale a determinare l'assoggettamento previdenziale dei compensi, bensì la natura della prestazione svolta: tutti gli emolumenti percepiti per prestazioni attinenti alla particolare competenza professionale del medico e dell'odontoiatra non soggetti a prelievo contributivo presso altre forme di previdenza obbligatoria devono essere dichiarati alla Quota B.

TIPOLOGIE DI CONTRIBUENTI ALLA "QUOTA B"

a) Liberi professionisti

I professionisti titolari di partita IVA devono dichiarare alla Quota B i redditi di lavoro autonomo prodotti nell'esercizio dell'attività medica e odontoiatrica (Quadro **RE** del Modello Unico) anche se svolta in forma associata (Quadro **RH**).

b) Associati in partecipazione

I medici e gli odontoiatri associati in partecipazione, qualora l'apporto sia costituito esclusivamente da prestazioni di lavoro, devono dichiarare i relativi redditi alla Quota B (Sez. III Quadro **RL** del Modello Unico, Quadro D del 730).

c) Medici convenzionati con il SSN (*medici di base, pediatri di libera scelta, addetti alla continuità assistenziale, all'emergenza territoriale ed alla medicina dei servizi, specialisti ambulatoriali, specialisti esterni*)

I redditi percepiti per lo svolgimento di attività in convenzione con il SSN sono soggetti a contribuzione previdenziale presso i Fondi Speciali Enpam e non devono, pertanto,

essere dichiarati alla Quota B del Fondo Generale.

I professionisti convenzionati devono, invece, dichiarare eventuali redditi percepiti per lo svolgimento di attività libero professionale. Qualora non sia possibile imputare le singole spese alle varie tipologie di reddito prodotto (da convenzione e da libera professione) la quota di spese da portare in deduzione può essere determinata in proporzione all'incidenza sul reddito professionale totale delle diverse categorie reddituali.

d) Dipendenti pubblici e privati

I redditi percepiti per lo svolgimento di attività di lavoro dipendente sono soggetti a prelievo contributivo presso l'Inpdap o l'Inps e non devono, pertanto, essere dichiarati alla Quota B.

I lavoratori dipendenti possono svolgere anche attività libero professionale *intramoenia* o in regime di *extramoenia*. Con particolare riferimento ai dipendenti pubblici, peraltro, il Ccnl di categoria qualifica come "*libero professionali*":

– l'attività a pagamento svolta in strutture di altra azienda del SSN o in altre strutture non accreditate *previa convenzione* con le

RIEPILOGO ESEMPLIFICATIVO DEI REDDITI NON ASSOGGETTATI ALLA QUOTA B:

- per espressa previsione normativa sono, ad oggi, soggetti a contribuzione presso la Gestione Separata Inps e non devono essere dichiarati alla Quota B: gli assegni di ricerca, le borse di studio per dottorati di ricerca e i compensi percepiti per la partecipazione ai corsi di specializzazione;
- redditi percepiti per lo svolgimento di attività in convenzione con il S.S.N.;
- redditi percepiti per lo svolgimento di attività di lavoro dipendente.

stesse;

- l'attività a pagamento svolta all'interno della struttura anche al fine di consentire la riduzione dei tempi di attesa;
- l'attività richiesta dall'azienda in via eccezionale e temporanea, ad integrazione dell'attività istituzionale o *al fine di ridurre le liste di attesa* o di *acquisire prestazioni aggiuntive* specie in carenza di organico;
- i servizi di guardia notturna eccedenti gli obiettivi prestazionali dell'Azienda.

I redditi percepiti per lo svolgimento dell'attività intramoenia ed extra-

**I redditi percepiti
in convenzione
sono soggetti
a contribuzione
previdenziale
presso i Fondi
Speciali**

moenia e delle altre tipologie di attività libero professionali previste dal Ccnl della dirigenza medica dell'area sanitaria devono essere dichiarati alla Quota B.

Il relativo ammontare deve essere indicato nel punto 2) della parte "B" del CUD rilasciato dall'Azienda Ospedaliera (si ricorda che l'Azienda ha l'obbligo di versare i contributi previdenziali all'Inpdap solo sui redditi relativi all'attività istituzionale indicati al punto 1 del CUD).

e) Collaboratori coordinati e continuativi e a progetto

I medici chirurghi e gli odontoiatri titolari di contratti "co.co.co." o a "progetto" per lo svolgimento di attività attribuita in virtù della particolare competenza professionale, devono dichiarare i relativi redditi alla Quota B (punto 1 della parte "B" del CUD rilasciato dal datore di lavoro).

Si ricorda che, in tali casi, non trovano applicazione le disposizioni relative all'obbligo contributivo a favore della Gestione Separata Inps (art. 2, comma 26 legge 8 agosto 1995, n. 335) e che, pertanto, nessuna trattenuta previdenziale deve essere effettuata da parte del datore di lavoro.

f) Titolari di borse di studio

I titolari di borse di studio attribuite in virtù delle particolari conoscenze professionali (es. attività di ricerca in campo farmaceutico) devono dichiarare alla Quota B le somme percepite a tale titolo (punto 1

della parte "B" del CUD rilasciato dal sostituto d'imposta).

g) Lavoratori autonomi occasionali

I professionisti sprovvisti di partita IVA che svolgono attività di lavoro autonomo occasionale attribuita in virtù della particolare competenza professionale (ad esempio, partecipazione a convegni o congressi) devono dichiarare alla "Quota B" i relativi compensi al netto delle spese sostenute (Quadro **RL** dell'Unico o dell'Unico MINI, Quadro **D** del 730). •

(*) Dipartimento della Previdenza

RIEPILOGO ESEMPLIFICATIVO DEI REDDITI ASSOGGETTATI ALLA QUOTA B:

- redditi di lavoro autonomo prodotto nell'esercizio, anche in forma associata, della professione medica e odontoiatrica;
- redditi derivanti da contratti di associazione in partecipazione quando l'apporto è costituito esclusivamente dalla prestazione di lavoro;
- redditi percepiti per lo svolgimento di attività intramoenia ed extramoenia e delle altre attività libero professionali previste dal Ccnl della dirigenza sanitaria medica;
- redditi percepiti per lo svolgimento di attività di collaborazione coordinata e continuativa o a progetto, attribuita in virtù della particolare competenza professionale;
- borse di studio attribuite in virtù della competenza professionale;
- redditi di lavoro autonomo occasionale per attività connessa alla competenza professionale.



Al via la "nuova" Polizza sanitaria

Come aderiscono coloro che erano già assicurati
e quanti intendono farlo per la prima volta.
Il modulo di adesione, oltre che ritagliabile dal giornale,
si può scaricare dal sito www.enpam.it

di Pietro Ayala (*)

Nello scorso n.5 del Giornale della Previdenza, il Presidente Parodi ha efficacemente illustrato le ragioni che hanno dato luogo ad una profonda revisione della Polizza Sanitaria, l'aumento dei premi, inevitabile per garantire la "tenuta" della Polizza, ed i motivi che hanno portato l'Ente a rinnovare il contratto assicurativo con una nuova Compagnia.

A pagina 25 dello stesso

numero 5 del Giornale, preceduta da una esauriente disamina del consigliere d'amministrazione prof. Aurelio Grasso, esperto in materia assicurativa, è stato pubblicato il testo integrale della nuova polizza sanitaria insieme al modulo di adesione da compilare e spedire. Testo della polizza e modulo di adesione sono altresì disponibili sul sito www.enpam.it.

È il caso di ricordare che tutti gli sforzi sono stati finalizzati a fornire, assicu-

rando la continuità di copertura agli iscritti, il miglior prodotto assicurativo possibile con una primaria Compagnia.

Gli iscritti assicurati in precedenza con Generali, hanno già ricevuto sia il modulo di adesione con la nuova Compagnia Unisalute che un bollettino postale

**Da ricordare:
l'importo
del premio
va versato entro
e non oltre
il 31 luglio 2009**

personalizzato da compilare con l'importo del premio da versare entro e non oltre il **31 luglio 2009**.

Per tutti coloro che sono interessati ad aderire per la prima volta alla convenzione, è necessario compilare e spedire il modulo di adesione disponibile sia all'interno del Giornale della Previdenza che sul sito www.enpam.it. Riceveranno successivamente il bollettino per il pagamento del premio.

Nonostante l'inevitabile ritardo rispetto agli anni precedenti si è cercato di semplificare al massimo tutti gli adempimenti. Ci scusiamo per i possibili disagi e disguidi insiti in ogni cambiamento, ma ci impegniamo fin d'ora a superare insieme tutti gli ostacoli che si presenteranno. •

(*) *Vice Direttore generale Enpam*

NOTA BENE

Per un salto tipografico nell'elenco degli interventi chirurgici, pubblicato alla pag. 31 dello scorso numero, è "scomparso" quello relativo agli interventi sul piede, che ha un massimale di euro 3.500,00.

MODULO DI ADESIONE E AUTOCERTIFICAZIONE Piano Sanitario ENPAM - UniSalute SpA

Da inviare firmato entro il **31/07/09** a: **Fondazione ENPAM - Casella Postale 7216 - 00100 ROMA NOMENTANO**
Periodo copertura: dalle ore 24,00 del **31.05.2009** - alle ore 24,00 del **31.05.2010**, numero polizza **10004762**

DATI ANAGRAFICI TITOLARE

Io/ Sottoscritto/a _____ Codice ENPAM _____
N° tel./cell. _____ Indirizzo e-mail (leggibile) _____

Dichiaro di aver esaminato le condizioni e letto la nota informativa precontrattuale (disponibili anche sul sito www.enpam.it) relative alla nuova polizza sanitaria annuale, emessa dalla Compagnia “Unisalute SpA” e stipulata in convenzione con l’ENPAM; in particolare, dichiaro di conoscere il contenuto del Piano sanitario ed approvare specificatamente le seguenti clausole di polizza: **artt. 18a** (Istituzione della commissione paritetica); **18b** (Deferimento di controversie ad un collegio medico arbitrale); **18c** (Estraneità dell’Enpam da controversie tra Società e Assicurati); **art. 19** (Deroga alla competenza territoriale dell’Autorità Giudiziaria); **art. 20.1** (Tacito rinnovo del contratto in assenza di disdetta entro due mesi dalla scadenza); **20.2** (Risoluzione per singolo aderente per premio non pagato alla scadenza annuale).

Aderisco, pertanto, al Piano Sanitario ENPAM - Unisalute SpA per l'opzione:

barrare con una X la sottostante opzione prescelta - 1 oppure 2 (a-b-c-d)

☐ 1. **Solo Medico:** costo annuale € 270,00
Oppure **Superstite**

2. Intero Nucleo Familiare

☐ 2a. Medico e 1 familiare: costo annuale € 615.00

☐ 2b. Medico e 2 familiari: costo annuale € 815,00

☐ 2c. Medico e 3 familiari: costo annuale € 920,00

☐ 2d. Medico e 4 o più familiari: costo annuale € 990,00

DATI ANAGRAFICI COMPONENTI NUCLEO FAMILIARE (coniuge e convivente more uxorio/figli conviventi fiscalmente a carico)

(compilare solo per l'opzione 2a, 2b, 2c, 2d)

Avendo scelto l'opzione 2, **CHIEDO** l'estensione del Piano sanitario ENPAM ai seguenti miei familiari conviventi:

[illegible]

(per la validità dell'adesione, è necessaria la firma che segue)

Per l'attivazione della copertura verserò la somma annuale di € _____,00 sul conto corrente postale di ENPAM, usando il bollettino postale che ENPAM, ricevuta e registrata la mia adesione, mi invierà a mezzo posta.

Prendo atto che, se avrò spedito il presente modulo di adesione entro il **31.07.2009** e pagato il dovuto entro la data indicata sul bollettino postale, ENPAM provvederà a versare per mio conto a Unisalute S.p.A. la somma ricevuta e quest'ultima garantirà, a partire dall'**1/06/2009**, la decorrenza della copertura assicurativa in mio favore (ed eventualmente a favore dei miei familiari).

Firma per adesione alla polizza

Luogo e data

AFFINCHÉ UNISALUTE POSSA TRATTARE I SUOI/VOSTRI DATI È NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RIPORTATO DI SEGUITO

Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assicurative e liquidative
(Art. 23 D.Lgs. n. 196/03 - Codice in materia di protezione dei dati personali)

Sulla base dell'informativa allegata, Lei/Voi può/potete esprimere il consenso, valevole per il trattamento dei Suoi/Vostri dati personali, eventualmente anche sensibili, per finalità assicurative e liquidative, apponendo la Sua firma e facendo apporre quella dei Suoi familiari assicurati. Ricordiamo che in mancanza di questo consenso UniSalute S.p.A. non darà esecuzione al contratto assicurativo e/o si vedrà impossibilitata a trattare i dati sensibili per la liquidazione degli eventuali sinistri o rimborsi.

Nome , Cognome e firma dell'iscritto

Nome, Cognome e firma dell'interessato (coniuge o convivente more uxorio)

Nome, Cognome e firma dell'interessato (1 figlio/a)

Nome, Cognome e firma dell'interessato (2 figlio/a)

Nome, Cognome e firma dell'interessato (3 figlio/a)

Nome, Cognome e firma dell'interessato (4 figlio/a)

Consenso al trattamento dei dati personali comuni per finalità commerciali
(Art. 23 del D.Lgs. n. 196/03 - Codice in materia di protezione dei dati personali)

Sulla base dell'Informativa allegata, Lei potrà fornire il suo consenso alle società facenti parte di Unipol Gruppo Finanziario (elencate nell'informativa) per le finalità commerciali indicate al punto 3 (b, c, d) dell'informativa. **Lei è assolutamente libero di non dare il suo consenso e di non firmare la seguente dichiarazione.**

Nome e cognome del titolare di polizza *(in stampatello)*

Firma dell'interessato



Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti (Art. 13 D. Lgs 196/2003-Codice in materia di protezione dei dati personali)

Gentile Cliente, per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi richiesti o previsti in Suo favore dobbiamo raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano.

1. QUALI DATI RACCOGLIAMO

Si tratta di dati (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico fisso e mobile e indirizzo di posta elettronica) che Lei stesso od altri soggetti⁽¹⁾ ci fornisce; tra questi ci sono anche dati di natura sensibile⁽²⁾ (idonei, in particolare, a rivelare il Suo stato di salute), indispensabili per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il rilascio della polizza e la gestione dell'attività assicurativa e, in alcuni casi, obbligatorio per legge⁽³⁾. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori (relativi a Suoi recapiti) può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio.

2. PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti⁽⁴⁾; ove necessario potranno essere utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo⁽⁵⁾ e saranno inseriti in un archivio clienti di Gruppo.

I Suoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano od in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa⁽⁶⁾.

Poiché fra i Suoi dati personali ve ne sono alcuni di natura sensibile (relativi al Suo stato di salute) potremo trattarli soltanto dopo aver ottenuto il Suo esplicito consenso.

3. TRATTAMENTO DATI COMUNI PER FINALITÀ COMMERCIALI

a) In una sezione separata potremmo, altresì, chiederLe di esprimere uno specifico consenso per il trattamento dei Suoi dati comuni per finalità diversa da quella assicurativa. I Suoi recapiti potranno essere utili per contattarLa più agevolmente per comunicazioni di servizio ed eventualmente, ove Lei sia d'accordo, per illustrarLe nuove opportunità commerciali, anche delle società facenti parte di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A.

b) Il Suo consenso ci permetterà di utilizzare i Suoi dati per finalità di rilevazione della qualità dei servizi, ricerche di mercato ed indagini statistiche, promozione e vendita di servizi e/o prodotti delle società del nostro Gruppo svolte per posta o telefono, con sistemi anche automatizzati, e-mail, fax, messaggi preregistrati e SMS, ed analisi dei prodotti e servizi richiesti, attraverso anche elaborazioni elettroniche volte all'individuazione di Sue esigenze e di nuove opportunità di Suo possibile interesse. Il conferimento dei Suoi dati per tali finalità è facoltativo e il loro mancato rilascio non incide sui rapporti in essere.

c) Al riguardo, Le precisiamo che i dati da Lei forniti non saranno soggetti a diffusione e saranno trattati - anche con strumenti informatici e telematici - dal personale incaricato delle nostre strutture e da parte di società di fiducia che svolgono, per nostro conto, alcune operazioni di trattamento strettamente necessarie per le suddette attività.

d) Inoltre, esclusivamente per le medesime finalità, i Suoi dati potranno essere comunicati anche ad altri soggetti - in Italia o all'estero - che li utilizzeranno come autonomi titolari. In particolare, i Suoi dati potranno essere trattati da taluni dei seguenti soggetti: società - anche bancarie - del nostro Gruppo; società specializzate per attività di informazione e promozione commerciale, per ricerche di mercato e per indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti. L'elenco completo ed aggiornato di tali soggetti è disponibile gratuitamente consultando i siti internet www.unisalute.it o www.ugfassicurazioni.it.

Il consenso che Le chiediamo di esprimere riguarda, pertanto, anche gli specifici trattamenti effettuati da tali soggetti.

Le società facenti parte di Unipol Gruppo Finanziario, Titolari del trattamento dei dati personali del Cliente, sono: Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. (www.unipolgf.it), UGF Assicurazioni S.p.A. (www.ugfassicurazioni.it), Compagnia Assicuratrice Linear S.p.A. (www.linear.it), Navale Assicurazioni S.p.A. e Navale Vita S.p.A. (www.navale.it), UniSalute S.p.A. (www.unisalute.it), UGF Banca S.p.A. (www.unipolbanca.it), UGF Merchant S.p.A. (www.unipolmerchant.it), UGF Leasing S.p.A. (www.ugfleasing.it), Unicard S.p.A. (www.unicard.it) e BNL Vita S.p.A. (www.bnlvita.it); i recapiti aggiornati di ogni società sono disponibili presso l'Agenzia, oltre che sul sito web di ogni società.

4. COME TRATTIAMO I SUOI DATI

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, solo dal personale incaricato delle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa⁽⁷⁾.

5. QUALI SONO I SUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D.Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione.

Titolari del trattamento dei Suoi dati sono Unisalute S.p.A. (www.unisalute.it), con sede in Via del Gomito n. 1 - 40127 Bologna, UGF Assicurazioni S.p.A. (www.ugfassicurazioni.it) ed Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. (www.unipolgf.it), entrambe con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna.

Per ogni eventuale dubbio o chiarimento, nonché per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie di soggetti ai quali comunichiamo i dati e l'elenco dei Responsabili potrà consultare il sito www.unisalute.it o rivolgersi al Responsabile per il riscontro agli interessati presso UGF Assicurazioni S.p.A. al recapito sopra indicato - e-mail: privacy@ugfassicurazioni.it.

Note

1) Ad esempio, contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi e consorzi propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.

2) Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale. Sono considerati particolarmente delicati anche i c.d. dati giudiziari relativi a sentenze o indagini penali.

3) Ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio, in materia di accertamenti fiscali, ecc.

4) Ad esempio, per predisporre o stipulare polizze assicurative, per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo Unipol, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; l'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; l'analisi di nuovi mercati assicurativi; la gestione ed il controllo interno; attività statistico-tarifarie.

5) Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. ed UGF Assicurazioni S.p.A., cui è affidata la gestione di alcuni servizi condivisi per conto delle altre società del Gruppo Unipol.

6) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia o anche all'estero (ove richiesto), da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori, mediatori di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; SIM; Società di gestione del risparmio; periti, legali; società di servizi, tra cui società che svolgono servizi di gestione e liquidazione dei sinistri (quali le Centrali Operative), servizio di quietanzamento, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta in arrivo e in partenza; medici, strutture sanitarie o cliniche convenzionate da Lei scelti; nonché ad enti ed organismi del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (indicati nell'elenco disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per il Riscatto).

7) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.



Quando il medico è amministratore o sindaco

di Ugo Venanzio Gaspari (*)

Nel quadro generale i compensi percepiti da chi è chiamato a svolgere attività di amministratore, sindaco o membro di commissione sono classificabili, ai fini fiscali e previdenziali, in tre categorie:

- attività di lavoro autonomo esercitate in modo professionale ed abituale;
- lavoro parasubordinato;
- attività di lavoro autonomo esercitate in modo non abituale e non professionale.

Rientrano nella prima categoria le attività esercitate in modo "sistematico ed organizzato" (concetto di professionalità) nonché in modo "regolare, stabile e non occasionale" (concetto di abitualità). Appartengono a questa classe gli incarichi svolti nell'esercizio tipico di una professione (per esempio l'attività di Amministratore o Sindaco svolta da un Dottore Commercialista). Tale fattispecie è rinvenibile anche in campo medico, in relazio-

ne ai soli compensi percepiti dai componenti dei Consigli Direttivi degli Ordini, dagli amministratori della FNOMCeO e dai partecipanti alle Commissioni esclusivamente dei suddetti Enti. In questi casi, infatti, i compensi sono attratti nella sfera dei redditi di lavoro autonomo professionale e abituale in quanto ai medici vengono conferiti compiti rientranti nelle attribuzioni esclusive della professione medica.

L'Agenzia delle Entrate, con parere espresso in data 21 luglio 2003, prot. N. 954-115468/2003, ha infatti riconosciuto l'esistenza di una "connessione tra l'attività resa dall'Ordine Provinciale dei Medici e l'oggetto della stessa attività professionale degli iscritti". In conclusione, i compensi percepiti per gli incarichi ordina-

stici concorrono alla formazione del reddito di lavoro autonomo, ad esclusione di sindaci e revisori contabili, per lo svolgimento della cui mansione non è richiesto il ricorso alle specifiche conoscenze professionali necessarie per lo svolgimento dell'attività sanitaria.

I medici che partecipano alle riunioni dei Consigli di Amministrazione, dei Collegi Sindacali, delle Commissioni e delle Assemblee dell'Enpam e ad altre istituzioni mediche diverse dagli Ordini, non rientrano nella suddetta fattispecie e pertanto operano in regime di lavoro parasubordinato oppure di lavoro autonomo esercitato in modo non abituale e non professionale (lavoro autonomo occasionale), a seconda che la prestazione sia (rispettivamente) superiore o inferiore ai

30 giorni all'anno ovvero che l'emolumento percepito superi, o meno, i 5.000 euro all'anno. Nella tabella si riassumono le possibili casistiche di inquadramento fiscale e previdenziale per le prestazioni di amministratore o sindaco del medico nell'ambito delle istituzioni mediche.

Unica eccezioni è rappresentata da quei medici che possiedono il requisito di professionalità e di esercizio tipico della professione anche in merito all'attività di amministratore o sindaco. È il caso del medico iscritto anche al Registro dei Revisori Contabili, che svolge in modo sistematico ed organizzato l'attività di amministratore o sindaco. Per chi appartiene a queste categorie, è richiesta l'attivazione di uno specifico ulteriore codice di attività abbinato alla partita iva, ed è dovuto il contributo previdenziale alla gestione separata Inps. •

(*) *Presidente del Collegio Sindacale*

Attività di lavoro autonomo esercitate in modo professionale ed abituale

	ENPAM E ALTRE ISTITUZIONI	FNOMCEO E ORDINI
Amministratori	Lavoro parasubordinato	Lavoro autonomo professionale
	Inps gestione separata	Enpam Quota B
Sindaci	Lavoro parasubordinato	Lavoro parasubordinato
	Inps gestione separata	Inps gestione separata
Membri di Commissioni e partecipanti alle Assemblee (< 30 gg o 5.000 euro annui)	Lavoro autonomo occasionale	Lavoro autonomo professionale
	Anche se in possesso di P.Iva, il medico dichiara il reddito nei Redditi Diversi, ivi deducendo le spese sostenute, e senza alcun onere previdenziale	Enpam Quota B
Membri di Commissioni e partecipanti alle Assemblee (> 30 gg o 5.000 euro annui)	Lavoro parasubordinato	Lavoro autonomo professionale
	Inps gestione separata	Enpam Quota B

Risvolti pensionistici della maternità

di Marco Perelli Ercolini (*)

A proposito dei periodi di maternità fuori dal rapporto di lavoro con accredito figurativo e possibilità di riscatto, in un recente messaggio l'Inps ribadisce quanto previsto dall'articolo 2 comma 504 della legge 244/2007 (finanziaria 2008) e precisamente che il diritto all'accREDITO ed al riscatto di cui agli art. 25, comma 2, e 35, comma 5, del Testo (DLgs 26 marzo 2001, n. 151) deve essere riconosciuto prescindendo dalla collocazione dell'evento e dal fatto che, antecedentemente o successivamente al periodo oggetto di domanda, sia stata svolta attività lavorativa in settori che non prevedevano o non prevedano l'accREDITO figurativo o il riscatto per maternità. Inoltre, sussistendo i requisiti richiesti, il numero di settimane da accreditare per i periodi corrispondenti all'astensione obbligatoria per mater-



nità verificatesi fuori dal rapporto di lavoro, anche antecedenti al 1972, è pari a n. 22 (due mesi precedenti e tre mesi successivi al parto) indipendentemente dalla tipologia di lavoro svolto prima o dopo l'evento. Allo stesso modo, la durata dei periodi corrispondenti al congedo parentale al di fuori del rapporto di lavoro da ammettere a riscatto è pari a quella determinata dall'art. 32 del DLgs 26 marzo 2001, n. 151.

Poiché l'argomento è poco conosciuto e può interessare alcune colleghe medico riteniamo di un certo interesse una disamina della normativa che riguarda queste posizioni.

Il decreto legislativo 151/2001 prevede la possibilità del riconoscimento ai fini della pensione dei periodi corrispondenti al-

l'astensione obbligatoria per maternità mediante accredito figurativo e all'astensione facoltativa mediante riscatto, indipendentemente dalla loro collocazione temporale.

Si deve inoltrare apposita domanda corredata dal certificato di nascita del o dei figli, all'Ente di previdenza per tramite del datore di lavoro o direttamente: Inps per i dipendenti privati e Inpdap per i lavoratori della pubblica amministrazione. In attività di servizio va data copia al datore di lavoro per l'allestimento della documentazione che va prodotta all'ente previdenziale per la predisposizione della relativa posizione nei fascicoli personali e, quindi, per il perfezionamento della pratica di pensione.

L'accREDITO contributivo, figurativo e con riscatto, riferito a tali periodi, è utile sia

ai fini del diritto che della misura del trattamento di pensione.

Per l'accREDITO dei contributi figurativi per i periodi di astensione obbligatoria di maternità non in costanza di attività lavorativa è necessario il possesso, alla data della domanda, di cinque anni di contribuzione (nell'arco dell'attività lavorativa) versata in costanza di rapporto di lavoro. In tale montante contributivo per l'Inpdap (informativa numero 8 del 28 febbraio 2003) va inclusa non solo la contribuzione obbligatoria accreditata in costanza di effettiva attività lavorativa, ma anche quella derivante da riscatto di periodi non coperti da contribuzione o da eventuali altri periodi di contribuzione figurativa accreditabile in costanza di rapporto di lavoro.

Per il riscatto dei periodi di astensione facoltativa, invece, è necessario il possesso, alla data della domanda, di cinque anni di contribuzione versata in costanza di "effettiva" attività lavorativa. La normativa prevede che il periodo massimo ammesso al riscatto è di 5 anni.

I periodi di cui si richiede l'accREDITO della contribuzione figurativa e il riscatto non debbono essere coperti da altra assicurazione previdenziale.

La durata dei periodi da accreditare figurativamente e quelli da ammettere al riscatto nonché l'individuazione dei soggetti aventi diritto, varia in relazione alla

I periodi di cui si richiede l'accREDITO della contribuzione figurativa e il riscatto non debbono essere coperti da altra assicurazione previdenziale

La normativa prevede che il periodo massimo ammesso al riscatto sia di 5 anni

normativa vigente all'epoca in cui si è verificato l'evento maternità.

Pertanto :

- per gli eventi maternità verificatisi dal 4 gennaio 1951 al 17 gennaio 1972 (L. 860/1950 e L. 394/1951)

a) avente diritto: solo la madre;

b) periodo valutabile per l'accredito di contributi figurativi: 6 settimane prima del parto e 8 settimane dopo il parto (o maggiori periodi se con previsioni più favorevoli nei contratti di settore o categoria);

c) periodo valutabile per il riscatto: 6 mesi collocabili nel primo anno di vita del bambino.

- Per gli eventi maternità verificatisi dal 18 gennaio

1972 al 17 dicembre 1977 (L. 1204/1971)

a) avente diritto: solo la madre;

b) periodo valutabile per l'accredito contributi figurativi: 2 mesi antecedenti la data del parto e i 3 mesi successivi;

c) periodo valutabile per il riscatto: 6 mesi collocabili nel primo anno di vita del bambino.

- Per gli eventi maternità verificatisi dal 18 dicembre 1977 al 27 marzo 2000 (L. 1204/1971 e L. 903/1977)

a) avente diritto: madre, padre (in alternativa alla madre, qualora la stessa vi abbia rinunciato all'epoca dell'evento. La rinuncia deve essere debitamente documentata da dichiarazione del datore di lavoro o con dichiarazione sostitutiva con l'indicazione dell'Ufficio, Ente o Azienda presso cui prestava servizio);

b) periodo valutabile per l'accredito contributi figurativi: 2 mesi antecedenti la data del parto e i 3 mesi successivi;

c) periodo valutabile per il riscatto: 6 mesi collocabili nel primo anno di vita del bambino.

- Per gli eventi maternità verificatisi successivamente al 28 marzo 2000 (L. 53/2000)

a) sia per l'accredito della contribuzione figurativa, sia per il riscatto valgono gli stessi criteri e gli stessi limiti temporali previsti per le maternità verificatesi nel corso di un rapporto di lavoro.

In particolare, la contribuzione figurativa è riconosciuta senza alcun onere a carico del dipendente. Il riscatto, invece, comporta a carico del richiedente il versamento del relativo contributo di riscatto.

Per gli iscritti alle ex Casse Pensioni (Cpdel, Cps, Cpi, Cpug), la domanda di riscatto deve essere presentata in costanza di rapporto di impiego ovvero entro il limite perentorio di 90 giorni dalla data di cessazione dal servizio. Nel caso di morte dell'iscritto, che avvenga in attività di servizio o entro i 90 giorni dalla cessazione dal servizio, la domanda può essere presentata dai superstiti aventi diritto a pensione entro il termine di 90 giorni dalla data del decesso (coniuge superstite, orfani minorenni, ecc.).

Per i dipendenti statali, invece, le domande di riscatto debbono essere presentate in attività di servizio, almeno due anni prima del raggiungimento del limite di età (65 anni), pena la

decadenza. Qualora la cessazione dal servizio abbia luogo prima del compimento del 63° anno di età, la domanda di riscatto deve essere presentata, a pena di decadenza, entro 90 giorni dalla comunicazione del provvedimento di cessazione. In caso di decesso in attività di servizio del dipendente la domanda dei superstiti aventi diritto a pensione deve essere presentata entro 90 giorni decorrenti dalla notifica di apposito invito da parte della Amministrazione (e precisamente l'Ufficio competente a liquidare la pensione interpella gli aventi causa - articolo 7 legge 274/1991).

L'Inps precisa che l'accredito figurativo dei periodi corrispondenti all'astensione obbligatoria ed il riscatto dei periodi corrispondenti all'astensione facoltativa per maternità possono essere richiesti anche dai superstiti, ovviamente a condizione che il dante causa fosse in possesso dei requisiti previsti.

Va precisato, anche, che il comma 2 dell'articolo 14 del Dlgs n. 503/1992 prevede che la facoltà di riscatto dei periodi corrispondenti a quelli di assenza facoltativa del lavoro per gravidanza e puerperio "non è cumulabile con il riscatto del periodo del corso legale di laurea", indipendentemente dall'entità dei periodi riscattabili e ancorché gli stessi non si sovrappongano cronologicamente. •

(*) *Consigliere Enpam*





Il Prof. Paolo Arullani

Il Prof. Paolo Arullani – Presidente dell'Università Campus Bio-Medico di Roma - ha studiato Medicina presso l'Università "La Sapienza" di Roma e l'Università di Catania. Si è specializzato in Gastroenterologia ed in Medicina interna. Nel 1989 ha dato vita al comitato tecnico ed organizzativo per la creazione dell'Università Campus Bio-Medico di Roma, un Ateneo che oggi dispone di cinque Corsi di Laurea: Medicina e Chirurgia, Ingegneria Biomedica, Infermieristica, Scienze dell'Alimentazione e della Nutrizione Umana, Tecniche di Radiologia medica per immagini e Radioterapia

Non una nuova università ma una università nuova

L'Università Campus Bio-Medico di Roma rappresenta oggi una moderna struttura che ha sfornato dalla sua nascita 1.539 laureati. La didattica, la ricerca e l'assistenza. La salute e la dignità del paziente sono tra i principali obiettivi

di Carlo Ciocci

Quando nasce e con quali finalità il Campus Bio-Medico di Roma?

Nasce alla fine degli anni Ottanta. A quel tempo mi trovavo a Milano quando l'iniziativa di realizzare una nuova struttura assistenziale, che avesse anche la componente universitaria, iniziò a prendere forma. Ci trovammo di fronte ad una decisione fondamentale: dove realizzarla? Il Nord del Paese aveva il vantaggio di una forte efficienza ed una maggiore disponibilità di risorse economiche, mentre il Sud presentava un più marcato bisogno di strutture sanitarie competitive. Avevamo però l'ambizione di rappresentare una realtà al servizio dell'intero territorio nazionale e scegliemmo alla fine Roma come nostra se-



Il Policlinico del Campus Bio-Medico

de. Avviammo le attività in modo graduale, presso la sede di via Longoni. Eravamo all'inizio un Istituto Universitario con la Facoltà di Medicina e Chirurgia. Era il 1992. L'anno successivo fu avviata l'attività del Policlinico Universitario.

Perché una nuova Università?

Ricordo che in quegli anni

un giornale, a proposito del Campus Bio-Medico di Roma, ebbe a scrivere che non era nata una nuova università, ma un'università di tipo nuovo; non era stato realizzato un nuovo Policlinico, ma un Policlinico di tipo nuovo.

Questa definizione ci colpì molto, perché rispondeva veramente alle nostre intenzioni. Sin dall'inizio ci eravamo impegnati a rea-

lizzare un modello di assistenza sanitaria capace di riaffermare la centralità del paziente: il paziente al centro dell'attenzione dei medici, degli infermieri, del personale amministrativo, di tutti gli operatori del Policlinico Universitario. Allo stesso tempo sapevamo che solo una didattica capace a sua volta di porre al centro delle proprie attenzioni lo studente – cosa tutt'altro che scontata – avrebbe formato professionisti capaci un domani di assistere un paziente secondo il medesimo principio.

L'altro grande obiettivo fu di realizzare una sinergia efficace e duratura tra le componenti del mondo universitario: la didattica, la ricerca e, nel caso della Facoltà di Medicina, l'assistenza sanitaria. Queste tre componenti dovevano essere costantemente unite e crescere insieme. Solo que-

sta sinergia permette infatti a un'università di mantenersi viva nel tempo.

Gli studenti come possono accedere al Campus Bio-Medico?

L'Università Campus Bio-Medico di Roma è un Ateneo non statale che fornisce un servizio pubblico ed è quindi a disposizione di tutti con le medesime regole di accesso delle università statali. Il sistema di ammissione degli studenti ai Corsi di Laurea dell'ambito medico-sanitario è regolato dal numero programmato e anche da noi l'iscrizione prevede il superamento di una prova scritta e una orale, tese a valutare le capacità dello studente. I posti previsti per il I anno di corso oscillano dagli 82 della Laurea in Medicina e Chirurgia ai circa settanta per gli altri Corsi.

A che punto siete con la ricerca?

C'è stato un forte impegno del nostro Ateneo per riuscire a inaugurare contemporaneamente, nel marzo dell'anno scorso, il Polo di Ricerca Avanzata in Biomedicina e Bioingegneria accanto al nuovo Policlinico Universitario. Questo è coerente con l'intenzione di fare crescere insieme assistenza sanitaria, ricerca e ovviamente anche la didattica. La ricerca su cui stiamo puntando è fortemente orientata all'attività clinica e cerchiamo di fare in modo che venga svolta da medici impegnati anche in attività di assistenza sanitaria. È in atto infatti in molti Paesi un processo di "demedicalizzazione" della ricerca, che non ci convince.

Medici completamente assorbiti dagli impegni di as-

sistenza hanno sempre meno tempo per pensare all'innovazione delle terapie, mentre nei laboratori ricercatori senza contatto diretto con l'attività clinica, hanno sempre più difficoltà a lavorare a progetti che partano dai reali bisogni del paziente.

Attualmente al Campus Bio-Medico abbiamo nove linee di ricerca, nelle quali si raccolgono i programmi dell'Ateneo. Tra queste anche le patologie dell'invecchiamento e il tema connesso della prevenzione, argomenti sicuramente importanti anche per un ente previdenziale come l'Enpam.

Per quanto concerne le patologie dell'invecchiamento, abbiamo un forte impegno assistenziale nell'Area della Fisioterapia e della Rieducazione grazie al Centro per la Salute dell'Anziano del nostro campus universitario. È una struttura che siamo riusciti a realizzare anche grazie alla sensibilità di Alberto Sordi ed alla sua munificenza.

Da dove vengono i pazienti che si rivolgono al Campus Bio-Medico?

Da Roma e, per un buon 20 per cento dei pazienti, dalle altre regioni d'Italia. Per quanto riguarda gli studenti, la percentuale dei fuori sede è invece superiore alla metà. Sono nel complesso dati che dimostrano la capacità di attrazione della struttura. Gli stessi organismi europei hanno dimostrato di credere al nostro progetto con fondi destina-

ti alla costruzione del Polo di Ricerca inaugurato, come già accennavo, l'anno scorso.

Il Policlinico Universitario, non dà l'impressione di un ospedale. A quale modello architettonico vi siete ispirati?

La nostra *Mission* non poteva non influenzare l'architettura degli ambienti nei quali ogni giorno offriamo assistenza ai pazienti e dove lavorano tante persone. Se si è veramente impegnati a porre il paziente sempre al centro, allora nella scelta dei colori per le pareti, si punta su colori tenui e caldi per persone che non stanno bene e cercano una dimensione confortevole e rilassante. Anche gli arredi devono essere curati. Per lo stesso motivo abbiamo fatto attenzione alla presenza di luce negli ambienti, tanto che nel nostro Policlinico Universitario perfino la terapia intensiva ha finestre, per consentire al paziente di distinguere il giorno dalla notte e, anche in questo modo, facilitarne la ripresa. Un complesso sistema di areazione impedisce che nel nostro Policlinico Universitario si diffondano odori sgradevoli. Anche la grande hall d'ingresso è stata studiata, con i suoi negozi, bar, salotti, scale mobili e altro, per evitare un passaggio troppo improvvisato da parte del visitatore tra la vita quotidiana e quella ospedaliera. Tutto questo è "centralità del paziente". •

L'ATENEIO IN CIFRE

Studenti e dottorandi	887+35
Specializzandi	250
Laureati dalla nascita dell'Ateneo nel 1993	1.53
Laureati in corso dal 1993	72%
Docenti strutturati	84
Rapporto docenti/studenti	1/10,5
Dati aggiornati al 31 dicembre 2008	

IL POLICLINICO IN CIFRE

	2009	a regime
Posti letto	288	393
Sale operatorie	9	18
Personale medico	161	
Personale infermieristico	234	
Altro personale sanitario e tecnico	159	
Pazienti provenienti da altre regioni	20%	
Tempi medi di degenza (giorni)	4,7 (*)	

(*) Media nazionale: 6,7 giorni (Fonte: Ministero Lavoro, Salute e Politiche Sociali, 2008)



Il prof. Rocco Bellantone

Professor Rocco Bellantone, ordinario di chirurgia e direttore della Struttura Complessa di Chirurgia endocrina (UOC) del Policlinico “A. Gemelli” di Roma. Calabrese, allievo di Francesco Crucitti che lo ha voluto con sé nell'équipe che operò il Santo Padre. Laureato in Cattolica nel 1977 è autore di oltre 500 pubblicazioni sulle maggiori riviste chirurgiche mondiali e ormai da anni è chiamato a conferenze nelle più prestigiose università americane

Ma chi è il chirurgo, Dr. Jekyll o Mr. Hyde?

Un convegno a Roma offre l'occasione per “toccare con mano” quanto sia diversa la percezione del professionista nell'immaginario collettivo e nella realtà quotidiana. E perché cominciano a vedersi i primi “vuoti” nelle scuole di specializzazione in chirurgia...

di Andrea Sermoniti

Quello dell'endocrino-chirurgia è una branca della medicina dove esiste una ‘storica’ collaborazione tra italiani e francesi. “Al punto tale che due anni fa – dice Rocco Bellantone – mi hanno fatto il grandissimo onore di nominarmi vice-presidente della società francese di endocrino-chirurgia. Da qui mi è venuta l'idea di proporgli di fare il congresso francese, per la pri-

ma volta nella loro storia... fuori dalla Francia, a Roma! Hanno accettato subito in maniera entusiasta, e a quel punto era ovvio unire al loro anche il congresso delle società italiane di endocrino-chirurgia”. Tre giorni in cui i due gruppi di specialisti hanno avuto l'opportunità di lavorare sia separatamente che congiuntamente: “non dimentichiamo che le due scuole – quella italiana e quella transalpina – sono universalmente riconosciute come le migliori al mondo nel campo dell'endocrino-chirurgia, e questo ci ha permesso di confrontarci e verificare gli stati di avanzamento e interessantissime novità di altissimo valore scientifico: *in primis* la chirurgia

endoscopica della tiroide ed il trattamento laparoscopico della patologia surrenalica. Una presenza compatta e numerosa – abbiamo ‘contato’ qualcosa come trecento specialisti francesi e circa cinquecento italiani – se consideriamo l'alta specificità di questa branca: in pratica erano presenti quasi tutti medici che si occupano di questa specialità”.

Il chirurgo virtuale e il chirurgo reale: che cosa significa?

Nella giornata inaugurale abbiamo voluto affrontare un tema assai sentito e, per certi versi, che esula dall'ambito più scientifico: ci siamo resi conto che la figura del medico in generale – e chirurgo in par-

ticolare – è molto cambiata rispetto al passato e che nella realtà siamo molto, molto diversi da come ci immagina la gente! Abbiamo incaricato alcuni esperti di Scienza della comunicazione di fare una sorta di *collage* di film e telefilm storici e famosi sui medici che partendo da come era considerato e percepito nell'immaginario collettivo – belle macchine, soldi e una figura come quella rappresentata dal grande Alberto Sordi quando vesti i panni del dottor Guido Tersilli che faceva il giro di visita circondato da bellissime infermiere – arriva lentamente al professionista di oggi che, come tanti altri, lavora con umiltà, grandi *stress* e costretto a confrontarsi con problematiche... non solo di tipo medico! Il tutto affrontando anche temi scabrosi come quello – che noi riteniamo addirittura ‘persecutorio’ – del giudizio sulla nostra attività. Non è un caso che ormai si comincino a vedere posti vuoti nelle scuole di specializzazione post-universitarie, cosa assolutamente impensabile fino a qualche anno fa! E' finita l'era dei grandi guadagni e, in alcune specialità – tra cui proprio la chirurgia – ci sono denunce quotidiane con conseguenze dal punto di vista dei mass-media e dell'opinione pubblica assolutamente devastanti e che, soprattutto per un giovane alle prime armi, possono portare addirittura alla fine

**L'atto medico
è ancora oggi
governato
da una legge
del lontano 1931**

anticipata della carriera. E i giovani non hanno nessuna voglia di sopportare questa pressione per arrivare, poi, a dei guadagni assolutamente 'anonimi' per lo sforzo culturale ed economico che ha comportato raggiungere questa specializzazione.

Quali soluzioni propone come segretario della Società italiana di chirurgia?

Abbiamo chiamato vari parlamentari che, moderati dalla giornalista parlamentare della Rai Anna La Rosa, ci hanno aggiornato su come il Parlamento cerca di affrontare questo problema. Debbo dire che in questi giorni in Senato si sta discutendo un disegno di legge che secondo noi contiene spunti innovativi molto importanti e che cerca di intervenire a tutela della responsabilità del medico in sede civile e sul problema annoso delle perizie, cercando di rendere

queste ultime... un poco più giuste! I medici e i chirurghi lo sanno, ma forse l'opinione pubblica non è pienamente cosciente del fatto che l'atto medico è ancora governato da una legge del 1931, quando il rapporto medico-paziente era ben diverso sia nei numeri che nei ruoli e nelle conoscenze!

A livello di specializzazione e di preparazione dei giovani universitari cosa proponete?

Anche qui c'è molto da cambiare, e debbo dire che in questo campo l'Europa ci sta venendo incontro perché siamo 'costretti' ad uniformarci alle scelte fatte a livello continentale. E' indubbio che, soprattutto in chirurgia, la preparazione debba essere profondamente rivista, perché l'età media in cui il chirurgo inizia ad effettuare grossi interventi è molto alta, al di

fuori delle logiche di mercato di tutto il mondo. Abbiamo quindi bisogno di Scuole che preparino i chirurghi ad essere in grado, subito dopo la specializzazione, di effettuare qualsiasi tipo di intervento. E questo, al di là dei guadagni e delle 'persecuzioni' giuridiche, forse sarà il momento più importante per restituire ai giovani medici l'entusiasmo necessario.

Tante lamentele, critiche e attacchi alla categoria dei chirurghi, ma poi scopriamo che quelli italiani sono ai massimi livelli mondiali! I viaggi della speranza tristemente noti nel passato non esistono più e, al contrario, i nostri chirurghi sono chiamati ai più importanti congressi mondiali per portare il loro expertise...

Absolutamente vero, e in tutti i campi della chirurgia! Ma restando all'endo-

crinologia non è un mistero che l'Italia sia considerata ai primi posti nel mondo, sia a livello medico che chirurgico. Nelle nostre sale operatorie abbiamo quotidianamente colleghi dagli Stati Uniti e da altri paesi del mondo che vengono proprio per imparare, per esempio, le tecniche mini-invasive che abbiamo sviluppato proprio noi a Roma insieme ai colleghi di Pisa, e che si stanno rapidamente diffondendo nel mondo.

Ottimista o pessimista sul futuro della professione?

Se non fossi ottimista non avrei scelto di fare il chirurgo, perché... bisogna esserlo sia personalmente che per la gente che capita di operare: nessuno affronterebbe i grossissimi "rischi" che si corrono nella speranza di offrire grandi vantaggi al paziente se non fosse ottimista. E poi sono certo che i nostri allievi chirurghi lavoreranno molto meglio di noi oggi.

E i giudici che dicono?

Dieci anni fa i magistrati erano ferocemente critici nei nostri confronti, mentre oggi li troviamo profondamente consci del fatto che siamo una classe 'perseguitata', spesso per soli motivi economici. E riconosciamo che la stessa classe politica, al di là della facile demagogia, cerca oggi di cambiare le leggi per permetterci di lavorare meglio. •

CHIRURGIA TIROIDEA MINI-INVASIVA E VIDEO-ASSISTITA

Ogni anno in Italia si eseguono circa 40mila interventi alla tiroide. Il professor Rocco Bellantone è stato fra i primi in Italia a dare ampio spazio alle moderne tecniche di Endocrinochirurgia mini-invasiva e ha ideato e messo a punto insieme al professor Paolo Miccoli una nuova tecnica di chirurgia tiroidea video assistita – la MIVAT – acronimo di *Minimally-Invasive Video-Assisted Thyroidectomy*. Questa tecnica può essere eseguita in caso di gozzo quando il volume tiroideo sia inferiore ai 25 ml ed in caso di nodulo tiroideo singolo quando la dimensione non sia superiore ai 3 cm di diametro. La tecnica è indicata per i noduli microfollicolari ed i carcinomi papillari, quindi patologie sia benigne che maligne, ma anche i gozzi, tossici e non, di piccole dimensioni. La MIVAT è una procedura che prevede un'incisione minima, di circa 1,5 centimetri, e quindi una cicatrice ridotta. Un vantaggio estetico di rilievo dato che la maggioranza delle persone operate sono giovani donne. Riducendo l'incisione anche il dolore ed trauma sui tessuti risultano minimizzati. Ci sono anche vantaggi pratici, come la possibilità di farsi subito la doccia (non vengono apposti punti di sutura). Subito dopo l'intervento il paziente può alzarsi, mangiare e viene dimesso in 24 ore.

Il mondo scientifico si aggiorna su Second Life

di Mauro Miserendino

La formazione scientifica cambia veste e diventa un gioco di ruolo con personaggi animati in tre dimensioni. Accade su Second Life. Che non è solo un portale sulla realtà virtuale utilizzato nel mondo da 16 milioni di navigatori di internet per scambiarsi informazioni e condividere passioni. In Italia 22 mila utenti lo utilizzano in cerca di formazione. E il bacino potenziale è infinito: gli italiani registrati sono 30 volte di più, una platea così vasta che si dà per imminente una versione con comandi in italiano a cura del Linden Lab, la multinazionale che a San Francisco ha inventato questo universo parallelo.

Per ora tuttavia, oltre a dotarsi di un computer con processore 2-Ghz (su Windows Vista, con XP basta 1,5) collegamento Internet a banda larga e scheda grafica potente, chi vuole na-

I corsi di educazione continua in medicina non sono sufficienti in Italia per tutte le specialità



vigare sul sito www.seconddlfe.com farà bene a conoscere l'inglese. Poi, iscrivendosi (gratis), si doterà di un "avatar": un proprio doppione virtuale formato cartoon che gira il programma e, se non ha indirizzi precisi, si perde.

Peraltro, non è difficile rintracciare nozioni su tecniche di rianimazione cardiopolmonare, o basi di primo soccorso o sessioni di inglese scientifico.

"Sono in rete molti corsi per psicologi, biologi, odontoiatri e medici. I più avanzati sono statunitensi, giapponesi, britannici e tedeschi", riassume Emilio Pozzi presidente dell'Ordine dei medici di Bergamo.

Pozzi vorrebbe trapiantare su Second Life la formazione a distanza classica. "I corsi di educazione continua medica in Italia non sono sufficienti per tutte le

specialità. E poi, frequentare, spesso recandosi in altre città, costa. Talora è meglio leggere un buon libro o aderire a programmi di formazione on line per poi compilare un questionario interattivo. Ma in certi set di apprendimento, anziché mandare a memoria dei lucidi, si può interagire con colleghi all'interno di un bel cartone animato dove siamo noi i protagonisti. La soluzione tra l'altro è meno costosa sia per il discente sia per chi produce il corso, poiché quest'ultimo - afferma Pozzi - pur creato una volta sola, è fruibile infinite volte, gratuitamente, almeno finché non viene aggiornato".

Pozzi si è innamorato delle potenzialità del mondo in 3D dopo aver scoperto l'isola Eureka dell'Istituto auxologico italiano. Qui, giovani obesi e anoressici

interagiscono con lo psicologo curante; pazienti depressi si sottopongono a terapie singole e di gruppo on line; studenti frequentano spazi virtuali per conferenze. Su un'altra isola tutta italiana, Prometeo, accanto a riproduzioni di Cinecittà e di Milano, il Dipartimento integrato di oncologia ed ematologia del Policlinico di Modena ha intrapreso i lavori per sceneggiare la prima fiction nostrana sulla gestione del tumore del seno (www.com.unimo.it/immagini/default.htm). Lo stesso Pozzi, con un ingegnere informatico del Linden Lab e lo staff dell'Ordine bergamasco, ha approntato un corso virtuale sulla terapia del dolore e l'assistenza al paziente terminale. L'ambizione è di formare 2 mila tra medici, infermieri e assistenti ospedalieri. Ma di aggiornamento in italiano c'è poco altro. Così, in giro per isole "anglosassoni", incontriamo tanti connazionali: infermieri che seguono i programmi di triage dell'Università dell'Idaho e psicologi che imparano ad affrontare il bullismo dai colleghi del Bronx.

In linea ci sono in media 50 mila avatar. Il nostro, mima come in uno specchio i movimenti delle nostre dita alla tastiera mentre la formatrice (mentor) del Linden Lab, rigorosamente anonima, ci aggiorna in linea (per la cronaca, lo imita: digita parole nell'aria). Ci spiega che gli studenti italiani hanno un sottogruppo denominato

Italian Medicine Scheda Web, e lamentano che, benché in Italia vi siano corsi in fase avanzata, il ministero del Welfare è ben lontano dall'accreditarli. Il mondo in 3D è fatto di isole tropicali o nevai incontaminati che si alternano a plastici di città. Ovunque insegne: sono operatori reali, grandi aziende che si fanno pubblicità a volte colonizzando grattacieli, quartieri o isole. "Si può edificare un'isola a prezzi convenienti, diminuiti negli ultimi anni", spiega Pozzi. "Un lotto di 2 mila metri quadri costa 10 mila linden (il linden è la moneta di second life) e 250 linden fanno un dollaro; con 30 euro si acquista un'area

Trapiantare su Second Life la formazione a distanza classica

dove farsi pubblicità, e per possedere un'isoletta bastano anche 300 euro. Con altri 1000-2000 euro si inseriscono nella "isola" programmi che ospitano filmati per una formazione interattiva efficace".

I ricavi del Linden Lab arrivano anche dalla vendita di gadget virtuali: tranne alcune utilities gratuite, tutto si paga con carta di credito, dai capi di abbigliamento che l'avatar indossa fino al possesso di

"terra". "Ma lo studente, che fruisce solo di progetti di formazione anziché offrirne, può utilizzare gratuitamente i sistemi di apprendimento", sottolinea Pozzi.

Chi studia, in genere "salpa" dall'Health Info Island, luogo di scambio per il pubblico e per operatori del settore. Uno dei santuari dell'apprendimento è Genome, isola dove è stato riprodotto un progetto Usa di formazione in genetica. Ci muoviamo tra cellule-cartoon, con uno zoom per esplorare particelle più piccole; affrontiamo la lettura del Dna, i difetti dei 23 cromosomi, che si presentano come altrettanti segnali; cliccando sopra, otteniamo una didascalia informativa scaricabile nel pc. Per ogni organo si possono sapere più cose o anche interagire, provocare reazioni chimiche, creare utilizzando la parte destra del mouse e scegliendo poi con il pulsante sinistro.

Visitiamo un ospedale virtuale, il Palomar West Hospital. Ha reparti e pazienti: sono alter ego di medici e di giornalisti o consumatori che sperimentano la condizione di camice bianco e malato. Se accediamo a un livello formativo superiore - con la tessera acquistata on line che ci permette di pagare un braccialetto di partecipazione - visitiamo stanze chiuse di degenza e approfondiamo i temi con medici e infermieri dell'ospedale: tutti avatar di veri professionisti, in linea con noi.

Su un'auto virtuale e poi in volo, ci spostiamo in altre parti di Second Life, mondo che si può conoscere al massimo al 2 per cento. Su un'isola sperduta, all'ombra di due pulsanti-bomba (Victim e Rescue), ritroviamo il nostro avatar: è steso a terra. La splendida copia-cartoon dell'operatrice, con movimenti pre-registrati, ci pratica basic life support e massaggio cardiaco. "Stiamo sceneggiando un corso di rianimazione cardiovascolare per medici di famiglia e soprattutto del 118, che sarà esteso anche a infermieri professionali e a volontari". La mentor non può dirci di più.

Approdiamo infine al progetto di Pozzi sull'assistenza al malato terminale. Con corsi residenziali, finora ha addestrato alle cure palliative 60 formatori nella Bergamasca, ma ora con alcuni presidenti di Ordine dei medici lombardi ha un progetto per aggiornare ospedalieri, medici di famiglia, infermieri. Motto: in rete, non solo lucidi e didascalie. "Con poche migliaia di euro all'anno si possono sperimentare nuove forme di educazione continua medica realistiche ed efficaci. Dal body life support alla terapia del dolore, dalla tutela nei luoghi di lavoro alla lotta ai bulli - conclude Pozzi - di spazio per far crescere l'utenza ce n'è. Però occorre selezionare bene programmi ed argomenti. In una parola, dedicarsi". •



Gambe legnose e gravi incidenti

Colpiscono soprattutto gli anziani spesso con conseguenze disastrose. Le attrezzature necessarie nelle stanze da bagno

di Antonio Molfese

La *sindrome delle gambe legnose*, da me individuata e descritta, provoca su una o entrambe le gambe dolore, perdita lenta ma completa, anche se temporanea, della sensibilità, della motilità, oltre che del riflesso di postura per cui la persona anziana dopo essere stata seduta per lungo tempo sul gabinetto, può, alzandosi, andare incontro ad una instabilità posturale, condizione oggettiva osservabile, caratterizzata dalla precarietà di mante-

nimento dell'equilibrio durante la posizione eretta o la marcia conseguente all'alterata funzionalità di uno o più meccanismi che cooperano al controllo dell'equilibrio nell'ambito di un sistema altamente integrato tra vie nervose e vascolari.

Le alterazioni della stabilità posturale, in condizioni sia statiche che dinamiche, con un incremento delle oscillazioni posturali in senso antero-posteriore (da ricondurre alle modificazioni involutive di organi ed apparati) generano alcune volte impossibilità ad assumere la stazione eretta e a mantenerla, per cui l'individuo, appena tende a mettersi in piedi, non sorretto dai gruppi mu-

scolari, cade; spesso la causa è riferita, erroneamente, a pavimenti sdruciolevoli o ad altre cause contingenti.

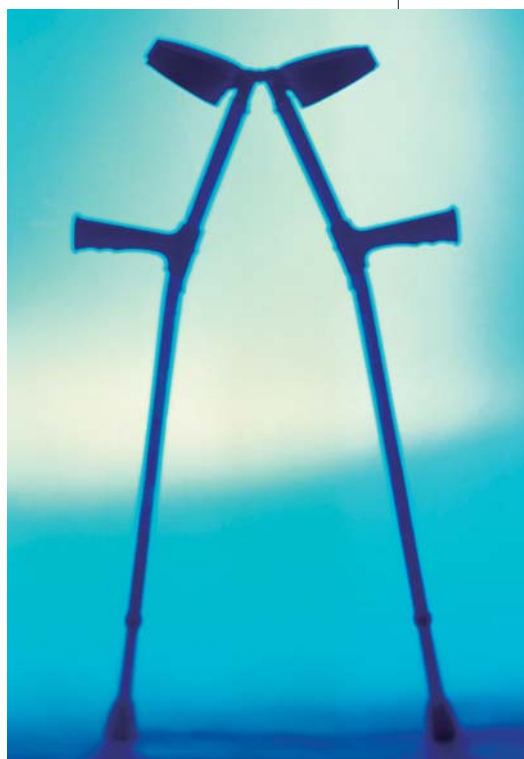
Il problema degli incidenti domestici, nel bagno di casa, è una realtà sempre più frequente in questa società popolata di anziani, specie nella classe d'età che supera i 70 anni e nei soggetti obesi, (l'aumento di peso complica ancor di più il quadro della sindrome). Nei paesi nel nord-Europa, in Svezia in particolare, i bagni per anziani sono dotati di poggiamano al davanti del water in modo che la persona, specie se stitica o con intestino pigro, mantenendosi ben salda al corrimano può riprendere la stabilità posturale, senza la quale, altrimenti, perderebbe l'equilibrio e cadrebbe con conseguenze disastrose (per

fratture agli arti e al bacino). Anche in Italia un'indagine compiuta sugli incidenti domestici tra gli anziani, ha evidenziato una alta incidenza di tale evento.

Gli studi condotti sulle cause delle fratture degli anziani in bagno, evento clinico di estrema rilevanza, in quanto tra le prime cause di grave disabilità, istituzionalizzazione e morte, dovrebbero essere divulgati e fatti conoscere tramite informazioni diffuse dai media, via etere e carta stampata, in modo da prevenire tempestivamente questi gravi incidenti.

È allo studio un dispositivo per minimizzare gli effetti dannosi della sindrome descritta che coinvolge il sistema nervoso centrale (vie nervose afferenti, vie nervose efferenti) ed il sistema vascolare arterioso e venoso.

In conclusione, quindi, per prevenire gli incidenti nel bagno di casa è bene, oltre che adottare tutte le altre norme di sicurezza, anche porre al davanti della tazza del water un poggia mano. •



PIANO NAZIONALE PER LA RIABILITAZIONE

Differenze troppo grandi, da regione a regione, per i cittadini che devono sottoporsi a riabilitazione. Per questo “serve un Piano nazionale per la riabilitazione” – ha sottolineato il vice ministro alla Salute Ferruccio Fazio. In linea di massima “si dovrebbe arrivare a un risultato concreto entro l'anno – prosegue Fazio – bisogna però fare per prima cosa un'analisi della situazione italiana. Solo dopo, infatti, saranno evidenti i modelli virtuosi” da esportare laddove occorre. “Per garantire a tutti i cittadini – ha concluso – una continuità assistenziale sul territorio e costruire un percorso per i malati”.

Una "nuova luce" nella medicina e nella scienza

Con il progetto Sparx si indagherà la materia nel dettaglio, con ricadute positive su diagnosi e terapie



di Livio Frittella

Per Blaise Pascal l'uomo sta in mezzo all'infinitamente grande e all'infinitamente piccolo: per accedere al primo guarda le stelle, per pervenire al secondo osserva gli atomi. Anche per Camille Flammarion la situazione è questa: "L'uomo è un atomo pensante in seno dell'infinito e dell'eternità, vivente sulla Terra tra l'infinitamente grande e l'infinitamente piccolo", scriveva. Pascal però era molto scettico sulla possibilità di giungere alla minima conoscenza relativa ad ambedue i traguardi estremi e forse anche l'astronomo suo conazionale condivideva questo dubbio.

Uomini di oggi, invece, stanno cercando di penetrare gli interstizi della materia per scoprire nuovi modi di migliorare diagnosi e terapie mediche. Smentendo così i

loro predecessori. In quest'operazione si affidano alle cosiddette "nuove sorgenti di luce", frontiere tecnologiche che promettono soluzioni sinora ritenute fantascientifiche. In inglese si chiamano *Linear Coherent Light Source* e servono a studiare la dinamica delle reazioni chimiche, i processi biologici e quindi hanno applicazioni biomediche che si spingono fino alla cura delle malattie neurologiche, dei tumori, dei disturbi cardiovascolari.

L'espressione *Coherent Light* fa subito venire alla mente il laser, ed è proprio di questo che si tratta: un laser ad elettroni liberi (Free Electron Laser - Fel) che è alla base delle nuove sorgenti di radiazione che saranno disponibili nei prossimi dieci anni, ma su cui si sta lavorando già da adesso in Italia, in Francia e in Gran Bretagna. Strumenti del genere

sono capaci di catturare immagini microscopiche in movimento in tempi rapidissimi dell'ordine di 10 milionesimi di miliardesimo di secondo e, dunque, di osservare da vicino molecole ed enzimi carpando ogni segreto che li riguarda, sia in termini di composizione che di funzionamento.

Il progetto italiano si chiama Sparx-Fel ed è svolto in parallelo ad altre sperimentazioni come la britannica New Light Source e i test condotti dal centro di ricerca europeo Esrf (European Synchrotron Radiation Facility). È in fase di costruzione nel territorio dell'Università di Roma Tor Vergata, è finanziato dal Ministero dell'Università e della Ricerca e dalla Regione Lazio, vanta la collaborazione del Consiglio Nazionale delle Ricerche, dell'Enea e dell'Istituto nazionale di fisica nucleare.

Metterà a disposizione una sorgente laser ad elettroni liberi pulsata nella regione spettrale che va da un nanometro (che corrisponde a un milionesimo di millimetro) a dieci nanometri. La radiazione è caratterizzata da impulsi ultra-brevi, compresi tra un femtosecondo (il tempo necessario a un elettrone per passare da un atomo all'altro) e cento femtosecondi, con intensità di radiazione di picco estremamente elevata, almeno sei ordini di grandezza superiore alle sorgenti di radiazione di sincrotrone di terza generazione. L'elevata intensità, l'alta risoluzione temporale e spaziale, la coerenza, rendono tale sorgente unica ed offrono nuove prospettive alla ricerca di base e tecnologica caratterizzata da elevata interdisciplinarietà. Nelle parole dei responsabili del progetto: "Le discipline implicate saranno molteplici e diverse fra loro. Si potranno utilizzare tecniche innovative basate sulla formazione d'immagini a raggi X, studi in funzione del tempo, tanto nella scienza dei materiali che in biologia e medicina, l'estensione di molteplici applicazioni di ottica non lineare a nuove regioni spettrali, nuove direzioni nella microscopia a raggi X e nuove metodologie nel campo della cristallografia delle proteine e della genomica strutturale, che si trova in uno stato di rapidissima crescita". Ci si attende che il progetto si sviluppi per sei anni, poi la nostra visione del mondo – di sicuro – cambierà radicalmente. •

Si può salvare l'arte medica? Prima risposta

di Daniele Romano

E paradossale che da un medico scienziato, che ha segnato importanti tappe nell'evoluzione della medicina, intesa come governo della complessità, come integrazione dei saperi, arrivi un monito a "salvare" l'arte medica dal meccanicismo e dal

riduzionismo scientifico. Nel libro "La complessità in medicina. Fondamenti di un approccio sistemico-dinamico alla salute e alle terapie integrate" (ed. Tecniche Nuove 2009), il professor Paolo Bellavite fonde scienza e prassi, alla luce delle nuove consolidate scoperte sulla vita come sistema "aperto" omeodinamico, perennemente instabile e con funzioni di autoregolazione stabilizzatrici e corretti scambi di informazioni tra i nodi vitali fisiologici. Un'attenzione non generica agli aspetti olistici, all'integrità della persona, all'io, alla semeiotica dei sintomi, ma un vero e proprio trattato di utilità diagnostica e terapeutica fisiopatologica per il medico. Solo attraverso la riappropriazione dell'arte medica con le metodologie scientifiche, la professione medica potrà ritornare ad essere protagonista. E questo è il cruccio del medico-scienziato Bellavite. L'eccesso di specializzazione, la spersonalizzazione dell'atto medico, la burocrazia sanitaria, lo straripare di offerte per la medicalizzazione della società, vanno di pari passo con la pretesa di regolamentare la vita e la morte. Paradossalmente mentre esplodono le patologie croniche "curabili" ma non guaribili. Il primato della tecnologia, della medicina predittiva, del tentativo di rendere il medico uno scienziato, un professionista della salute. E' una domanda che arriva al medico dall'intera società: la rimozione della malattia, del dolore associato, la salute come normalità statistica da cui devia la malattia e la scomparsa culturale della morte.

Paolo Bellavite, laureato in Medicina e Chirurgia, insegna Patologia Generale presso l'Università di Verona, dove tiene i corsi elettivi "Omeostasi, complessità e caos", è autore di oltre 200 pubblicazioni scientifiche. Una genialità che sa volare a dimensione della diagnosi e terapia medica; una ricerca che è sempre basata sull'utilità diretta per i colleghi, oggi in una grande situazione di difficoltà

ad esprimere l'arte medica con un approccio scientifico. "La vita si mantiene e si riproduce come un evento termodynamicamente lontano dall'equilibrio, grazie ad una prodigiosa capacità di autorganizzazione, che può mantenersi solo nei sistemi aperti perché richiede energia". La "macchina della vita" è guidata dall'attività teleonomica, cioè le finalità dei processi di trasformazione raggruppati nel carattere finalistico degli esseri viventi. La biologia nei suoi scopi usa le leggi della chimica e della fisica e l'energia disponibile al fine di mantenere e riprodurre la vita stessa. Ciascun essere vivente è dotato fin dall'inizio di un progetto, solo che lo sviluppo non è meccanicamente determinato, né si svolge senza problemi perché le funzioni sono flessibili, plastiche e si possono adattare all'ambiente.

"La chiave di una vita sana sta nel giusto bilancio tra conservazione e cambiamento, nella direzione dello sviluppo del progetto". Le leggi del sistema omeodinamico, includono anche le proprie patologie, come ogni aspetto della fisiologia. Ad esempio l'aumento di caoticità per circoli virtuosi di auto amplificazione, oppure la perdita di connettività e riduzione della complessità.

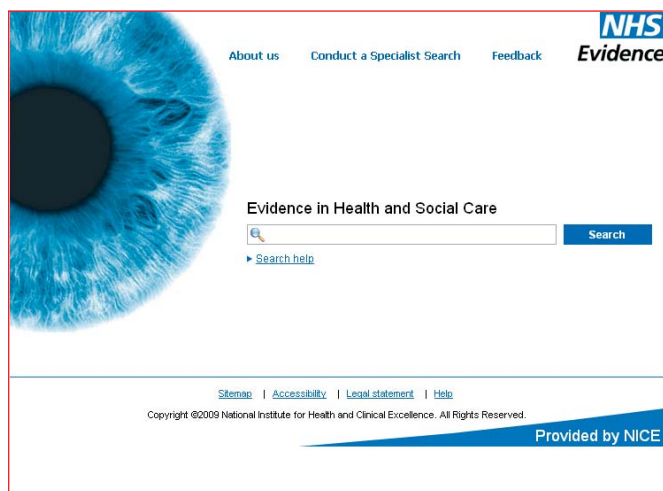
La malattia è, nella sua essenza, un disordine sistemico della dine oleodinamica, con la costituzione di un nuovo ordine dannoso e diverso dallo stato ideale. Al danno biologico segue sempre una reazione e si diffonde secondariamente agli altri nodi, innescando una serie di passaggi consequenziali, in una zona lontana dall'equilibrio, dove la spesa energetica è più alta. Chiaramente nei processi viziosi è compromessa l'informazione e la connettività che consente una corretta autoregolazione. Significativi molti casi clinici di eccesso paradossale di danno per fine di autoriparazione senza feed-back.

Bellavite invita a non accontentarsi del procedimento diagnostico-terapeutico convenzionale, ponendo invece il "sistema" verso cui si dirige il trattamento sia al centro della dinamica patologica che sottende il quadro clinico, già ai primi stadi del processo patogenetico. •

**L'eccesso di specializzazione
va di pari passo con la pretesa
di regolamentare la vita e la morte**

NHS Evidence

www.evidence.nhs.uk



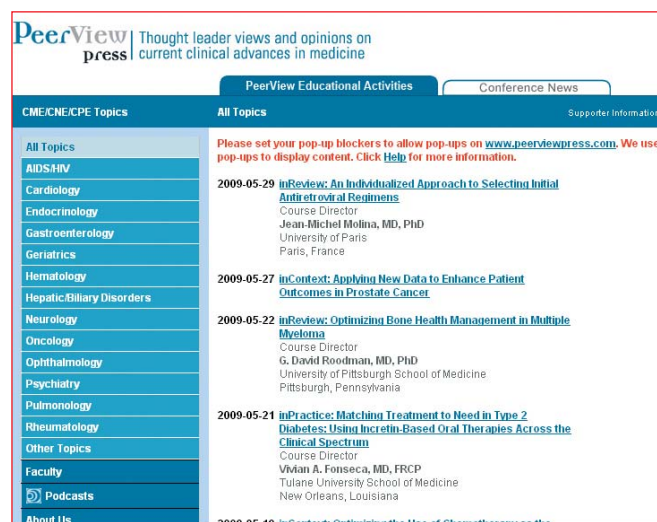
Il National Institute for Health and Clinical Excellence (Nice) ha lanciato, lo scorso 30 aprile, **NHS Evidence**, un progetto ambizioso che si pone l'obiettivo di creare un motore di ricerca come Google dedicato alle linee guida, in cui gli utenti – professionisti e non – possano ottenere informazioni classificate in ordine di qualità e rilevanza. Infatti al contrario del famoso motore, NHS Evidence non baserà il suo sistema di ranking su un algoritmo ma i materiali saranno classificati da una commissione indipendente. Istituzioni che producono linee guida come organizzazioni professionali e i Royal College britannici saranno sottoposti ad un processo di accredito che se superato fornirà alle linee guida da loro prodotte un rating più alto. Il Nice escluderà le fonti che presentano nell'esposizione delle raccomandazioni ovvii conflitti di interesse. La selezione e l'indicizzazione delle risorse si avvale di un sistema formale di accreditamento per coloro che redigono linee guida che renderà facilmente riconoscibili le fonti migliori e più affidabili, di un processo di revisione periodica di nuove pubblicazioni riguardanti diverse aree di interesse e dell'evidenziazione su base mensile ed annuale di nuove importanti prove di efficacia. Il ruolo di NHS Evidence è quindi da un lato di facilitare il reperimento di informazioni basate sulle prove di efficacia e quindi di incoraggiarne l'utilizzo, dall'altro, definendo una graduatoria di linee guida sul medesimo argomento, ha il potenziale di sollecitare una maggiore accuratezza nel loro sviluppo.

PeerView Press

www.peerviewpress.com

La tecnologia podcast (file audio o video che può essere manualmente scaricato da un server e riassetato – o rivisto – su pc, iPod e altro lettore mp3) ha avuto un vasto impiego in medicina a cominciare dalle riviste scientifiche che lo utilizzano per presentare gli articoli pubblicati o per divulgare interviste agli autori dei contributi più significativi del numero in uscita o, ancora, a fornire al lettore una sintesi audio degli articoli accompagnati dalla visione di diapositive, come nel caso del servizio ancora in fase beta del *New England Journal of Medicine* (<http://beta.nejm.org/AudioSummary>). Il loro esempio è stato ben presto seguito dalle società scientifiche e dai portali che svolgono un ruolo fondamentale per la formazione e l'aggiornamento del medico.

L'iniziativa di **PeerView Press**, ideata da una casa editrice americana specializzata in formazione medico-scientifica ne è un esempio significativo: il portale si occupa di educazione continua per medici, infermieri, farmacisti e operatori sanitari. I suoi podcast – suddivisi in aree di specialità – offrono in versione audio e video aggiornamenti dalla letteratura scientifica e dai congressi internazionali; casi clinici discussi da panel di esperti; testi, slide e audio scaricabili per essere visionati offline. La sezione dedicata ai congressi internazionali fornisce, inoltre, una copertura estensiva con numerose e aggiornate notizie. Tutte le presentazioni audiovisive di PeerView Press sono certificate.



"Metica", abbattere le difficoltà e superare le fragilità

L'Associazione "Metica" – presieduta dal presidente dell'Ordine dei medici e degli odontoiatri di Roma Mario Falconi – si propone di sostenere iniziative volontarie no profit a favore di soggetti fragili attraverso il finanziamento di progetti volti da un lato alla creazione e all'erogazione di servizi socio-sanitari per le fasce più deboli e meno dotate di risorse e di accesso, gestiti da associazioni no profit; dall'altro alla formazione multidisciplinare di operatori in grado di assicurare lo svolgimento dei servizi e la gestione delle strutture e di svolgere attività di sensibi-

lizzazione, informazione e fund raising, ciò allo scopo di garantire il necessario contributo finanziario e di volontariato alla realizzazione del progetto.

Con questi obiettivi, Metica ha già promosso numerose attività: Corsi residenziali di perfezionamento di Counseling per il paziente cronico; Campagna di Vaccinazione HPV; Scuola di medicina solidale che pone come obiettivo quello della formazione per i medici di famiglia che intendono prestare la propria opera volontaria nei Paesi in via di sviluppo; Progetto sulla psichiatria "In Linea Insieme" con l'obiettivo di promuo-

vere ed implementare la collaborazione tra medici di medicina generale e il Centro salute mentale per dare reale supporto ai malati psichiatrici e, soprattutto, alle loro famiglie gravate da enormi disagi derivanti da queste malattie.

In fase di realizzazione c'è un "Progetto sul diabete" con gli obiettivi di valutare i pazienti diabetici di tipo 2 insulinotrattati, scompensati e

con bassa scolarità e valutare nei soggetti individuati la possibilità di raggiungere uno stato di compenso glicometabolico, con somministrazione dell'insulina

e l'automonitoraggio domiciliare con glucometro per 3, 6, 9, 12 mesi, con il coinvolgimento del centro di diabetologia e i medici di famiglia; follow up a 6 - 12 mesi delle complicanze. •

Per informazioni: Metica associazione onlus – Piazza dei Navigatori, 23/d – Roma tel. 3401350189

email associazione@metica.it
Coc

Anche i "Big" hanno cuore e testa

Il 5 Giugno su Rai 3 è partito



un nuovo programma di Rai Educational ideato e condotto da Annalisa Bruchi e Silvia Tortora che si chiama "Big".

Va in onda tutti i venerdì all'1,10. Si tratta di un programma in cui vengono intervistati personaggi di spicco tra i quali Renzo Arbore, lo scrittore Andrea Camilleri, il regista Mario Monicelli, Giovanni Minoli, Giampaolo Pansa, Mariangela Melato, Umberto Veronesi e Giulio Andreotti. Le puntate, di mezz'ora ciascuna, in totale saranno otto e sono introdotte da un "graffio" di Lino Jannuzzi.

Le conduttrici Annalisa Bruchi e Silvia Tortora indicano due modi diversi di intervistare i big di turno: uno più razionale e l'altro dedicato maggiormente ai sentimenti.

L'idea del programma è di

far interagire, ed anche scontrare, ragione e sentimento, testa e cuore e quindi due modi diversi di intervistare. È evidente, stando alle prime puntate, che le sorprese non mancheranno grazie all'abilità delle conduttrici che riescono, con grande professionalità, a mettere a nudo cuore e testa delle loro "vittime" sacrificali. Le puntate in onda a tarda notte stanno già lasciando tracce intelligenti, basterà ascoltare ancora una volta Giulio Andreotti: "Ci sono momenti nei quali uno deve farsi portare dalla ragione, dai fatti... e dei momenti in cui invece il sentimento deve prevalere, se non c'è una certa quota di vita sentimentale, l'uomo diventa una macchina, un robot, ed io non mi ci sento proprio". •



Clownterapia, a Pescara diventa quotidiana

Servizio fisso di "clown therapy" integrativo delle attività svolte giornalmente per i reparti di chirurgia pediatrica e di ematologia dell'ospedale civile di Pescara grazie alle associazioni di volontariato Agbe (Associazione malformazioni infantili chirurgiche onlus) Amico (Associazione genitori bambini empatici) e Clowndoc. Il progetto, primo del genere in Abruzzo e Molise, prevede la presenza continuativa e costante di un

clown dottore per alleviare la percezione del dolore, sostenere i familiari e gli operatori sanitari, migliorare il clima emotivo dell'ambiente ospedaliero. Il servizio in realtà era già attivo dal 2005 ma solo con incontri bi-settimanali. Il manager della Asl di Pescara, Claudio D'Amario, commentando l'iniziativa ha sottolineato che "l'umanizzazione delle prestazioni sanitarie è fondamentale". Particolarmente soddisfatti anche i

due primari dei reparti interessati al progetto, il prof. Pierluigi Lelli Chiesà e il prof. Giuseppe Fioritoni, che hanno evidenziato il lavoro svolto dalle associazioni di volontariato "che sono l'espressione di una città sensibile ai problemi". Il dottor Antonello Persico, che ha promosso e

portato per la prima volta a Pescara la clownterapia, ha sottolineato quanto questa attività aiuti i bambini a vivere in maniera più dolce il momento in cui arrivano in sala operatoria e la fase post operatoria. •



CHIRURGIA VERTEBRALE

Le posizioni sull'argomento differiscono.
Pubblichiamo un nuovo intervento scientifico

“In relazione all'articolo recentemente pubblicato dal suo giornale dal titolo "Il punto sulla Chirurgia Vertebrale", il prof. Daniele Fabris Monterumici parla della evoluzione della chirurgia vertebrale menzionando la vertebroplastica, tecnica che si è molto affermata negli ultimi anni, utilizzata nella terapia del dolore vertebrale per crolli vertebrali su base osteoporotica, metastatica o da angiomi vertebrali. La vertebroplastica consiste nella iniezione di cemento acrilico nel corpo vertebrale sotto controllo radiologico scopico e TC al fine

di determinare la stabilizzazione della vertebra. Il prof. Fabris invita i neuroradiologi ad abbandonare la vertebroplastica in favore di tecniche di iniezione di cemento endovertebrale "più sicure" quali la cifoplastica, in cui l'iniezione di cemento è preceduta da una predilatazione del metamero con pallone. Per dovere di informazione ecco alcune precisazioni: 1) I neuroradiologi ed i radiologi eseguono tali tecniche sotto controllo TC o angiografico di ottima qualità che permette un controllo assoluto del posizionamento dell'ago e della iniezione del cemento. Per tale

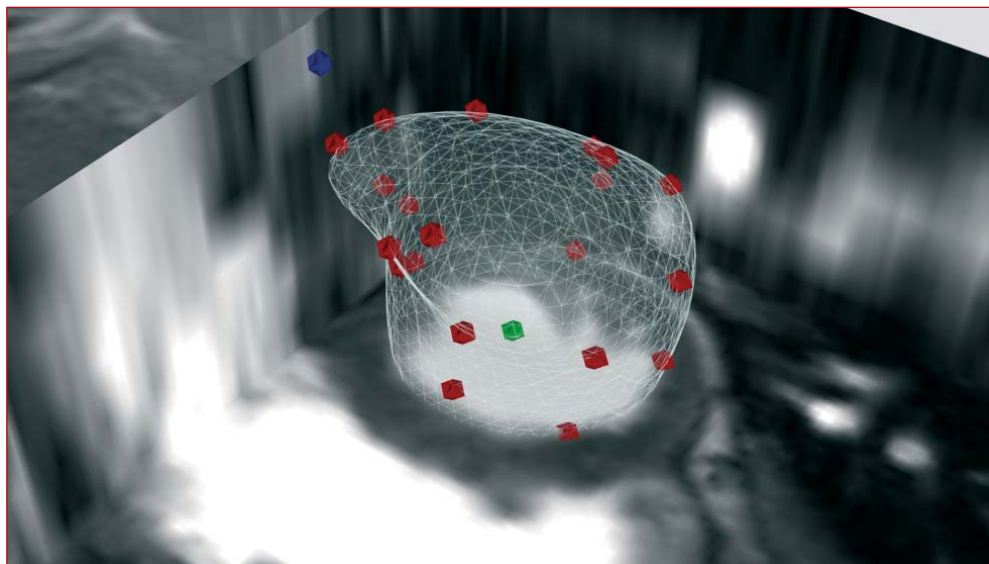
motivo può essere eseguita anche ambulatorialmente. 2) Non è riportato in letteratura scientifica alcuna differenza di successo del risultato terapeutico tra le due tecniche (vertebro e cifoplastica). 3) Se la cifoplastica fosse più sicura non sarebbero apparsi in letteratura rapporti di complicanze maggiori avvenute con questa tecnica eseguita da chirurghi con apparecchi radiologici non di elevata qualità. 4) In uno studio multicentrico italiano (7 centri ospedalieri ed universitari) riportato alla Società Americana di Neuroradiologia nel maggio 2007 è stata relazionata

l'esperienza in più di 10mila vertebroplastiche eseguite senza nessuna complicanza maggiore, quali danno midollare o embolia sintomatica. 5) I costi della vertebroplastica sono 5-6 volte inferiori a quelli della cifoplastica con eguale efficacia terapeutica. Siamo a disposizione per un articolo dedicato alle tecniche con dati di letteratura scientifica riguardanti risultati e complicanze che permettano una corretta scelta di metodiche che non si elidono ma si integrano. Grazie per l'ospitalità". •

*Dott. Cosma Andreula,
Dott. Mario Muto*

Health e-Child, la tecnologia a servizio della salute

Quindici partner europei, di cui sei italiani, hanno partecipato a questo progetto finanziato dalla Comunità europea nell'ambito del Sesto Programma Quadro. L'obiettivo è quello di sviluppare modelli matematici di patologie, personalizzati sul paziente, che ne consentano lo studio grazie alla simulazione



Modello interattivo dell'endocardio sinistro. La superficie a forma di rete viene modellata in tempo reale inserendo interattivamente punti di controllo dentro (punti verdi), sopra (punti rossi) e fuori (punti blu) la superficie

di Claudia Furlanetto

Vincitore dell'ICT 2008 Exhibit Grand Prize, il primo premio del meeting europeo dedicato all'Information Technology che si è tenuto a Lione lo scorso anno, Health e-Child è un progetto di ricerca finanziato nell'ambito del Sesto Programma Quadro dell'Unione Europea. Il progetto vede protagonisti quindici partner europei, tra cui l'Ospedale Gaslini di Genova, il Bambino Gesù di Roma, il Necker En-

fants Malades di Parigi e il Great Ormond Street Hospital di Londra. Tra i partner tecnologici l'Università di Atene, Bristol e Genova, tra i maggiori esperti mondiali di computer science, l'Istituto francese di ricerche in informatica e automatica (Inria) ed il Cern di Ginevra. Obiettivo del progetto è lo sviluppo di un sistema informatico in cui dati ed informazioni di natura biomedica molto eterogenei possono essere integrati per generare una visione più completa possibi-

le della condizione di salute del paziente pediatrico. "L'obiettivo – spiega il professor Giacomo Pongiglione, direttore del dipartimento di cardiologia del Bambino Gesù e coordinatore clinico del progetto – è quello di creare modelli matematici di patologie da poter analizzare. Potremmo prendere ad esempio un ingegnere della Ferrari che vuole sapere come funziona un determinato ammortizzatore su un'auto. Per scoprirlo impiega modelli computerizzati. Il concetto è lo stes-

so. Abbiamo creato modelli di patologia in tre aree pediatriche: cardiologia, reumatologia e neuroncologia."

Quali sono le patologie selezionate?

In campo neuroncologico è stato scelto un glioma, in quello reumatologico l'artrite reumatoide giovanile ed in campo cardiologico la tetralogia di Fallot post chirurgia. Quest'ultima patologia ha caratteristiche relativamente semplici e presenta la dilatazione del ventricolo destro del quale abbiamo studiato il sovraccarico. Abbiamo poi raccolto tutti i dati necessari, dall'analisi clinica alla storia familiare alla genetica all'imaging. Infine abbiamo creato un modello matematico.

Come si crea questo modello?

Attraverso la trasformazione in equazione di ogni singolo aspetto. Ad esempio le interferenze della valvola polmonare sulla funzione cardiaca o l'interferenza della contrattilità sul volume cardiaco. La somma di tutte queste equazioni crea il modello matematico del nostro ventricolo destro e su questo studiamo le variazioni: possiamo impiegare la chirurgia virtuale analizzando le opzioni che si presentano. Per esempio cosa accadrebbe se impiantassimo una valvola? Il risultato sarebbe migliorativo o meno? Questo tipo di procedimento ha due vantaggi: il primo sapere quale sarà l'effetto di un certo tipo di intervento; il secondo è quello di conoscere l'effetto che avrà su uno specifico paziente.

È quindi possibile una personalizzazione dei modelli?

Il modello è ricavato dai dati del singolo paziente, non dai dati della popolazione. Quindi i test e le simulazioni vengono effettuate sul modello virtuale del cuore del paziente in cura.

Su che tecnologia si basa la costruzione di questi modelli?

Come lei ben immaginerà ci vuole una capacità di calcolo enorme. Per ottenerla si è utilizzata la tecnologia Grid per il "calcolo distribuito", riunendo così la potenza di calcolo di tutti i computer collegati a questa rete innovativa sviluppata dal Cern di Ginevra.

E per quanto riguarda la privacy dei pazienti?

Ogni medico ha una chiave di accesso personale con una *one time password*. Inoltre i dati sono anonimi. Assegnando un codice numerico al paziente solo il sistema riesce ad identificarlo, insieme, ovviamente, al medico che ha inserito i dati. Tutti gli altri utenti nella rete vedono solo un numero collegato a quella determinata simulazione. Non sono quindi in grado né di identificare il paziente né di metterlo in relazione al medico curante.

Il suo lavoro come si è svolto?

Il coordinamento clinico è stato faticoso: abbiamo dovuto stabilire e far accettare a tutti i coinvolti i protocolli; ci siamo dovuti accertare che i dati fossero validi e quindi raccolti in un arco di tempo estremamente limitato per non mettere in

correlazione elementi disgiunti, ad esempio se tra la clinica e il quadro morfologico elaborato con risonanza trascorrono sei mesi in quell'arco di tempo possono essere intercorsi altri eventi. Un ulteriore problema è stato quello della genetica: nei paesi esistono regole diverse sulla trasmissibilità di queste informazioni. Per esempio l'Inghilterra è estremamente restrittiva sulla condivisione all'estero del pattern genetico dei pazienti.

È previsto un coinvolgimento degli statunitensi?

Stiamo aspettando la risposta della Commissione. L'American College of Cardiology e la John Hopkins University si sono mostra-

ti interessati a partecipare. Purtroppo ci sono stati vari problemi formali concernenti, tra l'altro, anche i fondi. Ad oggi molti dei problemi sono comunque stati risolti per cui speriamo che possano al più presto contribuire anche con i loro dati.

I dati raccolti fino ad oggi possono essere di aiuto al medico nell'elaborazione della diagnosi?

È un aspetto su cui stiamo lavorando. Un database con un numero così grande di dati inseriti può rappresentare una risorsa incredibile in questo senso. Ormai abbiamo raggiunto il migliaio di pazienti inseriti.

In futuro verranno implementate altre patologie?

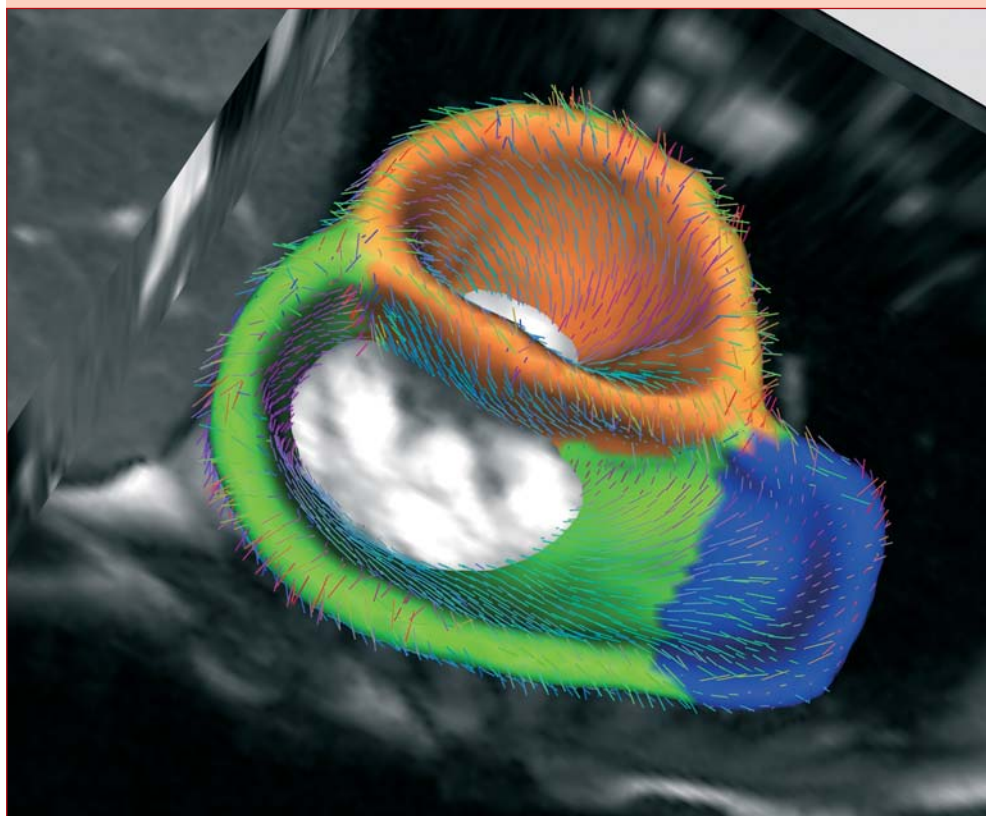
Purtroppo credo che la stra-

da sia ancora lunga per l'impiego clinico routinario: ci vorrà ancora tempo e molti studi. Abbiamo impiegato tre anni per definire il modello della patologia in cardiologia. Certo è che abbiamo dimostrato che questo è un sistema di analisi estremamente efficace.

Il progetto si concluderà nel 2010. Ci sarà un proseguimento?

Lo speriamo. La Comunità europea si è comunque mostrata molto interessata a questo tipo di studi, infatti ha avviato un nuovo progetto, lo *STEP: Structuring The EuroPhysiome*, sulla *Virtual Physiological Human* (VPH), cioè la creazione di modelli di tutta la fisiologia umana. •

Simulazione personalizzata della funzione cardiaca di un bambino con malattia congenita al cuore. La forma del muscolo cardiaco è stata ottenuta a partire da un'immagine MRI, mentre l'orientamento delle fibre muscolari (rappresentate dai tratti di colore) è stato simulato a partire dall'esame istologico



Robert Koch e la storia dei "bastoncelli viventi"

Medico di campagna della Prussia orientale, scoprì il bacillo del carbonchio sei anni prima di quello tubercolare. Considerato il padre della batteriologia, nel 1905 gli fu riconosciuto il Nobel per la medicina

di Luciano Sterpellone

Fin verso la fine del 1800 nessuno aveva mai visto un batterio. Molti ancora ne negavano l'esistenza, altri la ventilavano soltanto. Non erano "retrogradi" ma, anzi, all'avanguardia rispetto ai tanti (filosofi, medici e naturalisti) che da millenni davano "la colpa" di ogni malattia all'"ira funesta" degli dèi, ai turbamenti tellurici, a misteriosi "miasmi" che emanano dal terreno, persino alla congiunzione di certi pianeti.

Ancora nel 1500, la "nuova" malattia importata dai marinai di Colombo reduci dal Nuovo Mondo - la sifilide - fu ufficialmente ascritta a un'"abnorme posizione di Saturno", tanto da ricevere anche il nome di "patura", dal latino *Paspis Turpis Saturnina*.

Non sorprende quindi che quando un modesto medico di campagna come Robert Koch annunciò di aver individuato la vera causa di una malattia - il carbonchio - che in Europa decimava gli armenti, colpendo anche l'uomo e provocando paurose carestie, incontrò non poche perplessità nel mondo medico.

Robert Koch



L'annuncio di aver individuato la vera causa della malattia - il carbonchio - incontrò non poche perplessità nel mondo medico

Koch era il medico condotto di un paesino della Prussia Orientale, Wollstein (oggi Wolsztyn, in Polonia), e nelle lunghe ore del dopocena (non v'era ancora la TV!) cercava di aggiornarsi su qualche rivista medica: il suo desiderio era di poter fare qualcosa di veramente valido per i suoi pazienti: le conoscenze e i mezzi di fine Ottocento era-

no ancora molto precari, ed egli sperava in qualche buon risultato delle ricerche che un chimico francese, Louis Pasteur, stava svolgendo nell'inesplorato mondo di misteriosi quanto ancora appena "ipotizzati" microrganismi.

Fu una vera fortuna che Emma Frantz, la bella ragazza di Amburgo che aveva sposato qualche anno prima, in

occasione del trentacinquesimo compleanno gli donasse un piccolo microscopio, acquistato con i risparmi. Un traballante microscopio che avrebbe cambiato la storia della medicina.

In pochi giorni il modesto medico condotto allestì un rudimentale laboratorio nello sgabuzzino della piccola casa, ponendo lo strumento dinanzi alla finestra per illuminare il campo (non v'era ancora la luce elettrica), mentre di sera si serviva di una lampada a petrolio. E prese in breve confidenza con le tecniche di preparazione e di colorazione dei preparati, cominciando con l'osservare a caso, senza alcun fine prefisso, ogni cosa gli capitasse sottomano: piccoli insetti, scaglie, capelli... Finché gli venne in mente di mettere sotto la lente qualche goccia di sangue di quegli animali che ogni giorno morivano a decine colpiti dal carbonchio, per colpa - si diceva - dei campi "maledetti".

Guardando attentamente sotto la lente, Koch vide muoversi alcuni strani corpuscoli neri; e gli venne il sospetto che fossero proprio loro i responsabili della malattia.

A questo punto l'improvvisato "indagatore" ricordò che già in Francia qualcun altro aveva osservato qualcosa del genere, ma... nessuno gli aveva creduto. Non volle però pensarci e, con ostinazione tutta teutonica, decise di continuare sulla strada intrapresa: voleva dimostrare che quei

misteriosi bastoncelli che nuotavano nel sangue degli animali malati o morti di carbonchio (“e mai negli animali sani”!) erano realmente i diretti responsabili della malattia.

I cinque marchi al giorno che a stento riusciva a guadagnare con la professione non gli permettevano certo di acquistare una pecora o una mucca per gli esperimenti, per cui dovette accontentarsi dei topolini che catturava e chiudeva poi in sgangherate gabbiette da lui stesso costruite con pezzetti di legno, un po' di spago e ceralacca... E qualche giorno dopo essere stati iniettati con un po' del sangue infetto, gli incolpevoli roditori si ammalavano di carbonchio, con il sangue gremito di quegli strani “bastoncelli viventi”.

Non v'era più dubbio: il *Bacillus anthracis*, come Koch chiamò l'agente infettivo, era il vero responsabile della malattia.

In seguito lo stesso Koch dimostrò anche che il bacillo poteva per qualche tempo trasformarsi in “spore” assai resistenti, nascondersi nel terreno, restare inattivo per mesi o anni per poi divenire nuovamente virulento: il che spiegava i periodi di remissione e di riaccutizzazione che contrasseguivano la malattia.

Discussioni, secolari pregiudizi e incomprensioni precedettero immancabilmente la comunicazione ufficiale della scoperta del bacillo del carbonchio all'Università di Breslavia: ma infine, dopo la dimostrazione delle prove a sostegno

delle parole dello stesso Koch, i massimi esponenti della medicina tedesca (convenuti forse più per beffarsi dello sconosciuto medico di paese che non per credere alla sua annunciata “grande scoperta”) esplosero in un fragoroso applauso. Koch aveva anche indicato il mezzo migliore per debellare la malattia: bruciare e distruggere le carcasse degli animali morti di carbonchio.

Dopo un breve periodo di riconoscimenti e di promesse, lo studioso dovette tornarsene a Wollstein a fare il medico condotto. Solo qualche tempo dopo fu chiamato a Berlino con l'in-

carico di membro straordinario dell'Ufficio di Sanità: disponeva finalmente di un vasto laboratorio dotato di apparecchiature e di due giovani assistenti, F. Löffler e G. Gaffky (il primo scoprì il bacillo della difterite, il secondo quello del tifo). Ora “la grande scoperta” era nell'aria.

Va però precisato che la scoperta del bacillo tubercolare (“b. di Koch”), che avrebbe dato fama mondiale allo scienziato tedesco, avvenne ben sei anni dopo quella del bacillo del carbonchio, al quale ultimo va quindi storicamente riconosciuto il titolo di “primo bacillo della storia” (pre-

cursori a parte). Difatti, mentre la comunicazione ufficiale della scoperta del bacillo del carbonchio era avvenuta il 30 aprile 1876, quella del *Mycobacterium tuberculosis* data al 24 marzo 1882, alla Società di Fisiologia di Berlino.

L'entusiasmo suscitato in tutto il mondo da questa ultima importantissima scoperta scaturiva dalla certezza generale che ormai, individuata la causa della tubercolosi, sarebbe stata automaticamente trovata anche la terapia.

Fu qui che Koch compì un passo falso.

Egli pensò infatti di impiegare la *tubercolina* (estratta dal bacillo tubercolare). E al X Congresso Medico Internazionale di Berlino del 1890 annunciò trionfalmente che essa era in grado di guarire la malattia. Ma presto arrivarono le smentite e, purtroppo, anche le notizie di alcuni casi mortali.

Questo incidente non fu tuttavia sufficiente a scalfire la fama e la venerazione che circondavano colui considerato ormai da tutti il padre della batteriologia. I suoi meriti ebbero il massimo riconoscimento con l'assegnazione del Premio Nobel 1905 per la medicina. L'accettò dichiarando con l'estrema modestia del vecchio medico condotto: “Se ho avuto più successo di tanti altri, è solo perché nelle mie peregrinazioni nei campi della medicina ho avuto la fortuna di imbattermi in una regione dove l'oro era ancora sparso per le strade...”. •

Fu chiamato a Berlino con l'incarico di membro straordinario dell'Ufficio di Sanità





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

Università degli studi di roma Tor Vergata

Agopuntura clinica

Roma, anno accademico 2009-2010

Argomenti: il master ha carattere formativo in quanto affronta in modo completo ed esaustivo lo studio e l'apprendimento dell'agopuntura. È composto da due moduli: uno didattico e uno di pratica clinica presso l'ospedale ed è diretto ad integrare ed implementare le competenze del medico

Iscrizioni: entro il 30 ottobre

Informazioni: Segreteria Scientifica: 06 5816789, info bando: www.uniroma2.it

Ecm: assolti per i 3 anni del master

Trattamento conservativo delle fratture

Rozzano (Mi), 26 settembre, Auditorium Istituto Clinico Humanitas

Presidente: prof. Paolo Cabitza

Responsabile scientifico: dott. Marco Berlusconi

Obiettivi: indicare lo spazio terapeutico conservativo nel moderno trattamento delle fratture nel bambino e nell'adulto ed insegnare praticamente la tecnica di confezionamento degli apparecchi gessati e dei bendaggi

Iscrizioni e informazioni: keyword4@mdsnet.it; marco.berlusconi@humanitas.it; federico.chiodini@humanitas.it

Foniatria e medicina dell'arte per professionisti artistici

Reggio Calabria, 29 luglio, Piccolo Auditorium Lamberti-Castronuovo, Via D. Chiesa 5

Direttore: prof. Alfonso Gianluca Gucciardo

Programma: lezioni teoriche e pratiche rivolte a cantanti, attori, strumentisti a fiato ed esperti del settore medico

Argomenti: fondamenti di anatomo-fisiologia del tratto pneumo-fono-articolatorio-risonanziale nel parlato e nel cantato con cenni di prevenzione del surmenage e del malmenage, igiene e prevenzione pre e durante performance

Informazioni: associazione musicale reggina Domenico Scarlatti, sito web: www.amrds.it, email: info@amrds.it, tizi@fastwebnet.it, presidente Tiziana Pizzi tel. 333 5219956, 06 97840876



Psicoterapia ed ipnosi clinica per medici e psicologi

Bologna, settembre 2009 – giugno 2010

Presidente: dott. Riccardo Arone di Bertolino

La Scuola fornisce una preparazione professionale, formativa, e culturale completa sulle principali teorie e sulle più efficaci prassi psicoterapeutiche. I particolari contenuti scientifici e operativi sono un'evoluzione dell'opera di Milton H. Erickson e di Franco Granone e si riallacciano alle più avanzate correnti della psicologia e della psicoterapia

Informazioni e iscrizioni: S.m.i.p.i., Società medica italiana di psicoterapia ed ipnosi, Via Porrettana 466, Casalecchio di Reno (Bo), tel 051 573046, fax 051 932309, cell 347 3910625, e-mail: inedita@tin.it

Ecografia uro genitale

Lucca, 18-19-20 settembre, Real Collegio

Presidenti: prof. Marco Carini, dott. Roberto D'Agostino

Programma: articolato in lezioni, discussioni e tavole rotonde prevede sessioni pratiche con ecografi portatili e fissi di ultima generazione, ha per obiettivo la conoscenza pratica e l'inquadramento ecografico di patologie di urologia e urologia pediatrica ed è rivolta a urologi, pediatri, chirurghi e urologi pediatri

Informazioni: Segreteria Organizzativa Utics (Urologi del territorio dell'Italia centrale e della Sardegna): dott. Libertario Raffaelli, tel. 330 418852, mail: liraff@tin.it, dott. Roberto D'Agostino tel. 347 8476434, e-mail: robed@hotmail.it, sito web: www.utics.it

Ecm: richiesti crediti ecm al ministero

Refractive@on-line

Rozzano (Mi), 17-19 settembre, Istituto Clinico Humanitas

Comitato Scientifico: dott. Jorge Aliò, dott. Alaa El Danasoury, dott. Dan Epstein, dott. Damien Gatinel, dott. Paolo Vinciguerra

Segreteria Scientifica: dott.ssa Elena Albè, dott. Fabrizio Camesasca, dott.ssa Ingrid Torres

Segreteria Organizzativa: Aim Congress Srl, Aim Group, Via G. Ripamonti 129, 20141 Milano, tel. 02 566011, fax 02 56609045, e-mail: corsi.on-line@aimgroup.it

Congresso nazionale A.d.m.g.

Profumo di pelle

La Castella – Isola Capo Rizzuto (Kr), 1-4 ottobre, hotel club Baia degli Dei

Presidente: dott. Lorenzo Donato

Alcuni argomenti: la pelle ai suoi confini, acne e acne, dermatoscopia, dermatologia della terza età, patologie allergiche e disreattive, il melanoma, dalla prevenzione alla terapia, tumori cutanei non melanoma, la vitiligine, cute e sottocute, prevenzione e cura delle panniculopatie

Informazioni: Segreteria Organizzativa

L'Orsa Maggiore Srl, Via Il Trav. A. De Gasperi 4, 89900 Vibo Valentia, t./f 0963 43538

Ipnosi

Milano, 16-17 ottobre, 13-14 novembre, 11-12 dicembre 2009, 22-23 gennaio, 12-13 febbraio, 12-13 marzo 2010, Centro Prometeo

Diretto a: medici chirurghi, psicologi, psicoterapeuti

Alcuni argomenti: tecniche pratiche avanzate, ipnosi creativa, ipnosi in psicopatologia, psicoterapia, medicina psicosomatica, medicina, interna, pediatria, sessuologia, oncologia nel controllo del dolore, nelle dipendenze (tabagismo, alcolismo, binge eating), nello sport

Informazioni: Segreteria Scientifica L.Merati, 348 6055289,

e-mail: luisa.merati@psicosomatica.org

Segreteria Organizzativa :sig.ra Roberta Iovino, tel.02 48700436, 02 4048435, fax 02 48715301,

e-mail:assoc-labirinto@libero.it

Ecm: accreditamento ecm



Società italiana di ipnosi e International society of hypnosis

Ipnosi e neuroscienze: implicazioni cliniche dei nuovi paradigmi mente-corpo

Roma, 22-27 settembre

Presidente: Camillo Loriedo

Programma Scientifico: relazioni, letture magistrali, seminari, simposi, dialoghi, tavole rotonde e posters

Programma Precongressuale: workshops e dimostrazioni che consentiranno ai partecipanti due giorni di esperienza pratica con i maggiori esperti internazionali di ipnosi clinica

Comitato Scientifico: Eric Vermetten, Karen Olness, Anna Gösi-Greguss, Julie Linden, Mathias Mende, Teresa Robles, Gunnar Rosen, Albrecht Schmierer, Bernard Trenkle

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

Floriterapia; aggiornamento per psicologi, medici ed esperti di terapie complementari

Roma, 11-25 settembre, 9-30 ottobre, 6-20 novembre, 4-11 dicembre

Docenti: d.ssa Rossella Castellani, dott. Antonio Santaniello

Obiettivi: corso dedicato a medici e psicologi, per fornire una conoscenza approfondita sulla gestione dell'integrazione tra la psicoterapia e floriterapia nelle patologie mentali

Alcuni argomenti: principio traspersonale nell'applicazione della floriterapia di bach, fiori catalizzatori e fiori di soccorso, fiori di bach e psicopatologia, fiori di bach e psicoterapia

Informazioni: Segreteria Scientifica dott. Antonio Santaniello, d.ssa Rossella Castellani

Segreteria Organizzativa: dott.ssa Cristina Terribili, Gruppo Accademia, Via Benedetto Croce 49 00142 Roma, tel/fax 06 5406433 - 329 2163484, e-mail: gruppoaccademia.info@yahoo.it

Ecm: accreditamento in corso

L'ipnosi nel controllo del dolore

Milano, 10-11 ottobre, 14-15 novembre, 12-13 dicembre, 16-17 gennaio 2010, Hotel Ascot Best Western, Via Lentasio 3

Direttore: prof. G. De Benedittis

Alcuni argomenti: psiconeurobiologia del dolore, teorie del dolore, misura del dolore, stress, personalità e dolore, storia e teorie dell'ipnosi, neurobiologia e neuropsicologia dell'ipnosi, fenomenologia ipnotica

Informazioni: prof. G. De Benedittis, Centro per lo Studio e la Terapia del Dolore, Università di Milano Policlinico, via F. Sforza 35, 20121 Milano, tel. 02 55035518, 02 55033624, fax 02 55035518, sito web: www.cstdol.it, e-mail: giuseppe.debenedittis@unimi.it

Ecm: richiesti crediti formativi ecm

Psicoterapia comunicativa

L'Associazione italiana di psicoterapia comunicativa, sita in Roma, abilitata dal Miur alla formazione specialistica in psicoterapia, per l'a. a. 2009/2010 apre, a laureati in medicina e in psicologia, le iscrizioni al 1° anno del corso di specializzazione in psicoterapia comunicativa, ispirata al pensiero di Robert Langs. Per la prima sessione delle iscrizioni le domande devono pervenire entro e non oltre il 30 luglio, per la seconda sessione entro e non oltre il 30 settembre 2009. Le lezioni sono organizzate su 10 weekend per anno accademico. Per ulteriori informazioni è possibile accedere al sito: www.telos-aipc.it. Per contattare la scuola telefonare allo 06 64560389, lasciando un messaggio in segreteria telefonica con il proprio nome e numero di cellulare o di telefono fisso

Referente: prof. Antonio Grassi

Umb - Gsatn

Agopuntura auricolare

Brescia, 2009-2010; Date primo anno 18/19 sett. - 16/17 ott. - 20/21 nov. 2009 - 29/30 genn. 2010

Direttore: dott. Giancarlo Bazzoni

Tutor: dott. Antonio Losio, dott. Sergio Perini

Corso Biennale suddiviso in 8 seminari (4 per anno) per un totale di 104 ore di formazione

Argomenti: terapia antalgica, dolore muscolo-scheletrico, cefalee, dolore orofacciale, disassuefazione dal fumo e da sostanze, obesità e disturbi del comportamento alimentare, ansia e patologie correlate, ottimizzazione dello stress e miglioramento della performance, turbe del sonno, massaggio pediatrico

Informazioni: Segreteria Organizzativa Gsatn, tel. 348 2758681, e-mail: gsatnagopuntura@tiscali.it

Ecm: verrà richiesto l'accreditamento per ogni singolo seminario; massimo 25 allievi

Novara

Odontotecnici e esercizio abusivo

Rischia il carcere il titolare di uno studio dentistico che permette agli odontotecnici di fare la pulizia dei denti ai pazienti e di prendere loro le impronte. La Cassazione, con la sentenza n. 4294 del 30 gennaio 2009, ha reso definitiva la condanna nei confronti di un dentista che aveva permesso ai suoi due odontotecnici di fare la pulizia dei denti ai pazienti e di prendergli le impronte del cavo orale. Tra paziente e odontotecnico "va escluso ogni rapporto diretto, fosse anche di sola ispezione del cavo orale". Non solo l'autore del trattamento, ma anche il titolare dello studio, ne rispondono penalmente.

Cassazione sezione 6 penale sentenza numero 4294 del 30 gennaio 2009



Firenze

Tariffe ed onorari in libera professione

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici di Firenze ha approvato un documento di indirizzo in materia di tariffe e onorari per le prestazioni medico-chirurgiche ed odontoiatriche in regime di libera professione. Il documento, partendo dalla constatazione che con il cosiddetto "Decreto Bersani" è stato abrogato il tariffario professionale, richiama l'attenzione dei medici e degli odontoiatri sul disposto dell'art. 54 del Codice Deontologico, che afferma alcuni importanti principi in tema di onorari professionali. In primo luogo, il principio fondamentale della intesa diretta fra medico e paziente in tema di onorari, poi il principio della decorosità dell'onorario e della sua previa prospettazione al cittadino. Il documento approvato dal Consiglio intende fornire suggerimenti e raccomandazioni ai medici e agli odontoiatri per prevenire il contenzioso medico-paziente che molto spesso origina da mere ragioni economiche e affronta anche la questione delle prestazioni gratuite, troppo spesso utilizzate come semplice strumento di accaparramento della clientela. L'Ordine invita tutti gli iscritti ad attenersi, quale strumento di ausilio per un comportamento deontologicamente corretto nei confronti degli assistiti.

(Il documento di indirizzo è stato pubblicato sul n. 3/2009 di Toscana Medica ed è disponibile sul sito Internet dell'Ordine di Firenze)



Siena

Tessera di appartenenza all'Ordine professionale

Considerando che presso gli uffici dell'Ordine sono giacenti numerose tessere di iscrizione agli Albi mai ritirate, invitiamo tutti coloro che non lo avessero già fatto a presentarsi personalmente presso l'Ordine per il ritiro del proprio tesserino di iscrizione, che ricordiamo viene preparato direttamente in seguito alla conclusione del procedimento di iscrizione (sia che si tratti di prima iscrizione che di iscrizione per trasferimento da altro Ordine provinciale).

Il tesserino può anche essere richiesto per il rinnovo, possibile nel caso di scadenza della validità o di smarrimento, unitamente a due fotografie formato tessera. Il tesserino ha un costo di 1 Euro e una validità di 5 anni dalla data del rilascio.



Lucca

Reperibilità del chirurgo ospedaliero

Il chirurgo in servizio di reperibilità chiamato dal collega già presente in ospedale che ne sollecita la presenza in relazione ad una ravvisata urgenza di intervento chirurgico deve recarsi subito in reparto a visitare il malato. L'urgenza ed il relativo obbligo di recarsi subito in ospedale per sottoporre a visita il soggetto infermo vengono a configurarsi in termini formali, senza possibilità di sindacato da parte del chiamato. Il medico deve dunque intervenire senza avere la possibilità di obiettare. Inoltre è del tutto irrilevante che dall'indebita condotta di rifiuto derivi un effettivo pregiudizio per i beni finali presi in considerazione della norma. In altre parole non conta se la persona è guarita anche senza l'intervento del chirurgo. Infatti il rifiuto d'atti d'ufficio, questo il reato di cui risponde il sanitario, si consuma con la violazione del suddetto obbligo di responsabilità che non è tecnicamente connessa all'effettiva ricorrenza della prospettata necessità ed urgenza dell'intervento chirurgico. Attenzione, rischia dunque il carcere (come nella fattispecie in oggetto: sei mesi di reclusione oltre le spese processuali) il chirurgo reperibile che, chiamato da un collega per una presunta urgenza, non si reca immediatamente in ospedale per visitare il paziente, a prescindere dal fatto che si tratti di un caso grave oppure no.



1 LUGLIO 1991

Viene sciolto il Patto di Varsavia. Il 31 dello stesso mese il presidente sovietico Michail Gorbacev e quello americano, George Bush, si incontrano a Mosca per la firma del trattato Start. Il documento mira all'eliminazione delle armi atomiche strategiche.



George Bush



Michail Gorbacev

28 LUGLIO 1984

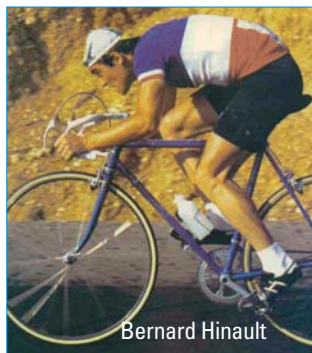
Si svolgono le Olimpiadi a Los Angeles: ben sedici Stati del "blocco orientale" non partecipano. Il motivo è il precedente boicottaggio delle Olimpiadi che si erano svolte a Mosca.



Luglio e le sue storie...

*Basta parlare di me, parliamo di voi!
Che ne pensate di me?*

Woody Allen



Bernard Hinault

25 LUGLIO 1982

Bernard Hinault, ciclista francese, si aggiudica per la quarta volta il Tour de France. Ha da poco vinto il Giro d'Italia.

26 LUGLIO 1978

Viene praticata in Gran Bretagna la prima fecondazione artificiale su una donna: nasce così una bambina in provetta. I medici che riescono nell'impresa sono Patrick Steptoe e Robert Edwards.

23 LUGLIO 1974

Cade in Grecia il regime dei colonnelli.

28 LUGLIO 1954

Marlon Brando interpreta il film di Elia Kazan "Fronte del porto". La pellicola viene premiata in America con otto premi Oscar.

26 LUGLIO 1953

Viene firmato l'armistizio che pone fine al conflitto tra le due Coree.



Adolf Hitler

20 APRILE 1944

In Germania Adolf Hitler esce illeso da un attentato nel suo quartier generale.

25 LUGLIO 1943

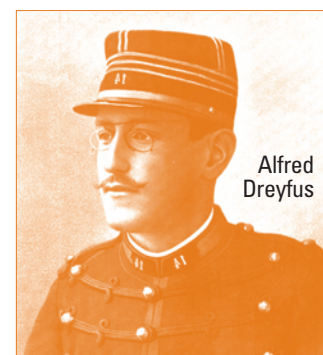
In minoranza nel Gran consiglio del Fascismo, Mussolini viene arrestato ed il governo è affidato da Vittorio Emanuele al maresciallo Badoglio.

27 LUGLIO 1921

Fredrick Grant Banting e Charles Herbert best isolano, a Toronto, un'insulina clinicamente utilizzabile.

12 LUGLIO 1906

A Parigi la Corte di Cassazione riabilita l'ufficiale Alfred Dreyfus, annullando la precedente sentenza del 1894 con la quale l'uomo era stato condannato per alto tradimento.



Alfred Dreyfus



Marlon Brando



Quando il medico può andare in pensione?

Mini guida alle pensioni dei medici ospedalieri

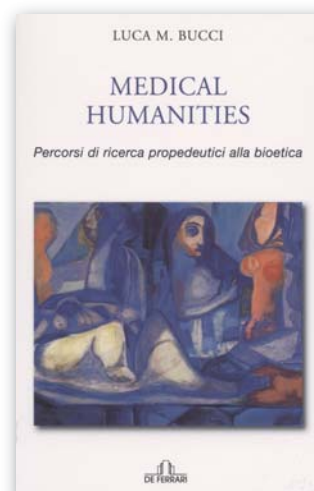
Marco Perelli Ercolini, autore del volume e consigliere Enpam, ricorda nella prefazione che “la pensione si gode da vecchi, ma si costruisce da giovani. E’ impensabile, dopo una certa età, presi dal panico per l’imminente età post-lavorativa, cercare di farsi una previdenza complementare”. Ciò premesso il volume appare utile per i medici ospedalieri in quanto, in modo schematico, vengono illustrate le attuali normative che regolano le pensioni sia per il lavoro in dipendenza, sia per quella del Fondo generale Enpam. In questo modo ciascuno potrà vedere quale sarà il suo futuro previdenziale, l’eventuale convenienza dei riscatti o della pensione complementare. Il volume contiene anche una mini guida alle pensioni dei medici, non solo degli ospedalieri.

IN EDITORIA IN EDITORIA IN EDITORIA IN EDITORIA IN EDITORIA IN EDITORIA IN EDITORIA IN EDITORIA IN EDITORIA IN EDITORIA IN EDITORIA IN EDITORIA IN EDITORIA IN EDITORIA IN EDITORIA IN EDITORIA

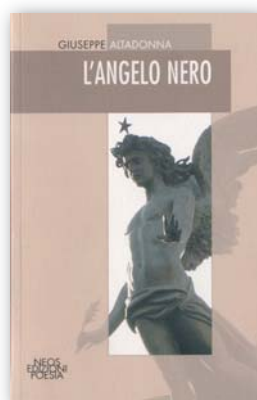
Medical humanities.

Percorsi di ricerca propedeutici alla bioetica

Medical Humanities – opera di Luca M. Bucci, docente di Scienze Umane all’Università di Genova e di Teologia Morale all’Università Pontificia Antonianum di Roma - propone alcuni percorsi di ricerca sui fondamenti che animano il dibattito della bioetica attuale, rivolgendosi in particolar modo agli studenti di area medico-scientifica e di area etico-sociale. E’ profonda convinzione dell’autore che, nello scollamento tra discipline scientifiche propriamente dette e discipline umanistiche, si possa reperire, nella contemporaneità, la causa di molti conflitti e disagi sociali, oltre che di molte e a volte controproducenti polemiche politiche, spesso anche poco dignitose nei toni. Occorre una sana filosofia della scienza, che gli anglosassoni ben rendono con l’espressione Medical Humanities. Lo sforzo dell’autore è indirizzato da un lato a offrire ai propri studenti uno strumento metodologico efficace nel suscitare la buona abitudine alla ricerca dei fondamenti; dall’altro a fornire un incentivo, per chi ha responsabilità politiche ed accademiche, alla crescita di contesti culturali, per una migliore qualità della vita attraverso il confronto tra il mondo del pensiero e quello scientifico. Luca M. Bucci, “Medical humanities. Percorsi di ricerca propedeutici alla bioetica”, Editoriale Tipografica, pp. 252, euro 18



IN EDITORIA IN EDITORIA IN EDITORIA IN EDITORIA IN EDITORIA IN EDITORIA IN EDITORIA IN EDITORIA IN EDITORIA IN EDITORIA IN EDITORIA IN EDITORIA IN EDITORIA IN EDITORIA IN EDITORIA IN EDITORIA



L’angelo nero

Questa raccolta di poesie, opera di Giuseppe Altadonna, attraversa il periodo dal dopoguerra ad oggi: momenti vissuti, incontri, luoghi, ricordi. Sono testimonianze di una presenza “che vanno dal dagherrotipo allo schizzo, dalla fotografia alla cartolina, dal bianco e nero al colore dell’acquerello, a delineare quasi un diario che a volte si apre in volute più ampie per presto richiudersi nel non detto. Una sorta di resoconto, ora che si affaccia l’”Angelo nero”, l’epifania che trasforma l’ap-punto in memoria fibrillante, il puro schizzo in nostalgico abbandono”.

Giuseppe Altadonna

“L’Angelo nero”, Neos edizioni, pp. 71, euro 10

Delinquenti troppo giovani, la solitudine affettiva e sociale

Il diffuso sentimento di insicurezza impedisce qualsiasi possibilità di comprensione oggettiva del fenomeno. Peraltro ci si rifiuta di valutare che il gesto violento di un minore è spesso connesso a disagi familiari e scolastici

di Lina Vita Losacco

Per quanto storicamente documentato che nessuna società è stata meno violenta di quella odierna, l'ambiente attuale è percepito come pervaso dall'elevato tasso di violenza e l'essere assaliti dalle continue rappresentazioni e informazioni mediatiche contribuisce a incrementare la paura di poter essere oggetto di violenza. È pur vero che l'esaltazione della forza fisica, relazioni basate sulla competitività o la violenza, considerata come l'unica modalità di soluzione dei conflitti, rappresentano i modelli e i comportamenti più diffusi tra gli individui adulti e ancor più tra gli adolescenti: ne sono prova la presenza e l'uso di armi all'interno degli istituti scolastici o gli episodi di violenza fisica o sessuale agiti da studenti soli o in gruppo. Il diffuso sentimento di insicurezza che ne deriva pervade ogni contesto sociale e impedisce qualsiasi possibi-

lità di comprensione oggettiva del fenomeno, tantomeno di clemenza o tolleranza nei confronti di adolescenti o di bambini, addirittura ritenuti dei mostri da punire. Ci si rifiuta di valutare che il gesto violento di un minore è comunque connesso ad una situazione di disagio che affonda le sue radici nella famiglia, sempre più disgregata e assente, ma che riguarda anche la scuola, incapace di accogliere la diversità e il disagio dell'allievo, e gli adulti tutti, in quanto "ogni adulto che incontra un adolescente ha una responsabilità educativa nei suoi confronti, un impegno che determina la qualità del vivere civile" (1).

È inevitabile che nella strada, nel gruppo dei pari, i ragazzi trovino quel sostegno e quelle certezze o modelli rassicuranti che gli adulti hanno loro negato e spesso il reato rappresenta l'atto dimostrativo del proprio coraggio, necessario e funzionale all'inserimento nel gruppo o per non subire l'esclu-

sione. Ma lo svezamento della strada è molto duro, le carenze e i bisogni permangono e, per molti ragazzi, il ricorso agli psicofarmaci, alle droghe che aiutano a reprimere i propri sentimenti e a reggere il peso delle loro azioni, è una costante. Tra l'altro molti dei reati commessi da minori non imputabili (sotto i 14 anni) avvengono quasi esclusivamente ai danni di adulti e probabilmente sono riferibili a condizioni di abbandono o alla mancanza di positive figure di riferimento. Non è un caso che nei vissuti dei "rei non imputabili" si ritrovino situazioni di maltrattamento in famiglia, abusi, assenza di validi modelli di identificazione, da cui derivano stati di insicurezza e rabbia espresse con condotte aggressive incontrollabili sia in ambito scolastico che in famiglia: furti, dispersione scolastica, violenze sessuali su coetanei, ribellione all'autorità, frequentazione di gruppi di maggiorenni a rischio di devianza. Secondo la psi-

cologia psicomotricità e sistemica-relazionale la propensione psicologica all'aggressività o alla remissività non necessariamente determina il prodursi di comportamenti devianti, di episodi di violenza o l'instaurarsi di relazioni caratterizzate da prevaricazione ma va tenuto conto della relazione con particolari eventi scatenanti e dell'interazione con l'ambiente familiare e sociale. Spesso il reato del bambino/adolescente costituisce il sintomo di un malessere di tutto il nucleo familiare, a volte multiproblematico o che versa in condizioni ambientali sociali ed economiche precarie.

Per il minore straniero, costretto a vivere da solo o con gruppi di connazionali, l'assenza di riferimenti familiari sul piano affettivo, valoriale e culturale spinge il minore ad aderire a modelli, anche devianti, attraverso cui costruirsi una nuova identità. Sia pure in forma diversa e per motivi diversi, l'"assenza" caratterizza an-

(1) M. Martello, docente di psicologia dei rapporti interpersonali all'Università Ca' Foscari di Venezia e giudice onorario presso la Corte d'Appello di Milano. Educare con senso senza dissenso. Edizioni Franco Angeli, 2009

che le famiglie “normali”, quelle che pur senza particolari segni di disagio o marginalità sociale sono comunque responsabili di inadeguatezza sotto il profilo educativo e di una significativa mancanza di responsabilità nei confronti del minore. Il numero di tali famiglie è rilevante nel caso dei minori italiani che spesso s’imbattano per la prima volta nella giustizia minorile coinvolti in traffico di sostanze e non solo. Il rapporto 2008 della Direzione Centrale dei servizi antidroga della Polizia ha dichiarato che nel 2008 ci sono state 1124 denunce a carico di minori, registrando, negli ultimi dieci anni, il picco più alto nel 1999 (1753) e quello più basso nel 2007 (1038).

Quando si parla di minori non imputabili generalmente ci si riferisce ai preadolescenti (11-13 anni), in realtà, come indicato dalle ricerche, la devianza riguarda, anche se in minor numero, minori intorno ai 6 anni e in modo più consistente quelli compresi nella fascia 7-11

anni (italiani, stranieri, nomadi). I minori autori di reato segnalati all’autorità giudiziaria in Italia nel 2005, sono stati più di ventimila, e in maggior parte maschi e italiani. Sessantacinque sono stati i casi di omicidio con una crescita del 3 per cento nell’ultimo quadriennio, mentre un aumento consistente c’è stato per le denunce di minori autori di lesioni dolose: 4,9 per cento del totale delle denunce tra il 2001 e il 2005, passando quindi da 2584 a 4146 rispetto al quadriennio precedente (2).

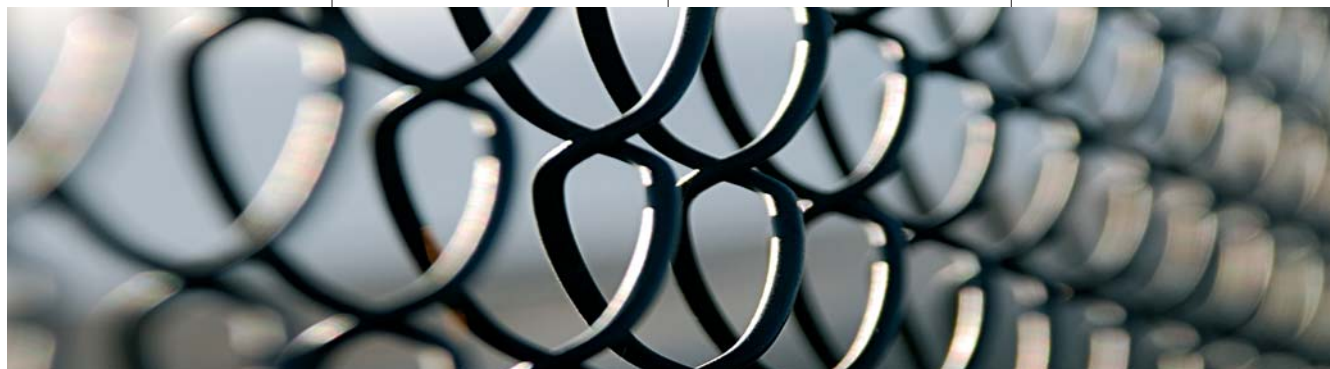
Alla fine del 2006(3) i minori reclusi negli istituti penali in Italia sono stati 343, di essi 194 stranieri e 149 italiani; nel 2007 sono passati a 198 stranieri e 195 italiani. Tuttavia i minori stranieri accusati di reato vengono arrestati e destinati ai Centri di Prima Accoglienza (CPA) o negli Istituti Penali Minorili (IPM) più frequentemente degli italiani e non perché il tasso di devianza dei minori stranieri(4) sia più elevato, come dimostra il numero delle denunce a loro carico pari a

circa un quarto del totale. Analoga situazione riguarda alcuni italiani provenienti da famiglie con difficoltà economiche e con basso livello di istruzione, soprattutto delle aree disagiate del Sud Italia. Va da sé che frequentemente tali minori non usufruiscano della riforma penale minorile che permette di accedere alla “messa alla prova”(5) e alle misure alternative alla detenzione, evitando la carcerazione. Uno svantaggio che comporta ulteriori conseguenze di disagio per i minori stranieri che, privati del diritto a un «programma di assistenza e integrazione sociale» e a un permesso di soggiorno per motivi umanitari (art. 18, comma 6, T.U. 286/1998), come previsto dall’ordinamento giuridico italiano, nel momento in cui riescono a sottrarsi al circuito penale, vengono catapultati nuovamente nella clandestinità, emarginazione e quindi nella criminalità.

La situazione è leggermente modificata per i minori stranieri di seconda genera-

zione sia per le risorse educative familiari e sociali garantite da una famiglia stabile e insediata nel territorio, sia per la maggiore attuazione di politiche interculturali e di inclusione sociale che coinvolge la magistratura e gli operatori istituzionali di settore.

Da diversi anni di fatto vengono attuate politiche di intervento sociale e minorile (oltre l’integrazione culturale ed etnica per il minore straniero) atte a prevenire il comportamento deviante o delinquenziale del minore. Nell’elaborazione di tali politiche che devono offrire un’occasione non solo di riscatto sociale ma anche di positivi legami interpersonali va considerato l’orientamento degli studiosi che va oltre la logica di lineare evitamento del disagio per promuovere situazioni di agio e di benessere, di potenziamento, attraverso azioni volte ad incrementare le competenze e le abilità dei giovani (training skills) per far fronte (coping) ai fattori di rischio o ai compiti evolutivi.(6) •



(2) Eurispes. 7° Rapporto nazionale sulla condizione dell’infanzia e dell’adolescenza, 2007.

(3) Ministero della Giustizia, dipartimento Giustizia Minorile, Servizio Statistico 2007.

(4) I principali Paesi di provenienza dei minori detenuti sono la Romania, il Marocco, la Serbia e l’Albania. La presenza di minori rumeni è molto aumentata negli ultimi anni, mentre quella di minori serbi e albanesi va progressivamente diminuendo.

(5) “Messa alla prova”, misura prevista dall’art.28 ccpm.

(6) De Leo G, Malagoli Togliatti M. Recenti prospettive di ricerca-intervento sulla prevenzione della devianza minorile. Minorigiustizia 2000; 2.

Un “Riformista” per la modernizzazione

Antonio Polito, il direttore, ha spostato la sede del quotidiano da piazza Barberini a via delle Botteghe Oscure, nello storico palazzo che ospitò il Pci. Il “suo” giornale: una novità proiettata nel futuro

di Paola Stefanucci

Il Riformista? E...il pensiero corre inevitabilmente al direttore (e fondatore) del quotidiano arancione: Antonio Polito, stabiese, 53 anni, di cui più della metà (34) passati nei giornali. Carriera rapida e folgorante: è all'Unità dal 1975 al 1988, è vice direttore di Repubblica nonché corrispondente da Londra per lo stesso quotidiano dal 1988 al 2002, anno in cui lancia la sua (coraggiosa) sfida: Il Riformista. Che in un battibaleno diventa uno dei più autorevoli giornali d'opinione, pur non avendo una tiratura competitiva con altre effemeridi che godono di maggiore fortuna. È un crescendo continuo. In pochi anni Il Riformista passa da 4 a 32 pagine. Antonio Polito non è al passo con i tempi: li precorre con lungimirante sensibilità. Ed ecco la nuova sede. Dove? Nello storico Palazzo di via delle Botteghe Oscure che ha ospitato il Partito comunista italiano prima e la redazione di Rinascita poi. E affacciata sulla strada, carica di simboli e di memorie, una novità proiettata nel futuro: la vetrina schermo on line con le news in tempo reale del quotidiano che il suo direttore (ovvero la forza motrice che sta dietro all'iniziativa editoriale) definisce: “ve-



Antonio Polito

loce come Internet, bello come una rivista”. Com'è facile immaginare le notizie e le lancette dell'orologio non concedono neanche un attimo di tregua al direttore: eppure Antonio Polito, con pragmatismo partenopeo, riesce a ritagliare uno spicchio di tempo per rispondere alle nostre domande.

Direttore, quando e perché ha deciso di dedicarsi al giornalismo?

Giovanissimo. Non è stata una decisione. È successo per caso. Facevo politica. Per questa ragione mi fu offerto un lavoro in un quindicinale a Castellammare di Stabia (dove vivevo). Si chiamava Cronache, era un giornale politico naturalmente in sintonia con le mie idee. Ho fatto anche il correttore di boz-

ze a La voce della Campania e poi sono arrivato all'Unità a Napoli. Ho tentato di conciliare gli studi universitari con il lavoro, ma infine mi sono arreso completamente al giornalismo.

La sua militanza politica è stata precoce al pari della sua carriera giornalistica.

Era l'inizio degli anni Settanta. In quel periodo un gran numero di giovani era attivo politicamente, molti militavano nella sinistra extraparlamentare, io invece ero un moderato già da allora e scelsi il partito comunista.

Per quale motivo?

Mi sembrava che l'Italia fosse chiusa, bloccata rispetto alla modernità che stava attraversando tutta l'Europa. La Sinistra rappresentava il cambiamento, il rinnovamento, la modernizzazione del Paese.

Il Pci era molto popolare e toccò i suoi massimi storici. Infatti, le battaglie civili condotte in quegli anni, dal referendum sul divorzio in poi, dal 1974 al 1976, cambiarono il volto del nostro Paese.

Il giovane Polito che cosa leggeva?

Già a 14 anni leggevo l'Unità. Avevo una passione per L'Espresso formato grande con fogli giganteschi, inimmaginabili oggi.

Dal suo esordio nel 1975 ad oggi com'è cambiato il mestiere di giornalista?

Radicalmente. Io appartengo ad una generazione che ha visto la tipografia a piombo. Ricordo la linotype: una macchina gigantesca con una tastiera dove il linotipista ricomponneva gli articoli che gli dava, scritti su carta, il redattore e man mano che li componeva si formavano delle righe di piombo fuso su cui veniva impresso il carattere, queste righe si accumulavano una sopra l'altra, poi si raccoglievano in una scatola e portate su un grande ban-

Nel linguaggio politico italiano “riformista” era allora una parola tabù, una parola pericolosa, una parola scandalo

cone dove venivano ricomposte. Si respirava un'atmosfera di bottega artigianale. Fare un giornale era un'impresa mastodontica. Ci voleva un sacco di lavoro manuale in più. Tutto un altro mondo. Impensabile, oggi, nell'era dell'informatica, con i vantaggi operativi, a tutti noti: la semplificazione delle procedure, riduzione dei tempi e il contenimento dei costi di produzione.

Ma è difficile fare il direttore? È difficile, com'è sempre difficile dirigere un gruppo di lavoro. Dirigere i giornalisti è ancora più difficile. Comporta responsabilità, tensione. Devi dare risposte a tutti. Sei l'ultimo a chiudere la porta.

Lei, invece, quale tra i suoi direttori ricorda in modo particolare?

Lavorare con Eugenio Scalfari a Repubblica è stata un'esperienza determinante e formativa. Era un direttore monarchico, come deve essere un direttore. Decideva lui. Ma era anche molto democratico: si contornava di un gruppo di collaboratori che faceva partecipare ad ogni fase della costruzione del giornale. Ho vissuto con lui la crescita di Repubblica uno dei più grandi successi editoriali in Italia.

Ripercorriamo brevemente le tappe salienti della sua più nota avventura editoriale: Il Riformista.

Siamo partiti sette anni fa un po' alla garibaldina con un foglio, quattro facciate, in un momento in cui la Sinistra italiana reagiva alla sconfitta subita alle elezioni

politiche del 2001 esasperando la sua parte peggiore, quella più estremista e demagogica. Nel linguaggio politico italiano "riformista" era allora una parola tabù, una parola pericolosa, una parola scandalo. Io ero ancora sotto choc per l'uccisione di Marco Biagi: un riformista che non era riuscito a far capire all'Italia e ai suoi nemici quanto progresso anche sociale può portare il riformismo. Questa parola è stata completamente sdoganata anche grazie alla nostra nascita. Soltanto qualche anno dopo tutti si dichiaravano riformisti, dal centrosinistra al centro destra. Erano perfino troppi i riformisti. Il nostro obiettivo era la nascita di un partito riformista. Un partito che mettesse insieme tutto il centrosinistra. Ci siamo riusciti con la nascita del Pd, anche se poi non siamo riusciti a farlo crescere come sarebbe piaciuto a noi, purtroppo. Lungo questa strada abbiamo condotto tante battaglie: la più importante è stata quella per la modernizzazione del sistema politico ita-

liano, che è molto cambiato. Oggi ci sono solo cinque partiti in Parlamento. Molto meglio così. Riforme ce ne sono state poche e sempre a fatica. Le riforme fondamentali sono quelle ancora da fare: welfare e pensioni. E non siamo neanche a metà dell'opera.

Chi legge il giornale da lei diretto?

Gente appassionata di politica, modernizzatori, infastiditi dagli aspetti più tradizionali e vecchi della politica italiana. Sono lettori di centrosinistra che soffrono questa condizione ma anche di centrodestra che si augurano che venga da quella parte il cambiamento, delusi perché nulla cambia.

Gli Italiani leggono poco i giornali, soprattutto quelli politici. Per quale motivo, secondo lei?

Per una ragione storica, quando l'Italia ha raggiunto la libertà e la diffusione della stampa, che è uno degli aspetti fondamentali della libertà politica, l'analfabetismo era ancora dilagante. La televisione è arrivata prima del processo comple-

to di alfabetizzazione. Tanti italiani hanno imparato a formarsi un'opinione e ad informarsi solo attraverso la televisione. Contrariamente ad altri Paesi, come ad esempio la Francia e la Gran Bretagna, dove il pubblico colto – intendo quello che sa leggere e capire – era più ampio che quello che c'era qui da noi. Nel 2009 abbiamo lo stesso numero di lettori di giornali pari a quello del 1948.

Oggi tutto viene spettacolarizzato, anche l'informazione. La verità viene sacrificata al sensazionalismo?

Un rischio che si corre spesso. Nell'informazione, soprattutto. E che allontana i lettori. L'informazione italiana è ritenuta dai suoi potenziali fruitori inaffidabile e non completamente veritiera. Il rischio della spettacolarizzazione è un pericolo reale.

Quando non dirige Il Riformista cosa fa?

Leggo, mi piace stare all'aria aperta, ma soprattutto cerco di passare più tempo possibile con mia figlia. •

Il Riformista

Direttore responsabile
ANTONIO POLITO

Vicedirettori
UBALDO CASOTTO
(esecutivo)
STEFANO CAPPELLINI
MARCO FERRANTE
MASSIMILIANO GALLO

C.d.a.
ROBERTO CRESPI
(Pres. e a.d.)
GIOVANNI DI CAGNO
ANTONIO POLITO

Direttore Generale
DANIELE CAVAGLIÀ

Già Le Regioni del Socialismo organo del Movimento per le regioni del Socialismo

Editore
Edizioni Riformiste Società Coop.
Via delle Botteghe
Oscure, 6
00186 Roma

Reg. Trib. di Roma
n. 594/95 del 12/12/95
Contributi diretti legge
n.250 del 07/08/90

Informazione tra inganno e conoscenza

di Antonio Gulli



L'informazione – a ragione – la si può ritenere la linfa vitale di una qualsiasi democrazia. La conoscenza della realtà, infatti, permette di esercitare in pieno il diritto a vivere una cittadinanza attiva, consapevole e responsabile. L'essere informati permette di poter prefigurare un futuro possibile; di poter gestire il

il presente e di cercare una probabile ragione rispetto al passato. Insomma: l'essere esclusi dal circuito dell'informazione rende le persone meno libere e passibili di rimanere vittime degli errori già commessi. Ma è sempre così? L'informazione rende sempre un individuo maggiormente cosciente di quanto avviene nella realtà? Le domande poste sollecitano la memoria a ricordare quanto già Nietzsche si chiedeva: "quanta verità può sopportare un uomo?". Se rimaniamo nell'ambito dell'informazione, si può rispondere che una persona è in grado di sopportare tanta "verità" quanto i suoi schemi di riferimento, i suoi meccanismi di sistematizzazione mentale, le sue "visioni della vita" e il proprio "capitale culturale" sono in grado di "decodificare". Infatti, non basta una "fonte" per esserci informazione: ci vuole che il destinatario posseda il "codice" giusto per trasformarsi in "ricettore". Come si vede, l'informazione è una cosa semplice e, al contempo, estremamente complessa. Mobilita il nostro far esperienza del mondo trasformandoci, a nostra volta, in "fonti o emittenti" di nuova informazione. Ma quando questa si presenta invasiva e massificante; quando non c'è nessuna possibilità di controllo sulle informazioni di cui siamo destinatari; e quando questa si pone l'obiettivo di cat-

turare solo la parte più sensibile – la parte emotiva –, cercando di impegnare il meno possibile l'area cognitiva, della riflessione e della critica, si può dire che l'informazione svolge la funzione di renderci più liberi?

Non c'è dubbio: oggi chi vuole informarsi può sapere sia cosa accade a due passi da casa che quanto si verifica a migliaia di chilometri. La tecnologia permette in tempo quasi reale di essere raggiunti dalle notizie ovunque e su tutto. Con iPhone le news possono essere scaricate dal cellulare di terza generazione e avere anche la possibilità di essere ricevute "su misura", ovvero tematizzate. Si possono avere informazioni riguardanti il proprio lavoro o lo svago. I grandi giornali sono oramai presenti in iPhone e in iPod Touch: il ricevente può cercare in archivio le notizie su temi attraverso "parole chiavi". Un "Alert" lo avviserà. E la persona, magari mentre mangia o fa qualche altra cosa, può sapere di un evento di cronaca, di un conflitto o, più semplicemente, se una attrice sta per sposarsi per la terza volta o meno. Non si può, poi, non ricordare che le TV – pubbliche e private – scodellano informazioni per l'intera giornata; così come la gloriosa radio ha fatto nella storia. In sostanza oggi ci troviamo di fronte a un cittadino che, se vuole, può informarsi sul-

l'ultima ricetta culinaria di moda o sull'ultimo trattamento per la cellulite. Insomma possiamo disporre di un'informazione presente ventiquattrore su ventiquattrore nella nostra vita e potercene giovare. Ma sappiamo veramente tutto? Su quanto si può considerare completa un'informazione lo si lascia al parere di chi legge. Fatto sta che può essere considerata positiva l'idea che informare significa sapere e sapere conoscere. E chi sa ha un vantaggio rispetto a chi non sa. Ma – come poco sopra accennato – non sempre le affermazioni, seppur sostenute da asserzioni corrette, hanno come effetto le verità su cui riposano. Se è difficile contestare che sapere è meglio di non sapere, è vero anche che il sapere – così come tutte le facoltà umane – ha una sua nomenclatura e che, se non viene rispettata, può dare luogo a conseguenze del tutto opposte. Ovvero, tanta informazione meno conoscenza. O, per dirla in altro modo, avere come effetto la creazione di un popolo di “informatissimi idioti”, per l'impossibilità di saper interpretare e rendere coerenti le informazioni che ci arrivano da ogni parte.

Ma dove vanno a finire tutte queste informazioni? Che impatto hanno su di noi? Per trovare risposta a tali domande è bene ricordare che una notizia è, per sua natura, espressione di una contingenza. Cioè di un sapere che si lega al momento e che solo dopo acquista la veste di vera e propria conoscenza. In sostanza, l'informazione va ad “impattare” con quel fondamento di “immagine del mondo” che sottende alla nostra prassi quotidiana. Questa – per sua natura – si presenta ampiamente immune rispetto alla pressione problematizzante messa in atto dalla quotidianità; da qui la consapevolezza che ogni “informatore” deve possedere è che il rischio concreto di una qualsiasi sua “emissione” possa trasformarsi in “rumore” e, di conseguenza, cadere nel vuoto.

Ma le conseguenze spiacevoli non vedono solo l'annichilimento delle diverse forme di reazione rispetto alle notizie, ma anche il fatto che le stesse notizie possono indurci verso la “rimozione dell'accaduto”. Cioè che l'avvalersi di una notizia può servire per poter archiviare quella “porzione di realtà” – probabilmente collocandola in una memoria remota – in modo che gli scossoni, o gli eventuali traumi che questa può produrre, abbiano il minore impatto possibile sulla quiete personale. Non c'è dubbio che quando l'informazione si presenta in forme quantitativamente elevate si rischia o una narcosi cogni-

**Non sempre le affermazioni,
seppur sostenute da asserzioni corrette,
hanno come effetto le verità
su cui riposano**

tiva o una vera e propria anestetizzazione emotiva. Piuttosto che interesse produce indifferenza.

Ma il problema è ben più ampio e tocca anche la struttura dell'informazione di cui siamo destinatari. In generale, l'informazione può essere viziata almeno da tre tipi di “voluta parzialità”: la prima la si può far discendere da deliberate forme di omissione. In sostanza, ponendola al servizio di una qualche causa, chiesa, politica o forma di potere – o per affermare una certa forma di legittimazione –, l'informazione viene presentata incompleta. La seconda la si può far discendere dalla volontà di non turbare l'opinione pubblica, aiutando con ciò, a dimenticare le varie forme di “complicità” che l'eventuale lettore può avere con l'accaduto. In genere questa seconda forma di parzialità vede la condivisione, da parte di chi scrive, nel cercare di ricacciare nell'oblio una testimonianza scomoda. La terza, la si può definire di ordine “estetico”. In sostanza colui che informa volutamente elimina, seleziona, purifica sovrapponendosi al “fatto” e rendendo così la notizia, da un lato, accettabile con il bisogno del lettore di riuscire a calare il fatto all'interno di una rappresentazione che possa essere digerita; dall'altro, “indimenticabile”. E sull'aspetto di rendere “indimenticabile” ciò che si comunica si innestano, non tanto le varie forme di falsificazione – così come indicate – quanto le cosiddette “notizie urlate”. Per le ragioni poco sopra indicate – sulla mole di informazioni all'interno delle quali ognuno di noi vive – molto spesso, contravvenendo all'ultima forma di falsificazione, la notizia non racconta il fatto – cioè il suo accadere, il suo sviluppo e, infine, il suo esito – ma solo quegli aspetti che più di altri si ritiene possano colpire l'attenzione; sottacendo, magari, che se è vero che è stato il bambino a mordere il cane, quest'ultimo, però, era di pezza.

Si sa che l'informazione sottostà alle stesse leggi della fisica; come ogni passaggio da una temperatura all'altra produce una dissipazione di energia, così ogni informazione perde parte della sua capacità di produrre conoscenza se non entra in rapporto con il “mondo della vita”.

Già Aristotele scriveva che l'informazione è almeno due cose: “acquisizione di conoscenza” e dare “impressione di forma all'oggetto”. Cioè che informazione significa: apprendere e creare. La sensazione che rilascia un certo tipo di informazione è che questi due momenti si siano invertiti: si crea per “informare”. Cioè si “costruisce una forma o un oggetto” in modo che si possa offrire la notizia. •

**L'informazione mobilita il nostro
far esperienza del mondo trasformandoci,
a nostra volta, in “fonti o emittenti”
di nuova informazione**

San Giacomo degli Incurabili

di Marco Vestri

L'Ospedale romano San Giacomo "in Augusta", così chiamato a causa della sua vicinanza al mausoleo dell'Imperatore Augusto, fu fondato da Papa Benedetto XII nel 1339. Sorse per volontà testamentaria del Cardinale Pietro Colonna al fine di

"sopperire", in qualche modo, alla scomunica caduta sulla famiglia Colonna fino alla quarta generazione dopo il gravissimo episodio dello "schiaffo di Anagni" (1302). Il suo luogo d'origine non fu scelto a caso. Visto che il Santo Spirito ed il San Giovanni servivano la parte centro meridionale della Roma di allora, era assolutamente necessario costruire un Ospedale in grado di venire incontro alle esigenze di coloro che popolavano la parte settentrionale della Città, quella compresa fra la via Flaminia e la Porta del Popolo. Il San Giacomo fu, quindi, costruito sul greto del Tevere (così da poter consentire un facile accesso anche a chi veniva via fiume), in uno spazio compreso fra la Via Lata o Flaminia (l'attuale Via del Corso), la chiesa di S. Lorenzo in Lucina e il Mausoleo di Augusto.

Scriva il professor Enrico Fedele nel suo articolo pubblicato sulla rivista *Annali Italiani di Chirurgia* (*Ann Ital Chir* 2003;74(2):V-X): "Il San Giacomo fin dai primi tempi della sua fondazione fu un Ospedale molto apprezzato per la valentia dei medici che vi lavoravano e per l'assistenza che, anche sotto il profilo umano, vi veniva erogata". Col tempo il San Giacomo prese il nome di Arcispedale degli Incurabili proprio per il suo ruolo essenziale avuto nella cura e nell'assistenza dei numerosissimi "malfranciosati", ovvero i malati di sifilide o morbo gallico, malattia che i marinai di Colombo avevano portato dalle Americhe e che si era rapidamente diffusa in Europa intorno al 1500.

L'epidemia di sifilide fu così grave da indurre Papa Leone X, con la Bolla Pontificia "Salvatoris nostri" del 19 luglio 1515, a stabilire che: "D'ora in poi l'ospedale San Giacomo prenda il nome dai poveri incurabili e dia ricovero [...] ad uomini e donne affetti da qualunque male infettivo ed incurabile compreso il morbo galli-

co, eccettuata lebbra et peste". Un singolare particolare storico attinente al San Giacomo mostra come nella seconda metà del '500 l'ospedale ebbe l'onore di essere frequentato da tre futuri Santi: Teatrino San Gaetano da Thiene che, in seguito, contribuì alla fondazione dell'Oratorio del Divino Amore; il fiorentino San Filippo Neri e il celebre abruzzese Camillo de Lellis che rimase nell'Ospedale per ben nove anni (1575 – 1584) passando da paziente a infermiere ad economo.

Proseguendo con il Fedele: "Fratanto l'ospedale si qualificava diversamente, secondo le mutate esigenze di assistenza cominciandosi a delineare quell'indirizzo chirurgico che il San Giacomo ha poi mantenuto fino ai giorni nostri". Durante il Risorgimento all'interno del San Giacomo fiorì addirittura una importante sezione della Carboneria che tra le sue fila annoverava personaggi del calibro del medico-farmacista Leonida Montanari, giustiziato il 23 novembre 1825 a piazza del Popolo insieme ad Angelo Targhini. Sempre il professor Fedele: "Quindi un Ospedale che nonostante le sue vetustà è rimasto al passo con i tempi per la volontà degli operatori sanitari che vi si sono alternati nelle varie specialità mediche e chirurgiche, in continuo lavoro nel corso di quasi sette secoli. Oggi vi sono obiettive difficoltà logistiche: di percorrenza, accesso, parcheggio [...]. Allora questo vecchio, anzi antico Ospedale, tra mille vicissitudini, tra cronaca e storia, ha diritto di sopravvivere, lavorare e fornire assistenza, orgoglioso come è della sua antica e rinnovata cultura".

Recenti cronache romane riportano notizie sempre più frequenti su eventuali progetti di riconversione dell'Ospedale che, addirittura, rischierebbe di essere trasformato in albergo... Speriamo prevalga il buonsenso... •



A seguito di una terribile epidemia di sifilide, nel 1515, con la Bolla Pontificia "Salvatoris nostri", Papa Leone X stabilì che l'ospedale San Giacomo dovesse prendere il nome dai poveri incurabili. (Nell'immagine: Papa Leone X con i cugini, i cardinali Giulio de' Medici e Luigi de' Rossi – Raffaello Sanzio, Galleria degli Uffizi, Firenze)

ed esposizioni in Italia

a cura di Anna Leyda Cavalli

IL SASSOFERRATO. UN PRERAFFAELITA TRA I PURISTI DEL SEICENTO

CESENA – fino al 25 ottobre 2009
Nel quarto centenario della nascita questa mostra celebra uno dei più singolari artisti del Seicento, famoso per le sue Madonne, copiate in seguito dall'iconografia popolare e ancora oggi replicate nei santini e riproduzioni oleografiche.

Galleria comunale d'arte
Palazzo del Ridotto
telefono: 0547 355727
(settore cultura)

CHAGALL, KANDINSKY E MALEVIČ: MAESTRI DELL'AVANGUARDIA RUSSA

COMO – fino al 26 luglio 2009
Ottanta opere, provenienti da musei e collezioni private, ripercorreranno la stagione artistica dai primi del Novecento agli inizi degli anni Trenta in Russia, con capolavori di Vassily Kandinsky, Marc Chagall, Kazimir Malevič e Pavel Filonov.

Villa Olmo - telefono: 031 571979

MONET. IL TEMPO DELLE NINFEE

MILANO – fino al 27 settembre 2009
Venti capolavori provenienti dal Museo Marmottan di Parigi, nati dallo studio che Claude Monet ha dedicato alle ninfee nel suo giardino giapponese di Giverny, esposti insieme a una selezione di stampe di Hokusai e Hiroshige a testimoniare l'in-

fluenza che la tradizione giapponese ebbe sul padre dell'impressionismo.

Palazzo Reale
telefono: 02 43353522 – 199 199111
www.mostramonet.it

LA MENTE DI LEONARDO. NEL LABORATORIO DEL GENIO UNIVERSALE

ROMA – fino al 30 agosto 2009
L'esposizione guida il visitatore alla scoperta del genio di Leonardo attraverso filmati e riproduzioni ad alta definizione, modelli, postazioni digitali, visualizzazioni virtuali di opere perdute di Leonardo.

Palazzo Venezia
telefono: 06 69994319

CANALETTO. UNO SGUARDO SU VENEZIA

TRIESTE – fino al 2 agosto 2009
Una significativa serie di sette disegni del grandissimo maestro veneziano Canaletto entrati a far parte delle raccolte della Galleria Nazionale d'Arte Antica di Trieste.

Castello di Miramare
telefono: 040 224143
www.castello-miramare.it

AMORE E PSICHE. STORYBOARD DI UN MITO

SPOLETO (PG) – fino al 31 agosto 2009
La mostra, allestita nell'ambito del Festival dei Due Mondi di Spoleto, trae ispirazione dalla rilettura critica dell'an-

tica favola di Apuleio dedicata ad Amore e Psiche e raccoglie importanti opere appartenenti ai Musei Capitolini e di artisti contemporanei.

Rocca Albornoiana
telefono: 0743 224952
www.festivaldispoletto.com

L'ATELIER DEGLI OSCAR. I COSTUMI DELLA SARTORIA TIRELLI PER IL GRANDE CINEMA

GORIZIA – fino al 6 settembre 2009
Affascinante selezione di abiti che hanno vestito le più belle attrici del mondo, come Claudia Cardinale, Silvana Mangano, Winona Ryder e Michelle Pfeiffer, Nicole Kidman e Monica Bellucci.

Palazzo Attems-Petzenstein
telefono: 0481 547541
www.provincia.gorizia.it

TULLIO PERICOLI SEDENDO E MIRANDO, PAESAGGI DAL 1966 AL 2009

ASCOLI PICENO
fino al 13 settembre 2009
Centotrenta opere, per gran parte inedite, in un percorso che segue l'evoluzione dell'artista marchigiano, notissimo disegnatore e ritrattista, nel suo rapporto con il paesaggio in oltre 40 anni di attività.

Galleria d'arte contemporanea
telefono: 0736 248663
www.saggipaesaggi.it

CAPOLAVORI DI CARTA POPPI (AR)

Dall'11 luglio al 27 settembre 2009
Una raccolta di importanti testi medici dal Medioevo alla fine del Settecento per conoscere l'evoluzione delle diverse discipline: volumi manoscritti e a stampa che, nel corso dei secoli, hanno incessantemente contribuito a divulgare i progressi della medicina.

Castello di Poppi
telefono: 0575 502 220 - 221
bibliotecarilliana@castellodipoppi.it



Tullio Pericoli, Terra rossa, 2004, olio su tela

Libri ricevuti

di G. F. Barbalace



Camici in giallo

In questo libro Luciano Sterpellone e Daniele Zamperini tracciano la storia della Medicina legale e delle indagini scientifiche usate per la soluzione dei più svariati delitti, o per scoprire altre verità in campo giudiziario o archeologico. Prendendo le mosse dagli esami fatti dal medico Antistio sul corpo di Giulio Cesare e proseguendo con la descrizione di casi famosissimi come Napoleone, lo Zar Nicola II e la figlia Anastasia, Marilyn Monroe, Sharon Tate, la mummia del Similaun, e meno noti, ma sempre molto significativi, il libro offre un'interessante presentazione dell'evoluzione delle indagini scientifiche iniziando dalle pratiche adottate nell'antichità, nel medioevo e nelle epoche successive, fino all'esame del DNA, del DNA-fingerprinting e del criminal profiling.

Una vera chicca per chi ama leggere o cimentarsi nella scrittura di romanzi polizieschi.

Luciano Sterpellone, Daniele Zamperini
"Camici in giallo"

S.E.I., Torino - pp. 182, euro 13,00



Cose mie come emozioni

Le immagini di quest'album fotografico dimostrano che la fotografia è un modo eccellente per rappresentare il mondo e che la macchina fotografica, in mano a fotografi provetti, capaci di cogliere le prospettive e le luci più significative, può creare opere di livello veramente artistico.

Questo è il caso degli scatti di Luigi Franco Malizia che si dimostra ottimo ritrattista, come si evince dalle due foto della giovane Vittoria (un romantico controluce in bianco e nero e un pittorico primo piano a colori) e dagli altri ritratti di anziani dalla forte introspezione psicologica. Egli ottiene ottimi risultati anche come documentarista quando fissa momenti di vita sociale e familiare. Ma la caratteristica principale di questo autore sono le belle foto di particolari naturalistici esaltati dagli effetti di luce e dal contrasto dei colori.

Pubblicazione fuori commercio
tel. 348 8226509

Medicina generale. Segni e disegni

Antonino Colaneri si è sempre dedicato al disegno e alla pittura e con questo suo interesse si è avvicinato in maniera molto efficace ed originale ad un penoso aspetto del suo lavoro, quello del dolore, dando un nuovo significato al rapporto che il medico ha con il paziente.

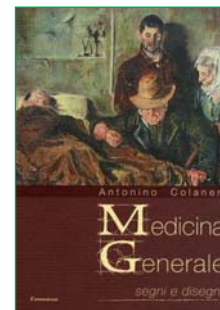
In questo volumetto raccoglie centoquattro ritratti di degen-
ti realizzati a penna nei pochi minuti necessari per coglierne, più che la semplice somiglianza, i segni della sofferenza, gli sguardi di speranza, gli interrogativi e l'insicurezza, i momenti di spossatezza e abbandono, la richiesta d'aiuto.

L'efficacia dei disegni è accresciuta dai brevi commenti alle immagini che Pietro Lisandrini ha redatto in forma di aforismi ora meditativi, ora sarcastici, ora amaramente ironici.

Antonino Colaneri

"Medicina Generale. Segni e disegni"

Cannarsa Editoria Grafica, Vasto (CH) - pp. 111, euro 12,00



Guida pratica di anestesia e rianimazione

Compatta e maneggevole nel suo formato tascabile, la seconda edizione della guida di Alessandra Canneti fornisce una chiara descrizione di tutti i più importanti aspetti dell'anestesia e della rianimazione, discipline importantissime nella patologia chirurgica.

Per rendere più facile la lettura e la comprensione di quanto esposto, sono sviluppati in forma schematica elementi di fisiologia, classificazioni e scale, protocolli di valutazione preoperatoria, nozioni di anestesia per adulti, pediatria e locoregionale, tossicologia, protocolli BLS/ALS, un prontuario di farmaci e soluzioni infusionali. Nel testo, ricco di tabelle, illustrazioni e quadri sinottici, il dettagliato e ampio indice analitico delle pagine finali permette di reperire con grande facilità tutte le materie e gli argomenti trattati nel manuale.

Alessandra Canneti

"Guida pratica di anestesia e rianimazione"

MB Edizioni, Roma - pp. 498, euro 30,00



Nuovi sviluppi in psiconcologia



Paolo Catanzaro, ha curato la pubblicazione di questo volume per raccogliere le ultime novità sul problema psiche e cancro.

L'indagine qui presentata è stata sviluppata prevalentemente in laboratori psicoterapeutici di ricerca di diverso tipo, nei quali, in maniera innovativa, era permesso esprimersi oltre che con le parole, anche tramite la pittura, la poesia, la musica e l'espressione

corporea. L'intento di queste attività è stato quello di favorire la formazione di una medicina centrata sull'uomo e non soltanto sulla patologia.

Particolare interessante è che, per diffondere la conoscenza delle motivazioni inconscie, proprie di alcune malattie oncologiche, sono stati ammessi nei laboratori di gruppo, assieme ai malati e agli psicologi, anche medici e radioterapisti.

Paolo Catanzaro

"Nuovi sviluppi in psiconcologia"

Vitamina Press, Perugia - pp.446, euro 35,00

Agape

Delle ventisei liriche di Antonio Lera, pubblicate in questa raccolta con a fianco la traduzione in spagnolo fatta da Mario Corradini, la prima è intitolata Jakaira, l'ultima Agape. Il primo dei due termini è in guaraní, lingua precolombiana del Paraguay, e l'altro in greco. Queste parole esprimono l'amore che si manifesta in forma amicale e coinvolgente, cui questa silloge è dedicata pur trattando degli altri aspetti dell'amore:

l'amore libero, l'amore giocoso, l'amore sensuale.

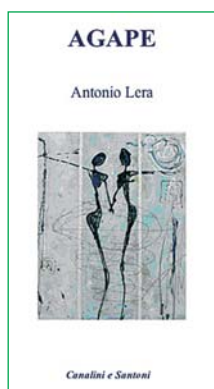
Con i suoi versi il poeta mira ad evitare la melanconia e l'incertezza del futuro per gioire di un "eterno presente". Elabora così una sorta di epicureismo di carattere pensoso e orientaleggiante.

La sua non è una poesia della forma, ma piuttosto un filosofeggiare poetico, nel quale di ogni poesia, accompagnata da una didascalia appositamente scelta, il lettore deve percepire il senso profondo del componimento.

Antonio Lera

"Agape"

Canalini e Santoni editore, Ancona - pp. 73



In breve

Sergio Perini

L'ARTE DISPERATA DI AGOSTINO GOLDANI

La vita e l'opera di un artista autodidatta, sofferente di disturbi psichici, geniale rappresentante dell'Art Brut, meglio conosciuta con il nome di Outsider Art. Il libro è anche un'interessante presentazione dei molti messaggi che siffatti lavori offrono all'interpretazione psicologica e della purezza espressiva di quest'arte mai condizionata dalle mode imperanti.

Marco Serra Tarantola Editore, Brescia

pp. 143, euro 25,00

Maurizia Cavallero

L'ARTE A TORINO NEGLI ANNI VENTI E TRENTA DEL '900

Con la sua nota accuratezza e profondità d'indagine, l'autrice ricostruisce in questo lavoro quel periodo vivace e ricco di fermenti artistici che Torino visse a cavallo delle due guerre mondiali arricchendolo di notizie aggiuntive quali l'influenza della Bauhaus o le curiose ricette della cucina futurista.

Lorenzo Editore, Torino - pp. 71, euro 13,00

Lorenzo Simeone

FORSE POESIA

Liriche dal verseggiare vorticoso che, con un turbine di parole e rincorrendo il gioco degli opposti, cercano di dare un senso al mistero della vita, dell'amore e allo scorrere del tempo che raccoglie in un "ammasso informe" i sogni e le speranze degli uomini inutilmente persi tra gli interrogativi e gli aspetti più amari dell'esistenza.

L'Autore Libri, Firenze - pp. 78, euro 9,40

AA.VV.

PUBLIUS VERGILIUS MARO

L'Associazione Medici Scrittori Italiani ha dato alla stampa gli atti della terza edizione del Premio Aesculapium organizzato a Pompei nel 2008 in memoria del dott. Antonio Cirillo, primo chirurgo di quella città. Tutti gli elaborati di saggistica, narrativa e poesia sono disposti in ordine alfabetico e corredati di immagini scelte da Nicola Avellino.

Flavius Edizioni, Pompei - pp. 48

Alessandro Bani

LA PAURA ED I SUOI MOLTEPLICI ASPETTI

La paura è un'emozione primordiale e ancora oggi può costituire l'aspetto prevalente di quadri clinici di interesse medico e psichiatrico, soprattutto nei casi in cui si può soccombere di fronte alle paure più arcaiche come quelle della perdita o della morte. Il libro approfondisce questi argomenti in favore di psichiatri e medici di base.

Ed. Psichiatria e Territorio, Forte dei Marmi (LU)

pp. 134, euro 14,00

La spiaggia di Bottom Bay



La “piccola Inghilterra” dei Caraibi

Dopo tre secoli di dominazione inglese, nel 1966 l'isola di Barbados è diventata indipendente, pur conservando quanto di meglio proponeva il sistema organizzativo e amministrativo britannico. L'isola corallina si estende per 431 chilometri quadrati con spiagge candide, acque tranquille e cristalline sulla sponda caraibica e con scogliere, onde altissime - perfette per il surf - e paesaggi più aspri su quella atlantica

di Mauro Subrizi

Il nome di questo stato delle Antille fu coniato dall'esploratore portoghese Pedro A. Campos che chiamò l'isola “Los Barbados” (“I Barbuti”)

ispirandosi agli alberi da fico che vi crescevano e le cui lunghe radici aeree sembravano barbe. Il nome che gli indigeni Arawak attribuivano all'isola era Ichirouganaim.

Barbados è una delle Antil-

le Minori, si trova ad est della catena principale di isole e le nazioni più vicine sono Saint Lucia, Saint Vincent e le Grenadine.

Barbados è un'isola dalla doppia anima. Divisa tra due mari, Atlantico e Ca-

raibico, e due paesaggi: formazioni rocciose e lingue di sabbia battute dalle onde sull'oceano; spiagge coralline, fini come cipria, lambite dal mare sulla costa occidentale. *Buen retiro*, fino a qualche tempo fa, di pochi “Paperoni” che si isolavano in ville miliardarie e alberghi da favola. Barbados è ora un sogno possibile: qui sono nati b&b e piccoli alberghi vicino ai campi da golf o sul mare, che offrono comfort elevato a prezzi accessibili. Ed è una meta sicura: i bajan, gli isolani di origine

africana, sono gentili, affabili, saggi al punto da conservare quanto di meglio proponeva il sistema organizzativo e amministrativo britannico, con il risultato di godere oggi del tenore di vita più alto dei Caraibi. Divenuta inglese con lo sbarco del primo colono nel 1627, Barbados è rimasta tale dopo l'indipendenza, nel 1966. Un angolo d'Inghilterra, sotto il sole dei Caraibi. Dove si guida a sinistra, i giudici portano la parrucca, si gioca a golf e a cricket, tutti si fermano per il tè delle cinque e per il cocktail tropicale dopo il tramonto.

Sole e mare, golf e surf sono le attrattive dell'isola, insieme al carattere della popolazione, sul quale né il conformismo né il puritanesimo britannico hanno influito. Di fatto è una società evoluta che offre grande libertà alle donne e massima tolleranza religiosa: sono più di trenta le diverse confessioni.

Altro elemento importante è la musica, vero leitmotiv di Barbados: jazz o afro, ma soprattutto calypso e limbo, i ritmi più diffusi e visuti. Esce e si diffonde dai bar della costa caraibica, sui litorali più frequentati dagli isolani.

Anche se il disboscamento per lasciare posto alle coltivazioni di canna da zucchero fu drastico, Barbados è ancora ricca di vegetazione tropicale, con quasi settecento specie di fiori e



piante che nascono spontaneamente in un ambiente naturale preservato. Gli alberghi non deturpano il paesaggio, grazie ad una accorta politica ambientale che vieta di costruire in altezza oltre le cime delle palme da cocco.

L'anima naturale di Barbados è la costa orientale, che si raggiunge percorrendo una delle strade collinari dell'interno, la Cherry Hill Tree, sotto archi di alberi secolari, dove si intravedo-

no il colore acceso delle case dei pescatori e l'azzurro dell'Atlantico. È il litorale di Bathsheba, famoso per il mare impetuoso, punto di ritrovo dei surfisti. Questa costa per lunghi tratti conserva intatto il paesaggio naturale ed umano – le antiche plantation house e i tipici rum shop, i baracchini di rum frequentati dai pescatori.

Sulla costa caraibica, al Fish Market di **Oistins**, intorno alle 17.00, i pescherecci scaricano casse di salmoni atlantici, pesce spada, tonni, squali e barracuda, venduti anche in tranci. Nel fine settimana, un rito dell'isola è comprare fish & chips nelle baracche di Market Square, dove si frigge il pescato della giornata fino alle 22.00, e mangiarlo sulla **Miami Beach**, la spiaggia più vasta e affascinante di Barbados, dove si svolgono accanite partite di cricket. Si gioca dappertutto, perfino

nei pascoli per le pecore, e gli incontri possono durare diversi giorni.

Nella capitale, **Bridgetown**, la vita si concentra lungo Board Street, la strada dello shopping, e nel quartiere del porto, una volta dominio dei pescatori e magazzinieri, ora di pub e locali all'aperto.

Sulle spiagge cittadine si balla al ritmo di calypso e limbo sino alle tre di notte. Girovagando tra spiagge ed entroterra, si scopre che anche il mare di Barbados nasconde vari tesori. Il punto più spettacolare è **Folkestone Underwater Park**, due chilometri di parco marino al largo di Holetown. Ci si arriva da Bridgetown con le crociere giornaliere di cinque ore dei catamarani. Si sosta più volte per fare il bagno nelle baie e osservare i giardini di corallo, ci si tuffa nelle acque del parco con tartarughe e pesci papagallos che fanno provare la sensazione, sfiorando il visitatore, di nuotare in un acquario. •

Bridgetown



Attrice, ma senza la "faccia da cinema"



Piera Degli Esposti in una scena del film "Giulia non esce la sera", (foto di Assunta Servello)

di Ludovica Mariani

"All'inizio nessuno mi voleva. Bocciata all'Accademia d'Arte Drammatica di Roma, respinta ad una serie di provini radiofonici e teatrali, sembrava che la mia carriera di attrice fosse finita prima ancora di cominciare!". Piera Degli Esposti nella sua bella casa romana ricorda gli inizi di una carriera che l'ha portata a vincere di recente il secondo David di Donatello (l'ultimo per "Il Divo" pluripremiato film di Paolo Sorrentino) e un prestigioso Nastro d'Argento speciale. "Invece curiosamente il cinema mi chiamò quasi subito – prosegue – con Castellani che mi volle nel ruolo di una

suorina in "Questi Fantasmi" e poi Pasolini per "Medea" e i fratelli Taviani... mentre il teatro continuava ad ignorarmi.

L'amore che aveva per il palcoscenico non era dunque ricambiato?

Io volevo fare il teatro e per una ragione precisa. Il cinema per me è il "non movimento", non mi sentivo libera davanti alla cinepresa che per me è quasi come essere esaminati per una radiografia. Oggi che si è così attenti alla notorietà, e il cinema ne dà tantissima, forse la mia scelta è difficile da capire. Comunque dopo tanta fatica arrivarono Antonio Calenda, Maurizio Scaparro, il teatro con la T maiuscola per intenderci, e con i grandi registi i grandi ruoli

da "Cleopatra" a "La folle de Chaillot" dove all'età di 28 anni interpretavo Aurelia, una vecchia centenaria. Ho sempre amato le trasformazioni senza badare molto al mio aspetto fisico.

Pensa che la trasformazione sia tra le caratteristiche di un vero attore?

Dovrebbe essere così ma non è sempre colpa degli attori se non accade. Capisco che può sembrare pericoloso, ad esempio, affidare ad una giovane attrice il ruolo di una vecchia, potrebbe sembrare inesperta. Io ho incontrato registi che hanno avuto coraggio e forse fiducia nelle mie capacità e nel mio talento. Così sono stata una vecchia quando ero giovane e una bimba ora che sono adulta. Il teatro per-

mette queste magie e nessuno si stupisce se in palcoscenico ho nove anni (nell'atto unico di Dacia Maraini "Per proteggerti meglio figlia mia") e un padre, Roberto Herlitzka, che in realtà è quasi coetaneo. È pure vero che oggi molte attrici, e anche attori perché no, non lottano per un ruolo ma più per fermare il tempo con interventi chirurgici e strane iniezioni ogni sei mesi. Per me invece l'età non è stata mai un condizionamento. Come non lo è stato l'essere donna. Ho fatto Michelangelo, Dante e ho in progetto di fare Riccardo III.

Ci sono attori che soffrono per entrare nei personaggi e altri che, come faceva Mastroianni, mangiano pasta e fagioli e poi vanno sul set. Lei come si prepara per un ruolo?

Io sono più vicina alla prima categoria che alla seconda. Ho bisogno di familiarizzare con le parole che devo dire, la totale spontaneità non mi appartiene, avrei paura e mi sembrerebbe non di recitare ma di giocare alle bambole, alle "signore" come si fa da piccoli. Naturalmente non è che per entrare in un personaggio mi devo dilaniare internamente, o magari ingrassare di 20 chili come fanno gli attori

Del cinema mi piace il fatto che rimane, dopo tanti anni ritrovi intatti persone e sentimenti

americani, che per carità sono bravissimi però a volte eccessivi. Il mio è un approccio più da ape operosa, o da bravo artigiano, che studia, impara. Per fare un buon armadio bisogna conoscere il legno, no? Da sempre ho dedicato tanto tempo alle parole perché volevo essere un'attrice di teatro tra le prime, perché non dirlo, volevo emergere e non essere un'interprete tra le tante che recitano. Avevo un mio piccolo grande scopo, quello di portare a teatro un mio metodo, una diversità che mi piace rappresentare.

Com'è stato l'incontro con Pasolini e la Callas sul set di "Medea"?

È stato un onore e una fortuna lavorare con queste due figure straordinarie. Ricordo la Callas, per la prima volta su un set cinematografico intimidita come una bambina, così diversa da quello che uno si poteva immaginare data la grandezza dell'artista. La cosa comica è che molte delle comparse allora non sapevano chi fosse "sarà l'amante del produttore – dicevano –; ma va, con quel nasone?!". In alcune scene Medea cade sotto il peso dei terribili eventi che la colpiscono "ah, ma come caschi bene signò" dicevano sempre le solite comparse, e lei "ma io ho 30 anni di palcoscenico!". La Callas, la famosa e capricciosissima Callas, insomma perdeva tempo a spiegare a questa gente, diciamo un po' ignorante, chi era. Quando cominciarono a circolare sui giornali scandalistici le sue foto con Onassis divenne

per tutti un personaggio popolare e allora quando la vedevano al telefono commentavano "hai visto la nasona, sta al telefono col Greco!". Pasolini mi scelse per un motivo apparentemente strano "mi piace la tua faccia perché non hai la faccia da attrice", mi diceva. A me prese quasi un colpo, così non reciterò mai, pensavo. Per lui invece era un gran complimento e voleva dire che la mia faccia non era manierata, a lui piacevano le facce grandi, larghe. In quel film ho fatto molto meno di quanto potessi perché a Pasolini piacevano molto le immagini, forse più delle parole che sono quelle che io amo. A lui piaceva la mia faccia anche muta, sem-

plicemente come immagine, espressione.

E con Marco Ferreri?

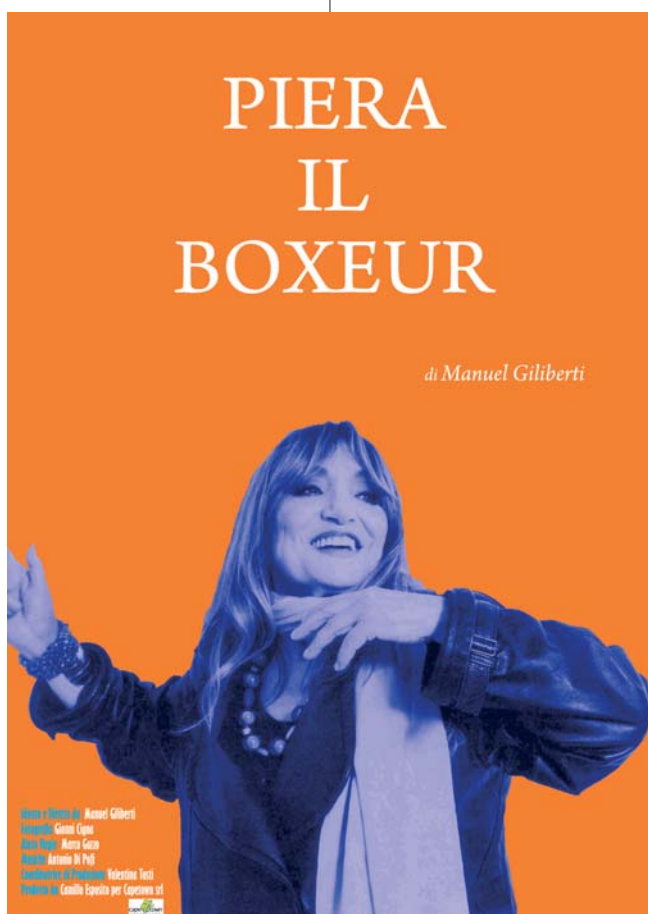
È un altro onore che ho avuto, la mia storia raccontata da un grande regista, un autore amato moltissimo non solo da noi ma anche in Francia, in Spagna. Meno in America, forse per lo scandalo provocato da "La Grande abbuffata". I suoi film restano per me una parte importante nel cinema mondiale, dal bellissimo "Dillinger è morto", a "La donna scimmia" e al mio "Storia di Piera" (scritto a quattro mani con Dacia Maraini ndr) che è un film di grande sentimento, pathos e con grandi interpretazioni da Hanna Schygulla, che faceva mia madre, a un immenso Ma-

stroiani, mio padre, e Isabelle Huppert che faceva me. Posso dire che nella mia vita ho avuto grandi incontri, Natalia Ginzburg, Elsa Morante, Lalla Romano, ma del cinema mi piace il fatto che rimane. Dopo tanti anni ritrovi intatti persone e sentimenti, vivi come allora.

Ci parli di un altro suo grande amore, un po' meno professionale, Robert Mitchum.

Cominciò da ragazzina quando vidi "Il promontorio della paura". Lui era spesso con una maglietta bagnata dall'acqua che gli si appiccicava addosso, un concentrato di carica erotica. E pensare che mia cugina parteggiava invece per l'anonimo Gregory Peck, l'altro protagonista. Fu un colpo di fulmine e da allora cercai sempre di incontrarlo. Feci un provino per "La battaglia di Anzio" film che Mitchum venne a girare in Italia, ma non fui presa, dissero che non avevo una faccia italiana, a quanto pare non avevo mai la faccia giusta per niente! **Alla fine però ce l'ha fatta e grazie a Lina Werthemüller...**

Una sera in camerino trovai un biglietto anonimo "Lunedì cenerai con Robert Mitchum". Pensai a uno scherzo della compagnia, tutti sapevano della mia passione. Invece Lina aveva organizzato tutto e io ho passato ore a scegliere il vestito che avrei messo. Ero felice e impaurita, temevo anche di restare delusa. Invece alla fine ci siamo anche baciati, un bacio vero, mica cinematografico! •



La locandina di "Piera il Boxeur", un omaggio a Piera Degli Esposti che ripercorre i momenti più salienti della sua carriera

Schermi di qualità

di Maricla Tagliaferri

A volte la grande economia scopre l'acqua calda e arriva alle stesse conclusioni che ogni casalinga conosce da sempre: la qualità paga. Aspettando che l'idea conquisti anche i governanti del mondo, consoliamoci col cinema. E con l'iniziativa

“Schermi di qualità”, nata con l'intento di promuovere e sostenere il cinema europeo e italiano, vale a dire il più penalizzato dalle multinazionali e dai cinepanettoni. La lanciò l'Associazione generale italiana dello spettacolo (Agis) a nome di tutte le categorie dell'esercizio cinematografico e da allora è sostenuta dalla direzione Cinema del ministero dei Beni Culturali, che distribuisce un contributo economico a quelle sale che si impegnano a programmare film italiani ed europei “di qualità” per un tot di giorni (dai 100 ai 180 a seconda della dimensione del comune in cui operano).

Già i dati delle passate edizioni furono più che confortanti e sebbene gli esercenti di buona volontà stiano ancora aspettando i soldi promessi, hanno tenuto duro. Risultato di questa quarta edizione: nelle 524 sale aderenti al progetto, fra il 1° aprile 2008 e il 31 marzo 2009, sono stati staccati oltre dodici milioni di biglietti, pari al 10 per cento dei biglietti complessivi. Di questi più di 7 milioni sono andati ai film dell'EU e oltre 4 ai film italiani, pari al 33 per cento, cioè più della passata stagione e, soprattutto, più della percentuale di mercato conquistata dal nostro cinema in generale, scesa sotto il 30 per cento. Gli schermi di qualità hanno contribuito ad incassare il 13,5 per cento dei 583 milioni di euro del mercato sala e in alcuni casi hanno fornito la maggior parte dell'incasso di singoli titoli. Il successo di piccoli film come “Pranzo di Ferragosto”, per esempio, è determinato per il 63 per cento da questo circuito e si arriva al 78 per cento nel caso di “Valzer con Bashir”, il cartoon israeliano sul massacro di Sabra e Chatila candidato all'Oscar.

L'Agis ha commissionato due ricerche,

una all'Università La Sapienza di Roma e l'altra alla Bocconi di Milano, per capire se l'iniziativa avesse anche una valenza economica, oltretutto culturale. Sorpresa: entrambe le ricerche hanno detto che sì, i film di qualità rendono e sono un buon modo di investire il denaro pubblico. Non essendo legati a logiche stagionali, i film possono rimanere in sala più a lungo e usufruire del passaparola, continuando ad incassare anche quando scompaiono dal grande circuito. Ogni schermo di qualità “rende”, in media, più degli altri. Nella grande maggioranza dei casi la programmazione “di qualità” ha permesso il recupero dei finanziamenti pubblici erogati. Inoltre innesca un meccanismo di fidelizzazione importantissimo specie nei piccoli centri: si va in “quel” cinema certi di non restare delusi. Infine, saltando a piè pari i dati troppo aridamente tecnici, l'esistenza di un circuito di qualità, che si affianca ai tradizionali “d'essai”, permette una diversificazione dell'offerta cinematografica.

Perché, come nota Maurizio Sciarra, regista e portavoce del movimento 100Autori: “La domanda di cinema esiste, è l'offerta che manca”. Fagocitata o dispersa dal prevalere dei Multiplex e dalle megasale, che sono state importanti per il rilancio, ma che ora vanno ripensate. Lo nota anche Riccardo Tozzi, presidente dei Produttori: “Le

sale urbane sono andate in crisi, escluse dagli incentivi statali e trascurate da noi ubriachi di multisala. Ora ci accorgiamo che queste non hanno portato ad un'aggiunta di pubblico ma a una sostituzione. I blockbuster hanno conquistato i più giovani, prevalentemente maschi, ma si sono persi gli adulti, prevalentemente femmine, pubblico ideale del cinema di qualità”. •



Suoni da un altro mondo

testo e foto di Piero Bottali

O Siamo andati sulla Luna pensando forse che il pianeta Terra lo conoscevamo tutto. Ma non è così: ci sono anfratti nel mondo del sapere che nemmeno sospettavamo esistessero. Luoghi, uomini e fatti non necessariamente lontani in

senso geografico eppure culturalmente remotissimi, tagliati fuori dall'informazione globalizzata, apparentemente paghi di sé, disinteressati al flusso dello sviluppo e del progresso, senz'altri punti di riferimento che la loro cultura, tradizioni, archetipi.

Uno di questi luoghi è la Mongolia.

Per noi occidentali rappresenta l'Ignoto. I documentari ci mostrano un immenso altipiano piatto, brullo, stepposo, ventoso, con un freddo secco da morire, rari pastori nomadi montati sui pelosi, preistorici cavallini di Przewalski a governare yak muschiosi e capre, poche *yurte* (capanne di feltro) che raccolgono l'intero clan familiare. I più informati di noi sanno che i mongoli hanno come sport nazionale e simbolo di identità il tiro con un arco gigantesco, altri forse ricordano che il terreno arido della Mongolia ha conservato spettacolari resti fossili di migliaia di dinosauri in maniera perfetta, uova comprese. E della musica mongola che ne sappiamo?

Niente. Ma i mongoli, hanno poi una musica? Ebbene sì, ma la loro musica, come la loro lingua e i loro costumi, sono totalmente diversi. Non escludiamo certo che i giovani conoscano i Beatles, i Pink Floyd e Bruce Springsteen, ma fortissima è la presenza, diremmo in posizione dominante, della musica tradizionale. Abbiamo detto musica ma avremmo dovuto dire canto. Un canto incredibile e unico, il cui ascolto sconcerta, anzi leggermente terrorizza per la sua disumanità, l'occidentale che non l'ha mai udito prima. I mongoli infatti producono un

suono doppio ed emesso in maniera contemporanea. Proviamo a spiegarci meglio. Diciamo che le corde vocali messe in vibrazione dell'aria spinta dai polmoni producono i suoni che conosciamo. I mongoli in più hanno perfezionato nei secoli una tecnica attraverso la quale sono riusciti a produrre un altro suono armonico più alto (*overtone*) con la gola e dalla gola. Questa raffinata tecnica acustica con la quale una singola voce umana può simultaneamente produrre due o più suoni chiari e ben udibili è chiamata in lingua mongola *khöömii*, che vuol dire "cantare con la gola" (*throat singing*). La sensazione cui siamo abituati di udire un solo suono (o tono) prodotto dalle corde vocali, come nel normale cantare e parlare, viene quindi spostata verso l'ascolto di due voci visibilmente indipendenti sopra un bordone basso. Questo "bordone" è prodotto dalla voce normale mentre l'armonico superiore (*o overtone*) viene prodotto, appunto, tramite la gola.

Per noi occidentali cantare nei toni alti (o armonici o *overtones*) è veramente l'aspetto più impressionante della musica mongola.

Da tempo immemorabile questo "canto con la gola" viene praticato dalle tribù nomadi dell'Asia Settentrionale e della Turchia, così come dai monaci tibetani. Abbiamo avuto la rara fortuna di incontrare a Parigi uno di questi gruppi musicali mongoli che praticavano il *khöömii* davanti al Beaubourg: i suoni che emettevano erano inauditi e incredibili: metallici e duri, parevano quelli di automi. Non ci siamo fatti scappare l'occasione di sapere come si impara "il *khoomii*. Ebbene, occorrono vent'anni e anche più di duro esercizio quotidiano specie della gola, e bisogna cominciare da bambini altrimenti non lo si impara mai. •



PER SAPERNE DI PIÙ

Palamjav Tsildee - Ulan Bator
Mongolia - akkhan@tengri.nl

Maxim Shapochnikov
Window to Europe - wte@euronet.nl

Il cantante del gruppo mongolo Altai Khaikhan mentre esegue il tradizionale *khöömii*, anche detto "canto di gola"

Musical...mente, incontri fra note e scienza

Dal 20 luglio al 10 agosto a San Gemini il "Campus delle arti". La manifestazione, giunta alla sua quinta edizione, accosta concerti e didattica ad incontri volti ad approfondire tematiche di carattere medico e scientifico intimamente legate all'esperienza musicale. A colloquio con il neurologo Mario Cacciavillani, che quest'anno ricoprirà l'incarico di direttore scientifico



di Riccardo Cenci

In una realtà come quella italiana, solitamente disattenta nei confronti della cultura in generale, e della musica colta in particolare, dove l'educazione musicale viene ghettizzata e considerata alla stregua di un'attività quasi superflua e non, come dovrebbe essere, essenziale per la formazione e la crescita dell'individuo, desta meraviglia il successo crescente riscosso da un'iniziativa sorta in ambito provinciale e giunta ormai alla sua quinta edizione. Stiamo parlando del Campus delle Arti che si svolgerà nella cittadina umbra di San Gemini dal 20 luglio al 10 agosto prossimi, un progetto totalmente avulso dalla logica dei

consueti festival estivi, nato quasi per caso come momento di aggregazione e portato avanti dal direttore artistico Angela Chiofalo con mezzi esigui, ma con impegno e dedizione ammirevoli. L'idea è quella di stabilire un collegamento diretto fra formazione e produzione, partendo però dalla convinzione che anche coloro i quali non lavoreranno nel campo della musica, ne trarranno comunque un beneficio immenso sotto ogni punto di vista, migliorando la propria capacità di relazionarsi con gli altri, svilup-

pando abilità sia intellettuali che manuali legate allo studio dello strumento. L'unicità del Campus risiede nella sua formula organizzativa che accosta una sezione concertistica, con otto appuntamenti in cartellone ai quali partecipano promettenti talenti musicali insieme ad artisti già affermati, una sezione prettamente didattica, con corsi e masterclass di strumento e direzione d'orchestra dai quali verranno selezionati gli allievi migliori, ed infine una sezione introdotta per la prima volta lo scorso anno dedica-

**I fenomeni musicali coinvolgono
ogni area del cervello e gran parte
dei sistemi neuronali**

ta ad incontri volti ad approfondire tematiche di carattere medico e scientifico intimamente legate all'esperienza musicale.

Abbiamo incontrato il dottor Mario Cacciavillani (neurologo di Padova) il quale, dopo aver partecipato la stagione scorsa alla prima edizione del progetto in qualità di relatore, torna quest'anno nella veste di direttore scientifico degli incontri che, con il titolo "Dal primo neurone all'ultima falange", andranno ad indagare nei suoi vari aspetti il settore della neuromusicologia, una disciplina relativamente giovane e per questo ricca di quesiti ed implicazioni, volti a svelare i meccanismi che si trovano alla base dell'ascolto e della pratica musicale.

Quando nasce la neuromusicologia?

Sono circa trent'anni che lo studio della percezione musicale ha cessato di essere terreno esclusivo della ricerca musicologica per coinvolgere l'interesse sempre crescente dei neurologi. In particolare il salto di qualità si è avuto grazie alle preziosissime informazioni che ci vengono dalle nuove tecniche di neuroimaging, le quali riescono a fornirci un quadro più chiaro delle reti neurali coinvolte.

A che punto si trovano questi studi in Italia?

Purtroppo il nostro paese non è all'avanguardia in questo campo, basti pensare che i testi di riferimento in materia provengono in gran parte dagli Stati Uniti e dal Canada. Recentemen-

te però anche in Italia alcuni centri di ricerca si stanno occupando dei rapporti musica-cervello. Un obiettivo importante sarebbe quello di riuscire a divulgare le scoperte e le informazioni relative alle neuroscienze anche all'interno dei Conservatori.

Parliamo dei fenomeni percettivi. È possibile sapere in che modo la musica agisce sulla mente umana, e se c'è una parte del cervello deputata alla musica?

Il fatto che non vi siano ancora certezze, in quanto la materia è in continua evoluzione, è oltremodo stimolante. La cosa certa è che bisogna abbandonare la vecchia nozione secondo la quale vi sia un unico emisfero cerebrale dedicato ai fenomeni musicali, mentre questi coinvolgono ogni area del cervello e gran parte dei sistemi neuronali (l'apparato motorio, il cervelletto, le vie uditive, e via dicendo). In questa ottica molto affascinante è il tema dei "neuroni specchio", che verrà trattato dal professor Pietro Pietrini dell'Università di Pisa, neuroni della corteccia motoria che, in assenza di movimento, riflettono le azioni eseguite da un altro soggetto, modificandosi sia dal punto di vista strutturale che funzionale. Tali neuroni potrebbero avere il compito di farci capire le azioni e le emozioni, costituendo un elemento essenziale nell'apprendimento di particolari abilità mediante l'osservazione.

Quali sono le applicazioni

pratiche di questa disciplina? Hanno in qualche modo a che fare con la musicoterapia?

Poche occupazioni umane attivano tante strutture cerebrali come fa la musica. Conoscere i meccanismi che sono alla base del-

l'ascolto e della pratica musicale, comprendere come e dove il nostro cervello ascolta la musica, aiuta certamente a perfezionare le nostre caratteristiche. Il versante più stimolante e ricco di frutti è quello della didattica, sia come campo sul

Sono circa trent'anni che lo studio della percezione musicale ha cessato di essere terreno esclusivo della ricerca musicologica per coinvolgere l'interesse sempre crescente dei neurologi



quale provare la fondatezza delle proprie idee, sia come terreno di confronto per aggiornare o rivedere alcuni postulati riguardanti l'apprendimento sui quali gli studi recenti gettano nuova luce.

Riguardo alla musicoterapia, l'argomento verrà indagato dal professor Pietro Bria, psichiatra del Policlinico Gemelli di Roma, il quale affronterà fra l'altro il tema del potere terapeutico della musica nel trattamento di patologie quali la malattia di Alzheimer ed il morbo di Parkinson.

Il legame fra musica e medicina si perde nella notte dei tempi, quando la guarigione era legata a forme rituali solitamente connesse con la produzione di suoni. Da dove nasce la naturale tendenza dell'uomo per la musica? Ovvero perché ci piace la musica?

Si tratta di un quesito ancora irrisolto. Certo è che l'uomo non può fare a meno della musica, visto che non vi è ritualità umana che ne sia priva, dalle celebrazioni religiose, quali possono essere un matrimonio o un funerale, a quelle laiche. Studiando la valenza emotiva della musica ed il modo in cui questa viene percepita, i neuroscienziati potranno rivelarci i meccanismi che guidano il pensiero umano. La complessità del cervello richiama l'immensità del cosmo; comprenderne il funzionamento equivale a capire i segreti dell'universo, un obiettivo per il momento ancora molto lontano. •

Una “radice d’oro” che viene dalla Siberia

L'impiego della *Rhodiola rosea* *Crassulaceae* risale a migliaia di anni fa. Ottimo antinfiammatorio, velocizza la guarigione delle patologie respiratorie e aumenta la resistenza alla fatica e allo stress

di Carolina Bosco
Mastromarino

La *Rhodiola rosea* *Crassulaceae* ha il suo habitat sulle montagne Siberiane dove è denominata *Zoloty Karen* - radice d’oro - definizione che lascia capire quanto sia stata apprezzata per le sue importanti proprietà salutari. L’uso della *Rhodiola* risale a migliaia di anni fa ed è stata tramandata di generazione in generazione nella cultura orale della tradizione etnobotanica della Siberia, che attribuiva a questa pianta le proprietà di mantenere la salute, la vitalità,

la longevità e il vigore dell’organismo umano.

La prima classificazione come pianta medicinale è attribuita a Dioscoride (77 d. C.) che la cita col nome di *Rhodiorosa* nel suo *De materia medica* che è ritenuto il più importante testo di botanica dell’antichità. Più tardi Linneo (1700), padre della nomenclatura binomia che usò un nome per indicare il genere e un aggettivo per indicare la specie, le attribuì il nome scientifico tuttora in uso. La *Rhodiola* è presente fin dal 1754 nella farmacopea svedese, nel 1985 è stata riconosciuta come pianta anti fatica ed è in-

clusa nella farmacopea francese. Anche i manuali di fitoterapia tedeschi hanno preso in considerazione le virtù medicinali di questa pianta. In Inghilterra è denominata *Lignum rhodium*. La *Rhodiola* appartiene alla famiglia delle *Crassulaceae* che comprende 30 generi e 3 mila specie. Sono piante succulente, ricche di parenchimi acquiferi che permettono di superare condizioni di vita xerofitica su rocce dove è massima la siccità. Le foglie sono opposte, verticillate, addossate le une alle altre, carnose, immagazzinano acqua di riserva, traspirano poco per

la presenza di una cuticola povera di stomi. È una pianta perenne con un rizoma voluminoso che al taglio emana odore di rosa, i fiori sono infiorescenze bratteate di colore giallo, sia i petali che i sepali sono provvisti di nettarii, quindi l’impollinazione avviene per mezzo di insetti. Il frutto è un follicolo contenente piccoli semi provvisti di albumi. Le foglie sono ricche di acidi e di tannini per cui non sono appetibili da parte degli erbivori.

La *Rhodiola* grazie alla sua ricchezza di vitamine e antiossidanti è un ottimo antinfiammatorio che velocizza la guarigione delle patologie respiratorie e aumenta la resistenza alla fatica e allo stress. Le foglie contuse guariscono ustioni e ferite, l’infuso con i fiori è un ottimo rimedio per disturbi gastrici e intestinali. La radice è una panacea che aumenta la resistenza fisica, il vigore sessuale, migliora l’umore e la resistenza alle condizioni climatiche.

Uno studio clinico in doppio cieco condotto su un gruppo di studenti prima di esami scolastici ha dimostrato che la performance mentale dei soggetti del gruppo verum era significativamente migliore di quella dei soggetti del gruppo placebo. In un trial clinico di maschi affetti da impotenza sessuale moderata e da eiaculazione precoce, la *Rhodiola* ha dato effetti benefici anche con incremento della sintesi degli ormoni sessuali. Non sono stati notati effetti collaterali degni di nota. •



Rhodiola rosea *Crassulaceae*

L'antico giardino del castello di Garzoni

Il giardino all'italiana ha avuto una evoluzione a partire dal Rinascimento, passando per il Barocco e infine approdando al Romanticismo

di Diana Geraldini

Nel Medioevo, più che i giardini, venivano curati gli orti, soprattutto da parte del personale monastico che dedicava spazi aperti dei conventi alla coltivazione, oltre che degli ortaggi, delle erbe aromatiche utilizzate per scopi curativi. Solo a partire dal seicento il giardino cominciò ad assumere forme sempre più imponenti ed artistiche, ispirate tra l'altro alle reminiscenze che si avevano della Roma imperiale e della Grecia antica. Qui vogliamo soffermarci su una gemma del Rinascimento: il Castello di Garzoni, a Collodi, un paese a venti chilometri da Lucca e cinquanta da Firenze che ha dato i natali a Carlo Lorenzini, il nipote di un fattore della tenuta divenuto famoso per aver scritto le avventure di Pinocchio.

A volere il giardino fu Romano Garzoni, un geniale componente di un'antica famiglia di nobili ghibellini di Pescia. Dopo aver restaurato il castello nei primi anni del XVII secolo, Garzoni si dedicò alla realizzazione del giardino, di cui si cominciano ad ave-



re le prime notizie nel 1633. Ma ci vollero altri quaranta anni per abbellirlo con grandi vasche, nuovi viali, giochi d'acqua, il tutto affidato all'architetto Ottavio Diodati. La storia più recente è legata ad un'altra famiglia di an-

tica nobiltà toscana, i Guardi, che hanno fatto rifiorire questo bene culturale che rischiava di andare in rovina. Realizzato su di un pendio, l'effetto scenografico è garantito: statue, scalinate, fontane e piante creano una illusio-

ne prospettica straordinaria. Dall'altra parte dello sviluppo verticale è il "parterre" d'ispirazione francese, con le vasche circolari del Diodati e le aiuole che cambiano colore ad ogni stagione: in primavera un variopinto tappeto di viole del pensiero, in estate i colori vivaci delle lantane e delle petunie, in autunno le tonalità dei crisantemi coreani.

Dietro questa zona si diparte il Viale delle Palme, dal quale si innalzano le grandiose scalinate arricchite con statue classiche, tra cui fanno spicco il "villano con il barile" intento a versare acqua, due satiri dalle zampe caprine e graziose scimmiette in terracotta. In tutto il giardino domina una natura capricciosa destinata a stupire.

L'arte topiaria, cioè le sculture realizzate con le piante, ha creato divisori, muri imponenti, figure geometriche.

Cipresso, bosso, mirto, leccio, ginepro la fanno da padroni; si tratta in maggioranza di piante sempreverdi che danno al giardino un aspetto invariato per tutto l'anno. Non manca un tocco di esotismo con un boschetto di bambù. Per concludere quello di Collodi è il vero esemplare di giardino all'italiana che ha avuto fondamentale importanza per l'arte del giardinaggio e ha dato vita ad una cultura che ripone nel paesaggio un riflesso dell'animo umano e della sua sensibilità. •



STO RISCATTANDO GLI ANNI DI LAUREA

Caro Presidente,
sono nato nel 1955 e mi sono laureato nel 1981. Sono medico di medicina generale dal 1984 e massimalista dal

1985. Sto riscattando gli anni di laurea. Dopo la laurea ho prestato servizio di guardia medica e un servizio di medico generico associato. Vorrei sapere quando potrò andare in pensione e a quanto ammonterebbe il trattamento pensionistico se decidessi di lasciare il lavoro a 58 anni.

Distinti saluti

(lettera firmata)

Caro Collega,
presso il Fondo dei Medici di Medicina Generale risultano accreditati in tuo favore contributi previdenziali dal dicembre 1982 ad oggi, per un importo complessivo pari a euro 199.544,40.

Per accedere al trattamento pensionistico di anzianità dovrai attendere solo il compimento del 58° anno di età, in quanto il requisito contributivo pari a 35 anni di anzianità richiesto dalla normativa attualmente in vigore, sarà da te raggiunto in data antecedente grazie al riscatto degli anni di laurea, tutt'oggi in corso di pagamento.

La pensione, quindi, decorrerebbe, ai sensi della Legge 449/97 che prevede un differimento nell'erogazione della pensione rispetto alla data di raggiungimento di tutti i requisiti (c.d. "finestre di uscita"), a partire dal 1° ottobre 2013 e l'importo che ti verrebbe erogato a carico del Fondo in parola sarebbe pari a circa euro 36.300,00 annui lordi. Nel caso optassi per il trattamento misto, convertendo in indennità di capitale una quota pari, nel massimo, al 15% della pensione maturata, avresti diritto ad una pensione pari a circa euro 30.900,00 annui lordi e ad una indennità di circa euro 80.600,00 lordi.

A titolo informativo, ti faccio presente che qualora volessi proseguire l'attività professionale fino al compimento del 65° anno di età, l'importo pensionistico annuo sarebbe pari a circa euro 54.500,00; mentre, con il trattamento misto avresti diritto ad una pensione annua lorda di circa euro 46.300,00 e ad una indennità di circa euro 98.900,00.

Mi corre l'obbligo di precisarti, comunque, che a fronte di

eventuali modifiche della normativa previdenziale di riferimento le ipotesi sopra rappresentate potrebbero subire variazioni.

Ti saluto cordialmente.

Eolo Parodi



SEMPRE A PROPOSITO DI RISCATTO DI LAUREA

Caro Presidente,
vorrei sapere perché è possibile richiedere il riscatto di laurea una sola volta. Ho richiesto il riscatto alcuni anni fa, ammontava a 32000 euro circa, pagabili in rate semestrali. Orbene, nel 2004 ho avuto problemi di salute, proprio in concomitanza con la scadenza di una rata, pertanto ho posticipato il pagamento.

Successivamente la mia situazione economica mi ha impedito di proseguire i versamenti. Attualmente vorrei poter completare il riscatto ma pare che ciò non sia possibile. Ti sarei grato per una delucidazione a proposito.

(lettera firmata)

Caro Collega,
i Regolamenti di Previdenza dell'Ente prevedono, nel caso in cui l'iscritto sospenda il pagamento delle rate di riscatto, la possibilità di

essere riammesso al versamento delle rate residue entro il termine perentorio di due anni dalla scadenza dell'ultima rata pagata.

Nel tuo caso, invece, risultano ormai superati i limiti temporali sopra indicati, pertanto i benefici derivanti dal riscatto da te richiesto verranno limitati, all'atto del pensionamento, agli anni, o frazioni di anno, relativi ai versamenti effettuati.

Qualora, comunque, fossi interessato a presentare una nuova domanda, gli uffici provvederanno a rideterminare l'importo da versare, tenendo conto della quota di capitale da te in precedenza già pagata.

Ti saluto cordialmente.

E. P.



QUALE SARÀ LA MIA RETRIBUZIONE PENSIONISTICA?

Carissimo Professor Parodi,
cercherò di essere telegrafico. Laurea nel 1975, inizio attività convenzionata Inam nel 1977 e successivo passaggio al SSN, riscattati 6 anni di laurea, in corso riallineamento contributivo, gradirei conoscere la mia retribuzione pensionistica con le due possibili opzioni (15%

anticipato, oppure rateo pensionistico) se optassi per:

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

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

(lettera firmata)

Caro Collega, sulla posizione previdenziale in essere presso il Fondo dei Medici di Medicina Generale risultano accreditati contributi pari ad euro 223.994,78, dal febbraio 1977 all'agosto 2007, comprensivi dei versamenti effettuati per il riscatto della laurea. In base a tale contribuzione, qualora tu decidessi di cessare l'attività a 58 anni di età, avresti maturato tutti i prescritti requisiti per l'accesso al pensionamento di anzianità, senza attendere l'apertura delle c.d. "finestre d'uscita" previste dalla L. 449/97; l'importo stimato del rateo mensile che Ti verrebbe erogato è pari a circa euro 3.000,00 lordi. Optando per la conversione in capitale del 15% della pensione maturata, ti verrebbe riconosciuta un'indennità di circa euro 80.000,00 lordi, con un trattamento mensile residuo di circa euro 2.600,00 lordi. Invece, la pensione di cui potresti usufruire l'anno successivo (59 anni) è pari, in ipotesi, a circa euro 3.200,00 mensili lordi. Con la conversione in capitale, tale rateo scenderebbe a circa euro 2.700,00 mensili lordi, con un'indennità una tantum di circa eu-

ro 83.000,00. Inoltre, come da tua ulteriore richiesta, al compimento del 65° anno di età avrai diritto alla corresponsione della pensione di vecchiaia, a prescindere da qualunque anzianità di contribuzione maturata. La proiezione pensionistica effettuata ha determinato una prestazione mensile in tuo favore di circa euro 4.500,00 lordi. Ritirando anticipatamente il 15% del capitale maturato, ti verrebbe erogato l'importo di circa euro 100.000,00 a titolo di indennità e il residuo trattamento mensile sarebbe di circa euro 3.800,00 lordi. Ti rammento, altresì, che è in corso di pagamento, sempre presso il Fondo dei Medici di Medicina Generale, il riscatto di allineamento che, una volta estinto, ti garantirà un incremento delle prestazioni sopra ipotizzate.

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

Di norma:

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

- a tre o più figli è riconosciuto il 100%.

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

Ti informo, infine, che per effetto di eventuali modifiche della normativa di riferimento, le ipotesi rappresentate potrebbero subire variazioni. E' pertanto opportuno che, prima della cessazione dell'attività, tu proceda ad una verifica definitiva della tua posizione presso gli uffici della Fondazione. Ne consegue che la presente informativa non deve ritenersi impegnativa per l'Enpam. Ti saluto cordialmente.

E. P.



SONO IN ASPETTATIVA NON RETRIBUITA

Buon giorno caro Presidente, volevo porle un quesito in merito alla mia situazione previdenziale. Laureata e abilitata in odontoiatria nel 2000, svolgo attività libero professionale e sono assunta dall'Università come ricercatore. Ho avuto il mio primo figlio nel 2007 ed ho usufruito dell'intera maternità obbligatoria e facoltativa. Dal 2008 sono in aspettativa non retribuita. Se al termine di questo periodo mi dovessi licenziare e continuare a svolgere solo l'attività libero professionale come mi dovrò comportare a livello contributivo? I contributi versati dall'Università come possono essere "recuperati"? E i due anni di aspettativa senza contributi? Come verrà calcolata la mia eventuale pensione?

Ringraziandola porgo un caro saluto.

(lettera firmata)

Cara Collega, presso il Fondo della Libera Professione - "Quota B" del Fondo di Previdenza Generale risultano da te versati contributi previdenziali dal 2001, per un importo complessivo pari ad euro 5.745,30. Ti ricordo che dal dicembre 2002 hai iniziato a versare i suddetti contributi con l'aliquota ridotta (2% in luogo del 12,50% del reddito professionale annualmente prodotto), facoltà cui hai diritto a norma dei Regolamenti di Previdenza dell'Ente in quanto contribuisci anche ad altra forma di previdenza obbligatoria per l'attività di dipendente che svolgi presso l'Università.

Pertanto, qualora volessi cessare tale attività in favore di quella libero professionale, verrebbero meno le condizioni che hanno determinato il suddetto diritto e dovresti versare alla "Quota B" il contributo in misura intera. In tal caso, comunque, l'importo pensionistico cui avrai diritto al compimento del 65° anno di età sarebbe notevolmente più elevato.

Con riferimento, invece, alla contribuzione versata dall'Università in tuo favore, ti faccio presente che dopo aver risolto il tuo rapporto con l'Università potrai chiedere di ricongiungere tali contributi alla "Quota A" del Fondo di Previdenza Generale dell'Enpam. A seguito della presentazione della relativa domanda gli uffici provvederanno ad informarti circa il costo dell'operazione e l'incremento di pensione cui avresti diritto.

Ti saluto cordialmente.

E. P.

Ricordare la medicina attraverso i francobolli

Questo mese parliamo di due storie antiche ricordate da due francobolli emessi negli ultimi anni, che raccontano come la filatelia sia vicina al mondo della medicina



di Gian Piero Ventura
gp.ventura@enpam.it

La Scuola Medica Salernitana è stata nel Medioevo la prima e più importante istituzione medica in Europa, per questo è da molti considerata l'antesignana delle università moderne.

La sua fondazione risale all'Alto Medioevo, ma non esiste alcun documento che possa certificare con precisione una data di riferimento. La tradizione tuttavia lega addirittura ad una leggenda la nascita durante quei secoli bui della Scuola stessa.

Le sue fondamenta le troviamo invece nella sintesi della tradizione greco-lati-

na completata da ulteriori nozioni provenienti dalle culture ebraica ed araba. La Scuola ha infatti rappresentato un momento importante nella storia della medicina per le innovazioni che ha introdotto nel metodo e nell'impostazione della profilassi. L'approccio era basato fondamentalmente sulla pratica e sull'esperienza che ne deriva, aprendo così la strada al metodo empirico ed alla cultura della prevenzione.

Da un punto di vista culturale è stato poi di notevole rilevanza il ruolo svolto dalle donne, anche nell'insegnamento della medicina. Non a caso è una donna la protettrice della

Scuola: Santa Caterina Alessandrina.

Mentre la città di Salerno, un porto al centro del Mediterraneo, proprio per la sua posizione geografica è stata influenzata dalla cultura araba e greco-bizantina, che ne hanno determinato l'orientamento culturale e la crescita.

La Scuola Medica Salernitana si sviluppò per diversi secoli fino al XIX quando, con la nascita dell'Università di Napoli, iniziò a perdere di importanza. Il declino durò fino al 1861 anno in cui furono chiuse anche le ultime Cattedre per ordine di Francesco de Sanctis, Ministro del Regno d'Italia. Nulla è cambiato fino al 2005 quando il Ministro dell'Istruzione Letizia Moratti, il Presidente della Regione Antonio Bassolino, altre cariche locali ed il Rettore Raimondo Pasquino hanno firmato il protocollo d'intesa per l'istituzione della Facoltà di Medicina nell'Università di Salerno, che si pone dunque come rinascita ideale della Scuola, la cui millenaria tradizione è stata onorata nel 2007 da Poste Italiane.

Un'altra storia secolare è riferibile al Sovrano Mili-

tare Ordine di Malta, che ha visto ridefinire in chiave moderna i propri storici compiti di protezione dei luoghi in Terra Santa, concentrandosi oggi sull'assistenza agli ammalati, ai bisognosi ed ai più svantaggiati.

Tra le tante opere eseguite uno dei fiori all'occhiello di questa importante organizzazione è senza alcun dubbio l'Ospedale della Sacra Famiglia a Betlemme, unico centro ospedaliero in grado di offrire assistenza medica, ostetrica e pediatrica in quella martoriata regione. Si tratta infatti di un'offerta sanitaria di livello eccellente cui possono accedere tutte le donne palestinesi, un aiuto concreto che lo SMOM presta in modo imparziale a persone di ogni fede religiosa. Nel 2008 è stata giustamente celebrata questa istituzione con l'emissione di un francobollo da parte delle Poste Magistrali.

In definitiva conoscere e ricordare la medicina del passato può di certo aiutare a capire l'evolversi della medicina del presente, e questo grazie anche a dei piccoli quadratini... di carta! •





a cura dell'avv.
Pasquale Dui (*)

La Corte europea dei diritti dell'uomo con una sentenza depositata il 2 giugno 2009, di condanna alla Romania, offre un'ampia protezione ai pazienti vittime di errori nelle strutture sanitarie.

La vicenda prende le mosse dall'azione di una donna che, a seguito di alcuni interventi di chirurgia estetica, aveva subito danni alla vista. L'azione penale rivolta contro il medico era prescritta, mentre quella civile, durata nove anni, aveva condannato il medico al risarcimento del danno. Esclusa, invece, la responsabilità dell'ospedale: i giudici rumeni avevano accolto la tesi dell'ospedale, che aveva negato ogni responsabilità, in quanto il medico – che aveva, per altro, chiesto il consenso al trattamento mentre la paziente era sedata, violando il principio del consenso informato, aveva agito non in base alle istruzioni della struttura sanitaria, bensì secondo la sua competenza professionale.

Una difesa non avvalorata da Strasburgo, osserva la

Corte europea e responsabilità del medico

Garantire al paziente l'accesso alle informazioni mediche, una corretta valutazione dei rischi del trattamento, un sistema giudiziario efficace nel caso in cui subisca un danno

Corte *“le giurisdizioni nazionali si sono rifiutate di affermare la responsabilità dell'ospedale”* privando, così, la signora di una effettiva protezione giuridica, anche perché il medico, per ragioni personali, non aveva pagato l'indennizzo. È vero che non è indispensabile ricorrere all'azione penale, ma quella civile deve garantire la liquidazione di un indennizzo alla vittima. Secondo la Corte, gli Stati *“hanno l'obbligo di mettere in campo un quadro regolamentare che imponga agli ospedali, siano es-*

si pubblici o privati, di adottare misure appropriate ed assicurare la protezione della vita dei propri pazienti”. Qualora poi il medico non abbia adeguatamente informato il paziente all'interno di una struttura sanitaria pubblica *“lo Stato parte interessata può essere direttamente responsabile sul terreno dell'art. 8 (Convenzione dei diritti dell'uomo che garantisce il rispetto della vita privata e familiare) proprio per la mancanza di informazioni.”* Di conseguenza, l'obbligo dello Stato di versare un inden-

nizzo di 20mila euro alla donna vittima dell'errore medico.

Secondo Strasburgo, quindi, gli Stati devono garantire al paziente l'accesso alle informazioni mediche, una corretta valutazione dei rischi del trattamento, un sistema giudiziario efficace nel caso in cui subiscano danni o imporre ai medici la sottoscrizione di un'assicurazione.

La sentenza fissa, dunque, un preciso orientamento, destinato ad essere confermato anche in ricorsi analoghi contro altri Stati e fornisce una chiave interpretativa vincolante per i giudici dei singoli Stati tenuti ad applicare la Convenzione europea, che nel sistema gerarchico delle fonti viene prima della legge ordinaria, se i tribunali nazionali liberano gli ospedali da ogni responsabilità e il medico è insolvente, lo Stato rischia una condanna a Strasburgo perché non ha assicurato al paziente *“una protezione giuridica efficace della sua integrità fisica”*. •

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



È morto Vittorio Angelini



Un altro Amico ci ha lasciato. Il solito brutto male se l'è portato via ma lui non gli ha dato la soddisfazione di vederlo vincitore. L'ha accolto in piedi con il sorriso sulle labbra e con quello sguardo ironico che molti di noi hanno conosciuto negli anni. Vittorio Angelini è morto domenica 31 maggio di questo 2009 e subito, a notizia diffusa, sono arrivate condoglianze ma anche toccanti racconti della vita di un valoroso medico di famiglia bolognese. Bravo nella professione, premiato dai colleghi con la presidenza dell'Ordine di Bologna, segretario provinciale della Fimmg e poi vicesegretario nazionale, a lungo consigliere dell'Enpam.

Ma non è delle "cariche" che qui si scrive, ma del suo alto senso del dovere, della specchiata onestà, della gentilezza respirata nella sua bella città, passeggiando sotto le torri della Garisenda e degli Asinelli tenendo per la mano la cara signora Renata e accarezzando i capelli delle due figlie Laura e Maria Grazia.

Vittorio se ne andato oltre la siepe, siamo sicuri che anche lì avrà trovato, sorridendo, un paziente bisognoso di cure e di coraggio. Tutti noi qui, presidente Parodi in testa, lo ricorderemo con tanto affetto consci di aver perduto un amico caro e un bravo medico.

Alla vedova e alle figlie un bacio e una carezza.

G. Cris

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 DALLOCCCHIO · Geom. Carlo SFRISI · Dr. Luigi PEPE · Dr. Alfonso CELENZA · Prof. Salvatore SCIACCHITANO · Dr. Giuseppe GUARNIERI.

COMITATO ESECUTIVO

Prof. Eolo PARODI (Presidente)

Dr. Mario FALCONI (Vice Presidente Vicario)

Dr. Giovanni Pietro MALAGNINO (Vice Presidente)

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

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

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

Editore: Fondazione ENPAM

DIREZIONE E REDAZIONE

Via Torino, 38 - 00184 Roma

giornale@enpam.it

Direttore: EOLO PARODI

Direttore responsabile: GIULIANO CRISALLI

PROGRAMMAZIONE E COORDINAMENTO

Carlo Ciocci

Fax 06 48294793

email: c.ciocci@enpam.it

SCIENZA E SOCIETÀ

Andrea Sermonti

email: studio.sermonti@gmail.com

CULTURA

Claudia Furlanetto

email: c.furlanetto@enpam.it

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Paola Boldreghini: Tel. 06 48294258 - Fax 06 48294260

email: giornale@enpam.it

SEGRETERIA CONGRESSI, CONVEGNI E CORSI

Andrea Meconcelli: Tel. 06 48294513

Fax 06 48294260/793

email: congressi@enpam.it

ARCHIVIO E DOCUMENTAZIONE

Angela Maragno

email: archivio.giornale@enpam.it

Foto: Archivio ENPAM - Jupiterimages Unlimited

MENSILE - ANNO XI - N. 6

DEL 22/06/2009

**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 - Decreto del 9 aprile 2009

Sospensione tassazione pensioni: l'Enpam, in qualità di sostituto d'imposta, provvederà alla sospensione delle eventuali ritenute fiscali sulle pensioni fino alla data del 30 novembre c.a. solo a seguito della presentazione da parte del pensionato di specifica domanda corredata di un valido documento di identità, da inoltrare in carta semplice per posta ordinaria alla Fondazione Enpam, Fondo di Previdenza Generale, Ufficio Adempimenti Fiscali, via Torino 38, 00184 Roma oppure tramite fax al n. 06.48.294.923.

Sospensione dei termini di versamento dei contributi: per i medici e gli odontoiatri che alla data del 5 aprile 2009 erano residenti e/o operanti 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. Tale sospensione riguarda sia la Quota A che la Quota B. Conseguentemente il mod. D_2009 potrà essere presentato anche oltre il termine del 31 luglio c.a.

Prestazioni assistenziali per calamità naturali:

prestazione straordinaria una tantum

prestazione straordinaria per pagamento degli oneri per gli interessi sui mutui edilizi contratti per acquisto, ricostruzione e riparazione dell'immobile demolito o sgomberato.

Le domande devono essere inviate direttamente alla Fondazione Enpam utilizzando l'apposito modulo, reperibile sul sito www.enpam.it (nella sezione Assistenza), corredato dalla documentazione richiesta, entro e non oltre un anno dalla data di pubblicazione del decreto con il quale viene dichiarato lo stato di emergenza.

Quota A 2009 - pagamento contributi 2009

Il 30 giugno scade la seconda rata del contributo di Quota A. In caso di smarrimento o mancato ricevimento dell'avviso di pagamento deve essere inoltrata ad Equitalia Esatri S.p.A. un'apposita istanza tramite fax al n. 02.6416.6619, completa di nome, cognome, codice fiscale, indirizzo, recapito telefonico e fotocopia di un documento di identità.

Gli utenti registrati nell'area riservata possono stampare i bollettini RAV. In questo caso il pagamento potrà essere effettuato esclusivamente presso gli Istituti di Credito.

Domiciliazione bancaria: il 31 maggio è scaduto il termine di adesione al servizio di domiciliazione bancaria con addebito permanente in conto corrente. Pertanto non è più possibile inoltrare il modulo RID per il pagamento del contributo 2009.

Attestazioni fiscali contributi Quota A e Quota B: sui bollettini per il versamento della Quota A e della Quota B è indicata la causale di versamento. In caso di smarrimento delle ricevute di pagamento le richieste di attestazione devono essere inoltrate tramite posta ordinaria alla Fondazione Enpam, Servizio Contributi, via Torino 38, 00184 Roma oppure tramite fax al n. 06.48.294.913 (per la Quota A) e al n. 06.48.294.922 (per la Quota B). Le attestazioni verranno inviate all'indirizzo risultante negli archivi anagrafici. Per poter ricevere l'attestazione tramite fax o presso un indirizzo diverso è necessario allegare alla richiesta copia di un valido documento di identità. Tempi di evasione per le richieste circa 15 giorni.

Contributi di riscatto

Entro il mese di giugno la Banca Popolare di Sondrio recapita all'indirizzo risultante negli archivi anagrafici la rata semestrale a titolo di riscatto con scadenza 30 giugno 2009. In caso di mancato ricevimento o smarrimento è necessario contattare la Banca Popolare di Sondrio al n. 800.24.84.64. Gli utenti registrati nell'area riservata possono stampare direttamente il bollettino Mav.

Attestazioni fiscali contributi a titolo di riscatto: tutti coloro che hanno effettuato nell'anno 2008 versamenti a titolo di riscatto presso i vari fondi hanno ricevuto all'indirizzo risultante negli archivi anagrafici l'attestazione di avvenuto pagamento. In caso di mancato ricevimento o smarrimento è possibile inoltrare richiesta al Servizio Riscatti tramite fax al n. 06.48.294.725. Gli utenti registrati nell'area riservata possono stampare direttamente tale attestazione.

Quota B - Redditi professionali 2009

Per le informazioni riguardanti l'obbligo contributivo Quota B ed i termini di presentazione del modello D_2009 per i redditi prodotti nel corso dell'anno 2008 si rinvia agli articoli pubblicati alle pagine 8-10.



**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!