

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



Termoscopio galileiano

2

PARODI

**Ai colleghi:
repetita
iuvant**

7

PENSIONATI

**Abolizione
dell'esonero
contributivo**

12

SOLIDARIETÀ

**Telethon,
vent'anni
di ricerca**

periodico

DCOER0953 Omologato

Posteitaliane

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

un futuro di certezze.

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

Sei giovane? sfrutta la capitalizzazione!

Sono proprio i colleghi più giovani che possono avere i maggiori vantaggi dalla previdenza integrativa, per due motivi: l'andamento dei mercati finanziari e la capitalizzazione. E' dimostrato storicamente e concretamente che investendo in obbligazioni ed azioni ci saranno in un arco di tempo medio-lungo risultati positivi e che sono stati gli investimenti azionari a rendere maggiormente. La capitalizzazione è quella enorme leva che moltiplica i nostri denari tanto più quanto più a lungo possono maturare i guadagni. Facciamo un esempio: il Dr. Bianchi, giovane collega di 26 anni, decide di investire subito 1.000 euro all'anno per un piano pensionistico, mentre il suo amico Dr. Rossi ritiene più opportuno aspettare qualche tempo. Dopo 13 anni il Dr. Bianchi, che ha già investito 13.000 euro, decide di interrompere i versamenti, mentre il collega Dr. Rossi, a 39 anni, inizia a versare allo stesso fondo pensione 1.000 euro all'anno e continua per 26 anni (fino al 65° anno di età) per un totale di 26.000 euro. Per effetto della capitalizzazione, ipotizzando un rendimento medio del 5%, il capitale al momento della pensione sarà di 69.102 euro per il Dr. Bianchi e, pur avendo versato il doppio, solo di 53.499 euro per il Dr. Rossi. La conclusione è logica e semplice: si deve partire presto, subito, anche con risorse limitate, per avere il massimo dei vantaggi.

TOTALI VERSAMENTI	TOTALE ANNI	CAPITALE A 65 ANNI
Dr. Bianchi Euro 13.000	13	Euro 69.102
Dr. Rossi Euro 26.000	26	Euro 53.499

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%.



Per aderire:

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

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

IL GIORNALE DELLA Previdenza

dei Medici e degli Odontoiatri

in questo numero

2	Ai colleghi: repetita iuvant
3	Congresso nazionale Sumai
4	Responsabilità professionale
5	Federspev, proposte concrete
6	Nuovi obblighi e la busta arancione
7	Pensionati, abolizione dell'esonero contributivo
8-9	Riscossione dei contributi per redditi 2008
10	Detassare le pensioni
11	Nobel per la Medicina
12-13	Venti anni di Telethon
14-15	A proposito di polizza sanitaria
16-17	L'intervista/1: chirurgia apparato digerente
18-19	L'intervista/2: Centro nazionale trapianti
20-21	L'intervista/3: il mieloma multiplo
22-23	Medici illustri: Michael Ellis DeBakey
24-25	L'ospedale israelitico di Roma
26-27	La ricetta viaggia "in digitale"
28-29	Lo "Smart Inclusion" al Bambino Gesù
30-31	Arma Azzurra sempre più "rosa"
32	Sindrome di Medea

33-36	Congressi, convegni, corsi
37	Accadde a... Novembre
38	Vita degli Ordini
39	Nutrizione clinica e dietetica
40	Notizie
41	L'Agenas ed i servizi sanitari
42	Epidemie, battaglia senza fine
43	In editoria
44-45	Recensioni libri
46-47	Andrea Vitali medico scrittore
48-49	Disturbi, la balbuzie
50-51	Viaggi, la terra del Sol Levante
52	Mostre ed esposizioni in Italia
53	Artisti e grandi fotografi
54-55	Arte, la pittura di un impero
56	Cinema, un anno di made in Italy
57	L'organo, re degli strumenti
58-61	Lettere al Presidente
62	Filatelìa
63	L'avvocato
64	Postazione informativa a Cremona



IN COPERTINA

Non è ancora composta la disputa se il termometro vero e proprio della storia debba essere attribuito all'olandese Drebbel o agli italiani Galileo o Santorio, anche se tutto lascerebbe propendere per Galileo. Certo è che Santorio fu il primo ad introdurre la termometria clinica (oltre che ad inventare il "pulsilogium", un cronometro per determinare la frequenza del polso). Il termometro conteneva come sostanza sensibile l'aria: era costituito da un tubo di vetro aperto in basso, terminante in alto con una bolla vuota anch'essa di vetro. L'estremo inferiore del tubo pescava in una vaschetta aperta, contenente acqua colorata con il vetriolo. Questa riempiva il tubo, sino all'ampolla. L'aria contenuta nella bolla si dilatava con il calore, spingendo in proporzione alla temperatura l'acqua nella vaschetta sottostante: misurando l'altezza della colonna, si aveva un indice della temperatura. Quindi, quanto più questa era elevata, più l'aria presente nell'ampolla si dilatava e più in basso scendeva la colonnina di acqua presente nel tubo. Santorio ebbe per primo l'idea di applicare questo dispositivo al corpo umano, apportandogli alcune modifiche. Per stabilire gli estremi di temperatura, Santorio impiegò la neve per vedere di quanto l'acqua salisse nel tubo, e la fiamma di una candela per vedere di quanto scendesse.

va un indice della temperatura. Quindi, quanto più questa era elevata, più l'aria presente nell'ampolla si dilatava e più in basso scendeva la colonnina di acqua presente nel tubo. Santorio ebbe per primo l'idea di applicare questo dispositivo al corpo umano, apportandogli alcune modifiche. Per stabilire gli estremi di temperatura, Santorio impiegò la neve per vedere di quanto l'acqua salisse nel tubo, e la fiamma di una candela per vedere di quanto scendesse.

repetita iuvant



di Eolo Parodi

Occorre ricordare sempre questi principi. Pertanto vorrei riassumere, per la “tranquillità” di tutti, i problemi che abbiamo sul tappeto.

Noi pagheremo le pensioni!

Tanto per capirci ripeto che pagheremo le pensioni!

Ciò avverrà nella misura massima sostenibile dal nostro sistema che è solido e fondato sui contributi del lavoro di generazioni che si succedono nel tempo. Perciò tutti devono trovare nel sacrificio contributivo la soddisfazione di poter poi contare su pensioni adeguate.

Stiamo perciò lavorando per l'equilibrio dei vari Fondi, operando scelte meno dolorose di quanto si potrebbe presumere, pur di stare nei termini delle nuove regole di equilibrio: i cosiddetti **30 anni!**

In tal senso stiamo lavorando con il Ministero del Lavoro per concordare regole e tipologie. Ritengo però che sia prioritaria la collaborazione delle organizzazioni professionali, sia per i rinnovi delle convenzioni con il “terzo pagante” (che è il Servizio Sanitario Nazionale), sia per l'accettabilità sociale delle misure stesse. Tutto ciò significa in pratica che dovremo assumere decisioni coerenti, insieme a voi.

Tali obiettivi li raggiungeremo soprattutto grazie al nostro patrimonio, il cui valore siamo riusciti a triplicare, e che ormai rappresenta indissolubilmente la garanzia della sostenibilità finanziaria del pagamento delle pensioni e delle prestazioni assistenziali.

E allora ancora una volta

dico con chiarezza: giù le mani dal nostro patrimonio, guai a chi crederà di mettere sul tappeto voglie malsane.

Guai a chi cercherà di appropriarsi di ciò che in tanti anni di dure fatiche e sacrifici siamo riusciti a consolidare ai più alti livelli competitivi.

E' utile soffermarci su un altro argomento che è basilare per il futuro di tutti: l'educazione alla previdenza.

Bisogna coinvolgere, approfondire e discutere tutte le soluzioni possibili alle tante esigenze che si presentano nella strategia per la tutela dell'età post-lavorativa. Ripeto, ancora una volta, che dobbiamo preparare gli strumenti per costituire una pensione adeguata integrando, se possibile, la contribuzione obbligatoria.

Noi faremo la nostra parte aiutando tutti per la maggiore comprensione possibile, con l'estratto conto previdenziale e la proiezione pensionistica, come avviene in Svezia con la busta arancione.

In questa visione “a trecentosessanta gradi” aumenta la necessità di provvedere ad una con-

grua “assistenza”. Aumentano i drammi, pensiamo a L'Aquila ed a Messina, cresce la necessità di trovare il minimo per vivere, tenendo conto dell'incremento inesorabile della “speranza di vita”.

Dall'insieme di questi principi (e ce ne sono tanti altri) nasce l'esigenza di guardarci negli occhi e convincerci che questa nostra battaglia dovrà continuare insieme.

La conflittualità, di qualsiasi tenore e grado, ci indebolisce. Dobbiamo privilegiare il confronto democratico, che certamente porterà alla soluzione dei nostri problemi.

Tutto ciò arricchisce la nostra Fondazione. •





Da sinistra: Fernando Muià, Giuseppe Nielfi, Roberto Lala, Eolo Parodi e Amedeo Bianco

L'intervento di Parodi al congresso del Sumai

Si è svolto a Torino dal 29 settembre al 3 ottobre il 42° Congresso del Sumai. Evento che ha visto anche la partecipazione del presidente della Fnomceo Amedeo Bianco e del presidente dell'Enpam Eolo Parodi che, anche quest'anno con un intervento vigoroso, e per questo molto applaudito, non ha mancato di richiamare i "sumaisti" all'orgoglio di appartenenza, all'orgoglio di essere ambulatoriali. Il suo discorso è stato decisamente sindacale arrivando a toccare punti che riguardano il ruolo del medico, il territorio e la tutela della professione al fine di difendere quello che si ha e per svolgere al meglio il proprio lavoro.

"Tra i problemi che attualmente sento di più – ha spiegato il presidente dell'Enpam – c'è la difesa dei posti di lavoro e dico questo non per fare del sindacalismo ma perché questo sta emergendo con forza dai discorsi che sento sul Servizio sanitario nazionale. Voi siete il cardine dell'assistenza sul territorio, voi siete il ponte ideale lanciato tra il medico di medicina generale e l'ospedale".

L'intervento di Parodi è poi virato verso considerazioni di carattere previdenziale: "State tranquilli che le pensioni le prenderete, non è questo il problema. Ma i medici – ha proseguito – devono imparare che la previdenza non è uno scherzo e io

lavoro per la tutela della vita post-lavorativa".

E comunque Parodi ha ribadito con forza e tra gli applausi che "le nostre Casse non le assorbiranno mai. Io voglio la salvaguardia della previdenza dei medici, siamo molto più forti di quello che credete".

Sulla stessa linea il segretario generale del Sumai, Roberto Lala che nel corso della sua relazione ha rimarcato come "anno dopo anno, l'Enpam, sotto la guida del suo straordinario presidente Eolo Parodi traccia una solida realtà previdenziale che contribuisce a dare serenità ai medici italiani, vigilando sul loro futuro, e che rappresenta anche un esempio per al-

tre categorie e per la stessa previdenza pubblica, riuscendo a mantenere in equilibrio, anche in tempi di crisi economica globale, il sistema pensionistico".

In ogni caso, secondo Lala "occorrerà intervenire nel tempo con gradualità aumenti dei contributi previdenziali e con alcune modifiche regolamentari per garantire il futuro dei giovani e conseguentemente quello dei meno giovani, ma stando attenti a non compiere pericolosi passi falsi, come potrebbe essere ad esempio la dismissione o peggio ancora la svendita di parte del patrimonio immobiliare, che negli anni si è sempre rivelato invece un solido investimento".

Infine, il segretario del Sumai ha manifestato la necessità anche da parte dei sindacati di essere più attivi nella difesa dell'Enpam. "Dobbiamo essere maggiormente presenti – spiega il segretario degli ambulatoriali - e fare la nostra parte anche noi sindacati, chiedendo ad alta voce che lo Stato smetta di penalizzare un Ente che ha dato e dà prova di grande capacità gestionale e che è costretto a subire una doppia tassazione sul proprio patrimonio immobiliare, oltre che impegnarsi a garantire l'equilibrio in una prospettiva sempre più lunga". •



di Mario Falconi (*)

Uno dei peggiori mali del nostro paese è costituito dalla carenza di dati certi e rigorosi, su molti e scottanti temi della nostra società, prodotto finale di studi e ricerche da cui partire per poter costruire efficaci e risolutive politiche.

La responsabilità professionale rappresenta oggi l'elemento di maggiore criticità per lo svolgimento della attività medica e odontoiatrica. La serenità con cui ognuno di noi dovrebbe esercitare la propria professione viene condizionata negativamente da timori di eventuali azioni giudiziarie, in sede civile e penale.

Generalmente gli studi fi-

La responsabilità professionale è l'elemento di maggiore criticità per lo svolgimento dell'attività medica e odontoiatrica

Responsabilità professionale, presentato uno studio pilota

nora condotti sul fenomeno sono sempre stati caratterizzati da ricerche di natura statistica sulla base di fonti di natura amministrativa (Ministero, Regioni, etc.), assicurativa (compagnie di assicurazioni) oppure sono stati analizzati singoli episodi di natura giudiziaria riguardanti casi di particolare interesse clinico e medico-legale. L'analisi del fenomeno, in tutti questi casi, è risultata parziale e non completa, perché carente proprio dell'aspetto per così dire di tipo giuridico-epidemiologico. A volte si può essere anche legittimamente indotti a sospettare che qualcuno, in evidente conflitto di interesse, possa diffondere dati per propri particolari vantaggi. Per cercare di individuare strumenti di valutazione scientifica più corrispondenti alla realtà nel 2008 costituimmo l'associazione scientifica O.R.M.E. (osservatorio sulla responsabilità medica) insieme al Tribunale e Corte d'Appello di Roma e alla Facoltà di Giurisprudenza dell'Università degli Studi di Tor Vergata. Quale primo studio l'attività di O.R.M.E. si è concentrata sull'analisi di circa 1900 sentenze emesse negli anni 2001-2007 dal-

le sezioni specializzate in materia di colpa medica del Tribunale Civile di Roma.

Le sentenze elaborate, attraverso una griglia di rilevazione, da ricercatori adeguatamente formati, sotto la guida di magistrati e docenti universitari, hanno permesso di fotografare i dati più salienti che hanno portato alla condanna o all'assoluzione del medico. Alcune decine sono le voci contenute nella griglia tra le quali:

- numero domande giudiziali accolte, rigettate o parzialmente accolte;
- numero di sentenze di condanna che hanno o non hanno condiviso la CTU;
- numero delle sentenze di rigetto che hanno o non hanno condiviso la CTU;
- soggetti chiamati in causa;
- soggetti ritenuti responsabili;
- tipologia di errore;
- ambito specialistico chiamato in causa.
- numero delle sentenze relative al danno da morte e di quelle afferenti al danno da lesioni personali per ogni anno e totali.

Il 14 ottobre abbiamo presentato i dati preliminari presso l'Istituto Superiore di Sanità dello studio pilota sulla giurisprudenza del Tribunale di Roma. I risul-

tati definitivi della ricerca verranno illustrati nell'ambito del IV Forum sul Rischio Clinico promosso dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle politiche Sociali e dall'Istituto Superiore di Sanità che si svolgerà ad Arezzo dal 24 al 27 novembre, nel quale O.R.M.E. gestirà una intera sessione dedicata alla responsabilità professionale medica sotto l'aspetto clinico, medico-legale e giuridico.

I successivi programmi scientifici di O.R.M.E. saranno indirizzati all'analisi delle sentenze in Corte d'Appello in sede penale. Con l'osservatorio permanente sulla responsabilità medica e odontoiatrica siamo in condizione di poter monitorare in continuum tutti i procedimenti di giustizia, civili e penali, e acquisire tutte quelle informazioni necessarie per elaborare in tempo reale proposte utili alla prevenzione degli eventi avversi in ambito sanitario.

I dati elaborati sono e saranno ovviamente a disposizione di tutte le Istituzioni e in particolare degli Ordini provinciali.

Al di là di ogni altra considerazione che il lettore potrà fare, siamo certi che affrontare il tema della responsabilità professionale

Concrete proposte in difesa del futuro

di Eumenio Miscetti (*)

in modo nuovo e soprattutto condiviso con altri importanti soggetti, quali ad esempio i magistrati, possa preconstituire le condizioni per invertire la rotta di quella patologica deriva a cui non vogliamo né possiamo rassegnarci.

Per un giornale che si occupa di previdenza trattare tali temi potrebbe apparire superfluo.

Siamo tutti convinti che, per progettare un dignitoso futuro previdenziale, i medici e gli odontoiatri devono avere almeno, oltre ad una cultura specifica di base, un lavoro dignitoso anche dal punto di vista retributivo, che viceversa viene conseguito con difficoltà e spesso dopo molti anni di attesa.

In tale contesto, reso ancora più difficile dalle crescenti e spesso strumentali denunce, operare per circoscrivere il tema della responsabilità professionale all'ambito fisiologico, non solo potrebbe consentire di recuperare parte della serenità perduta, ma anche quelle risorse economiche che si conseguirebbero con il ridursi dei contenziosi giudiziari e perché no dei costi esponenzialmente crescenti delle coperture assicurative. Tali risorse, in tutto o in parte, potrebbero essere dirottate verso i vari pilastri di quella previdenza che oggi, nonostante i nostri continui sforzi, procura a tutti noi forti e giuste preoccupazioni. •

(*) Vice presidente
vicario Enpam

Il medico. Una professione impegnativa, ma dal fascino inossidabile. Ieri come oggi. La laurea in medicina si conferma ancora una volta in cima alle aspirazioni di tantissimi giovani, a giudicare dal record di domande di partecipazione al test di sbarramento per l'accesso alla Facoltà registrato in tutte le Università italiane. Un vero e proprio assedio alla "Sapienza" (l'ateneo più grande d'Europa): 5.500 neodiplomati si sono contesi i 750 posti disponibili nella I e nella II Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Boom di candidati anche al polo universitario capitolino di Tor Vergata dove a svolgere la prova di selezione si sono presentati 1562 studenti, esattamente il doppio rispetto all'anno scorso. In palio 200 posti. Sempre a Roma la Cattolica è stata invasa da 4428 aspiranti colleghi per 233 posti. 1 su 20 ce l'ha fatta. Super gettonata anche Odontoiatria: 889 aspiranti dentisti hanno concorso per soli 18 posti. Per 1 fortunato su 50 si sono spalancate le porte della Facoltà. Una tale attrazione verso la nostra categoria mi (e ci) lusinga molto, davvero. Ma, dopo aver investito tempo, intelligenza, energia,

denaro (sì, denaro, studiare costa caro!), io, medico pensionato che ho esercitato la professione per oltre mezzo secolo, mi chiedo con preoccupazione quale sarà il futuro di questi giovani? Le previsioni in termini di occupazione sembrano tutt'altro che rosee secondo il giudizio degli Ordini professionali. Non basta scegliere il lavoro che ci piace, avere il lavoro, con i tempi che corrono bisogna avere un "lavoro buono" anche per costruire un dignitoso supporto previdenziale alla vecchiaia. Già oggi disagi esistenziali e, purtroppo, anche gravi difficoltà (economiche) emergono pure nel ceto medio, al quale noi medici apparteniamo. Le nostre pensioni sono (sempre più) basse ed inadeguate a mantenere il tenore di vita (decoroso) precedente alla quiescenza. Ma, nonostante i dati allarmanti, nessuno sembra accorgersene. Perché questa sistematica distrazione (anche mediatica) sugli endemici problemi dei pensionati? La Federspev, che presiede da 20 anni e che accoglie oltre 20mila sanitari pensionati tra medici, farmacisti, veterinari e le loro vedove, resiste all'indifferenza e rilancia con quotidiana determinazione le sue battaglie per il bene di tutti, non solo dei pensionati.

Di tutti, tengo a sottolineare, perché studenti e lavoratori di oggi saranno i pensionati di domani. Per questo confidiamo nella sensibilità, nell'apertura e nella disponibilità delle università, dei legislatori, dei ministeri e anche degli Ordini professionali per la soluzione dei problemi, ormai indilazionabili sotto il profilo umano e sociale, che ci assillano da sempre: la piena indicizzazione delle pensioni e la loro detassazione, come già avviene in molte nazioni europee, l'aumento della quota di reversibilità, la costituzione di un paniere Istat specifico calibrato sui consumi reali della Terza età, nonché misure concrete di sostegno sanitario a quegli anziani che non sono più autosufficienti.

Credo che il motto della nostra Federazione "Non soli, ma solidali" illustri in maniera più che incisiva la nostra filosofia operativa. Non rassegniamoci all'indifferenza e alla solitudine. Uniamoci. Per difendere il nostro futuro. •

(*) Presidente Federspev

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



di Alberto Oliveti (*)

Siamo ora chiamati a garantire quanto ci è chiesto dai Ministeri vigilanti, cioè una maggior tenuta nel tempo – dagli originari quindici ad almeno trenta anni- dei Fondi gestiti dalla nostra Fondazione.

Questo in un contesto demografico che sta registrando – dati statistici alla mano – l'aumento di tre mesi dell'aspettativa di vita per ogni anno che passa. Oggi chi arriva a sessantacinque anni, età del fatidico pensionamento di vecchiaia, ha statisticamente ancora più di diciotto anni in termini di aspettativa di vita se maschio e ventuno e mezzo se femmina.

Inoltre, nostra caratteristica peculiare, i pensionati della Fondazione sono destinati ad aumentare considerevolmente quando l'attuale generazione anagrafi-

L'obiettivo comune è garantire ad ognuno la massima pensione sostenibile dal sistema

Nuovi obblighi e la busta arancione

camente dominante – quella degli attuali cinquantenni – lascerà il lavoro.

Questo scenario di longevità crescente si collega all'attuale stato di recessione economica, che inficia pesantemente le aspettative di guadagno di chi nel pianeta Sanità lavora in libera professione o in un rapporto con il cosiddetto terzo pagante.

Costi di gestione in aumento verticale, margini di profitto ridotti all'osso. La stessa autonomia etica della professione a rischio.

Alla generazione medica ed odontoiatrica che verrà si prospetta lo scenario poco invitante di una aspettativa limitata di guadagno professionale contrapposta nel campo della previdenza ad un consistente patto generazionale da onorare. Appare evidente che per mantenere intatta la cinghia di trasmissione delle generazioni subentranti, si debba lavorare sull'equità e sull'adeguatezza delle prestazioni, in poche parole sulla convenienza di ognuno a star dentro un sistema siffatto.

E questo lo si può perseguire lavorando sulla sostenibilità tecnica dell'equilibrio dei Fondi, proiettato ora a trenta anni minimi, puntando sull'ottimizzazione del concetto di assoluta corrispettività

tra contributi incassati e prestazioni liquidate e sulla massimizzazione della redditività garantita dal Patrimonio.

In pratica, al netto della dovuta solidarietà, dobbiamo agire sia sul versante del saldo previdenziale - contributi verso pensioni Fondo per Fondo – che su quello non previdenziale della rendita patrimoniale verso i costi di gestione della struttura.

Sempre contando in fase di negativizzazione transitoria del saldo previdenziale sulla copertura capiente del Patrimonio accumulato (sperando che si arrivi ad abolire la tassazione odiosa che ce lo depauperava).

Gli strumenti di intervento sono vari e cercheremo quelli più percorribili e socialmente accettabili. Per esempio vorremmo aumentare la rivalutazione delle pensioni almeno fino al livello attualmente in uso all'Inps. Parimenti non vorremmo intervenire sull'età pensionabile di vecchiaia, né sull'attuale sistema di calcolo della prestazione di tipo retributivo reddituale per non rendere inadeguate le pensioni ai giovani.

Dato che l'obiettivo comune è garantire ad ognuno la massima pensione sostenibile dal sistema, dobbiamo

promuovere la cultura personale di una integrazione previdenziale tempestiva.

Compito della Fondazione è stimolare nei colleghi la consapevolezza dell'esigenza di una autoanalisi tempestiva dei propri bisogni post lavorativi ed al tempo stesso diffondere la conoscenza degli strumenti idonei per farlo.

Oggi ai classici istituti dei vari riscatti, della ricongiunzione e della totalizzazione, ed alla presenza di Fondo Sanità come opzione di secondo pilastro si è aggiunta per il Fondo Speciale della Medicina Generale anche la flessibilità contributiva dell'aliquota modulare.

Il progetto di inviare ad ogni iscritto una **“busta arancione”** - così fanno in Svezia e così ci proponiamo in Italia - che rendiconti tutti i contributi versati e proietti la prestazione corrispondente a seconda di alcune variabili di evoluzione degli scenari macroeconomici, costituirebbe la base di una comunicazione efficace con gli iscritti della Fondazione che oggi non riusciamo a costruire e che potrebbe arricchirsi in seguito anche di contenuti aggiuntivi favorevoli la crescita culturale della previdenza. •

(*) Consigliere Enpam

Pensionati, abolizione dell'esonero contributivo

di Ernesto Del Sordo (*)

Com'è noto, conformemente al disposto di cui all'art. 4, comma 4 del Regolamento del Fondo di Previdenza Generale, i pensionati che producono reddito professionale possono conservare, su richiesta, l'iscrizione al Fondo. In questo caso, su tale reddito, è dovuto il contributo previdenziale all'Enpam, la cui misura è fissata in via opzionale al 2% ovvero al 12,50%.

Analoga facoltà non è attualmente riconosciuta ai pensionati di altre Casse di previdenza di liberi professionisti. Gli avvocati, i dottori commercialisti, gli architetti e gli ingegneri, ad esempio, nel caso di prosecuzione nell'esercizio della professione dopo il pensionamento sono tenuti obbligatoriamente al versamento del contributo soggettivo sul reddito professionale prodotto e del contributo integrativo sul volume d'affari ai fini IVA. Al raggiungimento del 65° anno di età viene meno per costoro esclusivamente l'obbligo di pagamento del contributo soggettivo c.d. "minimo".

Con riferimento ai lavoratori autonomi e parasubordinati iscritti alla Gestione Separata Inps, si ricorda che l'obbligo di versamen-

to del relativo contributo era stato in principio escluso per la durata limitata di un quinquennio per tutti i professionisti di età superiore ai 65 anni (art. 4 del D.M. 2 maggio 1996, n. 282). Esaurito l'effetto di tale norma transitoria, i soggetti in parola sono attualmente tenuti al versamento del contributo nella misura ridotta del 17%. Comunque, sono tuttora esclusi dall'obbligo contributivo i professionisti che percepiscono "redditi già assoggettati ad altro titolo a contribuzione previdenziale obbligatoria" (art. 6 del D.M. 2 maggio 1996, n. 281).

A tale proposito si rileva che l'Inps di recente ha inviato, numerosi avvisi di accertamento ai pensionati Enpam che, pur continuando a svolgere attività professionale, non hanno optato per il pagamento del relativo contributo presso la "Quota B" del Fondo di Previdenza Generale. Tale attività è stata posta in essere nell'ambito di una più vasta operazione volta a contrastare l'evasione contributiva nei confronti della

Gestione separata Inps. La posizione di tale Istituto, difatti, è che l'iscrizione alla Gestione Separata per i titolari di reddito autonomo professionale è obbligatoria non soltanto nel caso in cui non esista la relativa Cassa professionale di categoria ma anche quando la stessa li escluda, per statuto o regolamento, in base a determinati requisiti.

Alla luce di quanto esposto, con delibera n. 46 del 24 luglio, il Consiglio di Amministrazione dell'Enpam, ai sensi dell'art. 3, comma 5 del Regolamento del Fondo di previdenza Generale, ha riconosciuto ai pensionati del Fondo, titolari di reddito imponibile presso la "Quota B", la facoltà di presentare, fino al 31 dicembre 2009, l'istanza di conservazione dell'iscrizione al Fondo con la relativa opzione per l'aliquota contributiva (12,50% o 2%), con riferimento ai compensi per i quali non siano decorsi i termini prescrivibili di legge.

Con tale provvedimento si è inteso offrire l'opportunità di corrispondere vo-

lontariamente i contributi previdenziali a favore della Gestione presso la quale si è già titolari di un trattamento pensionistico obbligatorio.

Unitamente ai vantaggi di natura fiscale derivanti dall'integrale deducibilità dei contributi previdenziali, l'Ente ha inteso evitare una dispersione contributiva e, quindi, la ottimale valorizzazione delle ulteriori somme versate con l'istituto del supplemento di pensione.

Tuttavia, tenuto conto del quadro normativo di riferimento e del sempre più consolidato orientamento che non possono esservi redditi professionali non assoggettati a contribuzione previdenziale, la Fondazione, anche al fine di evitare possibili contenziosi con la Gestione Separata Inps, ha ritenuto opportuno abolire l'esonero contributivo per i pensionati del Fondo che proseguano nell'esercizio dell'attività. In caso di produzione di reddito autonomo professionale costoro saranno, perciò, tenuti al versamento del contributo dovuto alla "Quota B" nella misura ridotta del 2%, salva espressa opzione di pagamento nella misura intera del 12,50%.

Il relativo provvedimento, già al vaglio dei Ministeri vigilanti per la prescritta approvazione, esplicherà i propri effetti solo per il futuro e non interesserà annualità pregresse.

(*) Vice Direttore generale Enpam

Facoltà di presentare fino al 31 dicembre l'istanza di conservazione dell'iscrizione al Fondo

Riscossione dei contributi per i redditi 2008

di Vittorio Pulci (*)

Procede regolarmente la riscossione del contributo dovuto alla "Quota B" del Fondo di previdenza generale sui redditi professionali (o equiparati) prodotti nel corso dell'anno 2008.

Gli Uffici della Fondazione, infatti, acquisiti i dati comunicati dagli iscritti con i modelli D 2009 (che dovevano essere restituiti all'E.N.P.A.M. – debitamente compilati – entro lo scorso 31 luglio), hanno provveduto a determinare l'importo del contributo dovuto e a porlo in riscossione mediante l'emissione dei relativi bollettini MAV.

Ad oggi, sono pervenuti circa **91.000 modelli D cartacei**, per i quali si è già proceduto alla lettura automatizzata dei dati in essi contenuti. Circa **30.000 professionisti** hanno preferito utilizzare il servizio di dichiarazione telematica dei redditi, ri-

servato agli utenti registrati presso l'Area riservata del sito web della Fondazione (www.enpam.it). Il notevole incremento del numero di iscritti che hanno effettuato la dichiarazione on-line (oltre 4.000 in più rispetto allo scorso anno) è riconducibile alla semplicità di utilizzo del portale Internet ed al tempestivo riscontro dell'avvenuta ricezione della dichiarazione reddituale, assicurata mediante l'invio di una e-mail di conferma. Gli Uffici della Fondazione, a seguito dell'elaborazione dei dati ricavati dalla lettura automatizzata dei modelli, hanno determinato l'importo del contributo dovuto detraendo dal reddito professionale dichiarato l'importo già assoggettato a contribuzione mediante il versamento del contributo "Quota A" del Fondo di Previdenza Generale.

Si è proceduto, quindi, all'emissione di circa **114.000 bollettini MAV**, relativi ad altrettanti iscritti tenuti al versamento del contributo "Quota B", per un importo complessivo di oltre **269 milioni di euro**.

Il relativo pagamento deve essere effettuato in un'unica soluzione (non sono ammesse rateazioni) entro il **31 ottobre** del

corrente anno (come ribadito in terza di copertina, *ndr*) e comunque non oltre il termine indicato sul bollettino MAV precompilato (pagabile presso qualsiasi Istituto di Credito o Ufficio Postale) spedito dalla **Banca Popolare di Sondrio**.

Tale Banca offre in esclu-

siva 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 tale carta è necessario accedere all'Area Riservata del sito 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

GLI ERRORI PIU' FREQUENTI

- Dichiarazione di un importo netto comprendente anche il reddito derivante dall'attività svolta in convenzione con il SSN (ad esempio, medicina generale) e quindi già soggetto a contribuzione presso i Fondi Speciali Enpam;
- Indicazione del reddito netto professionale già decurtato della parte di reddito assoggettata a contribuzione "Quota A";
- Mancata comunicazione dei redditi derivanti da attività professionale intramoenia.

COSA FARE IN CASO DI ERRORE?

In questi casi i professionisti, per perfezionare il procedimento di rettifica, devono trasmettere (anche via fax al n. 06.48294.922) la seguente documentazione:

- Modello Unico: seconda pagina del frontespizio con l'indicazione dei quadri compilati; Quadri RC, RE, RH, RL (se compilati);
- Sostituti di imposta rilasciati dalla ASL (se professionista convenzionato con il SSN);
- CUD/Modello 730 (se dipendente);
- Copia di un documento di identità in corso di validità;
- Recapito telefonico.

**Presso il portale
www.enpam.it
è attivo un servizio
di stampa on-line
del duplicato
del MAV**

I NUMERI DELLA RISCOSSIONE

Sono stati emessi circa **114.000** bollettini MAV per un importo pari a oltre **269 milioni** di euro

4.420 iscritti hanno dichiarato un reddito professionale netto inferiore a quello già soggetto a contribuzione "Quota A". A tali professionisti è stata inviata una lettera con la quale è stato comunicato che per i redditi relativi all'anno 2007 non è dovuto alcun contributo alla "Quota B" del Fondo Generale.

Per **1.066** iscritti il contributo dovuto è risultato inferiore a 12 euro. Ad essi è stata trasmessa una nota con la quale si fa presente che, conformemente a quanto deliberato dal Consiglio di Amministrazione dell'Ente il 3 marzo 2005, non si procederà all'emissione dei relativi MAV, ma il contributo sarà comunque considerato ad ogni fine come effettivamente versato.

Circa **700** iscritti hanno inviato due o più dichiarazioni reddituali. Si è reso, perciò, necessario espletare una lavorazione manuale di tali documenti, volta a individuare il modello corretto da utilizzare ai fini del calcolo del contributo dovuto.

Circa **300** iscritti hanno erroneamente compilato il Modello D. Gli interessati, nella maggior parte dei casi sono già stati contattati dagli Uffici ed hanno provveduto a regolarizzare la propria posizione mediante l'invio di una dichiarazione integrativa.

LE SANZIONI PER IL RITARDATO PAGAMENTO

Il vigente regime sanzionatorio, in caso di pagamento dei contributi oltre il termine regolamentare, prevede:

- una sanzione in misura fissa pari all'1% del contributo, qualora il versamento sia effettuato entro 90 giorni dalla scadenza (entro il 29 gennaio 2009);
- qualora il versamento sia effettuato oltre tale termine, una sanzione, in ragione d'anno, pari al Tasso Ufficiale di Riferimento (T.U.R.) maggiorato di 5,5 punti, fino ad un importo massimo pari al 70% del contributo.

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*).

Unitamente al MAV è stato inviato un prospetto esplicativo del calcolo effettuato per determinare l'importo del contributo posto in riscossione.

Al fine di consentire all'iscritto di verificare l'operato degli Uffici, in tale prospetto sono evidenziati sia il reddito professionale acquisito che le aliquote contributive applicate.

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

Per gli utenti registrati presso il portale www.enpam.it è attivo un servizio di stampa on-line del duplicato del bollettino MAV. In questo caso il pa-

gamento potrà essere effettuato esclusivamente presso gli Istituti di Credito.

Si ricorda, infine, che i contributi previdenziali obbligatori – compresi quelli dovuti al Fondo della Libera Professione - 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).

Per poter usufruire di tale beneficio in sede di dichiarazione dei redditi ai fini IRPEF è sufficiente conservare il bollettino MAV utilizzato per il versamento.

Sul MAV, difatti, è chiaramente indicata la natura del versamento effettuato (Contributo "Quota B" - Reddito 2007) e l'Istituto di credito o l'Ufficio postale deve apporre il timbro con la data dell'avvenuto pagamento. •

(*) *Dirigente Enpam*



Detassare le pensioni, atto di giustizia sociale

di Marco Perelli Ercolini (*)

Pensionati ospedalieri e di medicina generale sono tutti concordi nel dire che le pensioni nel tempo perdono il potere di acquisto e si immiseriscono.

Nell'attuale sistema economico però non è certo possibile avere adeguamenti dalle Casse di previdenza. D'altra parte i pensionati gridano che hanno pagato contributi a valore reale per avere "una retribuzione differita" che nel tempo non mantiene lo stesso valore economico e diventa un semplice debito di valuta.

Di recente la stampa ha poi pubblicato a grandi lettere che i pensionati e i dipendenti sono i maggiori contribuenti rispetto a professionisti, imprenditori e commercianti. E' evidente, tutti i loro redditi sono alla luce del sole e non hanno detrazioni per diminuire l'imponibile fiscale; al contrario i professionisti, gli imprenditori e i commercianti che, senza pensare alla evasione, possono godere delle deducibilità per la produzione del reddito. Inoltre, nel nostro Paese ci sono scarse strutture sociali per l'assistenza all'anziano.

Tutte queste considera-



zioni, anche nell'ottica dell'alleggerimento fiscale chiesto da più parti, senza dubbio possono ben giustificare la richiesta di aumenti attuabili indirettamente con una defiscal-

Va sfatato il concetto che il pensionato è un "soggetto inattivo" in quanto economicamente non produttivo

lizzazione a indici progressivi in rapporto all'avanzamento di età ove si hanno i maggiori bisogni connessi alla disabilità e maggiori sono, col passare degli anni, i depauperamenti della pensione per la graduale perdita del potere di acquisto da svalutazione monetaria.

Nulla prima dell'età pensionabile, quindi gradualità abbattimenti di un meno 25, 30, 35, 40, 45 per cento del reddito imponibile di pensione a scaglioni, ogni 5 anni di età, calco-

lati dallo stesso Ente previdenziale nel Cud.

Dunque, senza gravare sulle Casse previdenziali sarebbe un atto di giustizia sociale con un aumento indiretto della pensione che ricordiamo non è un assegno elargito dallo Stato, ma un corrispettivo derivante dai sacrifici contributivi durante tutta la vita lavorativa e a maggiori sacrifici ecco che trovano giustificazione più alti assegni di pensioni che però negli anni per un distorto meccanismo perequativo si appiattiscono e si svaloriscono nel loro valore.

Ricordiamo che lo Stato per dare fiato all'economia è venuto incontro agli industriali con defiscalizzazioni e bonus vari, ai lavoratori con defiscalizzazione degli straordinari, ma nulla è stato fatto per la massa dei pensionati che pagano inoltre lo scotto di un sistema che vede sì la detassazione dei contributi previdenziali per non incidere sul costo del lavoro, ma fiscalizza la fase di accumulo sul cui montante verranno calcolate le pensioni e, soprattutto, fiscalizza le pensioni, quando nell'età postlavorativa i bisogni sono anche maggiori.

E infine va sfatato il concetto che il pensionato è un "soggetto inattivo" in quanto economicamente non produttivo: non è un parassita, infatti a suo tempo ha già dato e abbondantemente alla Società e alle Casse di previdenza.

(*) Consigliere Enpam

Premio Nobel 2009



Elizabeth Blackburn,
University of California,
San Francisco



Jack Szostak,
Harvard Medical School,
Boston



Carol Greider,
Johns Hopkins University,
School of Medicine, Baltimora

Forse non è stato così inaspettato da parte dell'Assemblea svedese scegliere le ricerche sui telomeri dei tre scienziati americani - Elizabeth Blackburn, Jack Szostak e Carol Greider - per l'assegnazione del Nobel per la medicina e per la fisiologia 2009. Anche *Reuters* quest'anno l'aveva predetto. Ed il premio Lasker 2006, il maggiore premio scientifico americano, era già stato un segno in tal senso. Di certo è la prima volta che due donne ricevono il premio contemporaneamente. "Se ne era parlato anche l'anno scorso, ma non è stato così. Non ne avevo idea - afferma Carol Greider commentando il premio in un'intervista al *New York Times*. Greider, classe 1961, è stata premiata per una scoperta compiuta quando aveva solo 23 anni. Ripercorrendo la storia delle ricerche dei tre scienziati scopriamo che già negli anni '30 alcuni genetisti ipotizzarono l'esistenza di strut-

ture protettive sui cromosomi che assicuravano loro la capacità di moltiplicarsi durante la divisione cellulare e di prevenire che si fondessero l'uno con l'altro. Dobbiamo però aspettare la fine degli anni '70 perché Elizabeth Blackburn mappi alcune sequenze di DNA del ciliato *Tetrahymena* e si accorga che la sequenza, CCCCAA, ripetuta molte volte nella parte finale dei cromosomi, non aveva una funzione chiara. Nel 1980, durante una conferenza, Blackburn e Szostak si incontrano e cominciano a collaborare. Blackburn riesce ad isolare la sequenza dell'organismo unicellulare, il collega la aggrancia ai minicromosomi su cui stava lavorando e la inserisce nelle cellule di lievito che ne avrebbero dovuto provocare la degradazione. I risultati dimostrano che la sequenza del telomero può essere isolata, inserita in un altro organismo e mantenere la stessa funzione: pro-

teggere i cromosomi dalla degradazione. La mattina di Natale del 1984, la neolaureata Carol Greider, una studentessa di Elizabeth Blackburn, che sta lavorando con lei all'identificazione dell'enzima che permette la rigenerazione dei telomeri durante la replicazione del DNA, trova segni di attività enzimatica in un estratto cellulare. L'enzima, chiamato dalle ricercatrici telomerasi, è costituito da RNA e proteina e sintetizza nuove sequenze telomeriche evitando la morte della cellula. Il deterioramento del telomero si scopre quindi correlato all'invecchiamento cellulare: per questo sin dagli anni '80 questi risultati sono stati applicati in studi riguardanti le cellule staminali e il cancro. Come hanno più volte affermato i tre ricercatori, le scoperte inizialmente sono state frutto della curiosità. Carol Greider, nel 2006, dopo aver vinto il Lasker

Award, affermò infatti: "Quando abbiamo iniziato a lavorare non avevamo idea che la telomerasi potesse essere coinvolta nella ricerca sul cancro, eravamo solo curiosi di conoscere il perché i cromosomi durante la replicazione restano intatti". Un approccio che mostra quanto sia importante la ricerca di base, sempre "a caccia" di finanziamenti a lungo termine, che difficilmente vengono concessi visto che non esplicita chiaramente le possibili implicazioni.

Ma questo premio ha fatto anche molto parlare del ruolo femminile nella scienza. "Penso che le donne dovrebbero ricoprire incarichi più importanti nella medicina accademica - spiega Carol Greider al *New York Times* -. Fanno le cose in modo diverso, ma questo non significa necessariamente avere un modo diverso di ragionare sulla meccanica degli esperimenti. Credo che sia il modo di interagire a differire. Forse le persone lavorerebbero di più insieme e la collaborazione sarebbe maggiore". Questo premio "è un segno ma, - continua - sono una scienziata, non posso dire che un singolo evento rappresenta una tendenza. Durante la conferenza stampa alla Johns Hopkins i miei figli erano lì con me. Sui giornali ci sono le mie foto con loro. Quanti uomini che hanno vinto il Nobel negli ultimi anni, e che hanno figli dell'età dei miei, hanno fatto altrettanto? È una bella differenza, giusto?". •

C. Fur.



Venti anni di ricerca sulle malattie genetiche

di Flavio Massimo Amadio

Era il 1990 quando in Italia sbarcò Telethon, la maratona televisiva ideata negli USA dal famoso attore comico Jerry Lewis per reperire fondi da destinare alla ricerca sulla distrofia muscolare. L'iniziativa, raccolta e lanciata da Susanna Agnelli, anche nel nostro Paese trovò subito il consenso del pubblico; soprattutto, catalizzò solidarietà e attenzione sul problema delle malattie genetiche e rare, "orfane" di investimenti pubblici e privati.

Ora la Fondazione Telethon - presieduta da luglio scorso da Luca Cordero di Montezemolo - si appresta a celebrare i suoi primi venti anni, durante i quali ha profondamente inciso nello scenario della ricerca nazionale, importando e introducendo per prima il metodo del peer review e applicando - senza deroghe - il criterio dell'eccellenza. La rigorosa selezione (certificata ISO 9001) dei progetti è attuata dalla sua Commissione Medico Scientifica internazionale, composta di 30 scienziati di fama internazionale di cui 27 stranieri, che garantisce la massima competenza e indipendenza. Il processo di selezione adottato da Telethon è citato nella lettera-

tura scientifica come esempio positivo insieme con quello dei National Institutes of Health statunitensi. Un "sistema" di valutazione e finanziamento che ha permesso alla ricerca genetica italiana di fare un vero balzo in avanti e di diventare uno dei punti di riferimento mondiali.

Trasparenza amministrativa, scelte esclusivamente meritocratiche e un alto livello di efficienza organizzativa sono le caratteristiche unanimemente riconosciute a Telethon.

Una struttura operativa leggera, per la gran parte dedicata alle iniziative di fund raising, e una rete assai estesa di valenti ricercatori - quasi 1.500 quelli finanziati dal 1991 ad oggi - ne fanno la punta di diamante dei progressi nella conoscenza delle patologie genetiche. Ce ne parla Lucia Monaco, Direttore Scientifico della Fondazione.

Direttore, una lunga marcia quella di Telethon: da dove è partita?

Dalle richieste e dalla volontà dei pazienti. Due decenni addietro c'era la necessità di un ente che finanziasse la ricerca sulle distrofie muscolari. Poi, progressivamente, la nostra ricerca si è estesa alle altre patologie genetiche - se ne conoscono circa 6 mila - con particolare attenzione a quelle rare. Siamo partiti in un momento storico della biomedicina, quando molte di queste malattie ancora non avevano un "responsabile", quindi non si conosceva il relativo gene-malattia. Come primo passo occorre concentrarsi proprio su questo e lo abbiamo fatto.

Da allora sono state continue e di grande importanza le scoperte realizzate grazie alle donazioni degli italiani, trasformate in oculati finanziamenti ai

migliori progetti. Ora a che punto siamo?

Siamo a 2.200 progetti di ricerca esterna e intramurale su oltre 430 malattie genetiche, già finanziati con quasi 300 milioni di euro; a tre centri di ricerca realizzati; a più di 6.400 pubblicazioni con elevato impatto scientifico che ha posto, costantemente, la ricerca italiana in testa alle medie nazionali americane ed europee.

Questo per quanto riguarda l'impatto scientifico: quale invece quello sulla comunità dei portatori di patologie genetiche che sperano in rimedi concreti?

Ci stiamo avvicinando sempre più rapidamente al letto del paziente: lo dobbiamo raggiungere in nome e per conto di tutti coloro che ci sostengono con generosità, lungimiranza e fiducia. Presso l'Istituto San Raffaele-Telethon per la Terapia Genica, l'HSR-TIGET, abbiamo conseguito il risultato di maggior successo: la guarigione definitiva di dieci bambini affetti da una grave e rara forma di immunodeficienza, l'ADA-SCID, grazie alla prima terapia genica sicura ed efficace nel mondo, messa a punto proprio da Telethon. Presso i nostri istituti sono ormai prossimi alla speri-



La dott.ssa Lucia Monaco

Gli istituti Telethon

Il Telethon Institute of Genetics and Medicine (TIGEM)

Ha sede a Napoli ed è un centro di eccellenza nella ricerca sulla genetica e i meccanismi delle malattie ereditarie. Ospita attualmente 12 gruppi di studio, sotto la direzione di Andrea Ballabio. I ricercatori del TIGEM hanno contribuito a far avanzare la conoscenza sulla regolazione genetica e sulle cause di malattie come l'albinismo oculare, la paraplegia spastica ereditaria e la sindrome di Down.

Il San Raffaele-Telethon Institute for Gene Therapy (HSR-TIGET)

È un centro di riferimento mondiale nella ricerca di base e clinica sulla terapia genica, diretto da Luigi Naldini. È situato a Milano presso l'Ospedale San Raffaele, che cofinanzia l'iniziativa. Oltre ai laboratori, l'HSR-TIGET include un'Unità di Ricerca Clinica dove vengono sperimentati i protocolli terapeutici sui pazienti. In questo istituto è stata messa a punto la prima terapia sicura ed efficace per la cura dell'ADA-SCID.

Il Dulbecco Telethon Institute (DTI)

Fondato nel 1999, ha come obiettivo lo sviluppo delle carriere di giovani ed eccellenti ricercatori impegnati nello studio delle malattie genetiche. Si tratta di un istituto virtuale, con laboratori disseminati in varie istituzioni pubbliche e non profit in Italia. Gli scienziati del DTI, attualmente 25, hanno un'età media di 43 anni e molti di essi sono rientrati in Italia grazie al programma Telethon. L'istituto porta il nome del premio Nobel Renato Dulbecco, presidente onorario della commissione scientifica di Telethon.

mentazione clinica gli studi sulla leucodistrofia metacromatica, gravissima disfunzione metabolica che colpisce il sistema nervoso, e la sindrome di Wiskott-Aldrich, disfunzione ereditaria del sistema immunitario. Altre malattie come la distrofia muscolare di Duchenne, la beta-talassemia, l'emofilia sono in fase preclinica avanzata. Con esse anche altre malattie meno conosciute come la sindrome di Omenn, altra rara immunodeficienza, la

sindrome di Stargardt, forma di maculopatia ereditaria che può condurre alla cecità, e la mucopolisaccaridosi, malattia metabolica.

Quindi la ricerca finanziata da Telethon sta cambiando passo e diventa sempre più traslazionale?

Esatto. Stiamo investendo fondi crescenti negli studi preclinici e clinici; la percentuale di finanziamenti dedicati a queste attività è passata dal 5% nel triennio 1991-94 al 25% in quello

2006-08. Sono diversi i progetti Telethon che alimentano la filiera della ricerca traslazionale. L'Istituto Telethon di Genetica e Medicina, il TIGEM, in collaborazione con una ricercatrice da noi finanziata presso la Seconda Università degli Studi di Napoli, ha recentemente contribuito ad uno studio clinico presso il Children's Hospital di Philadelphia per la terapia genica dell'amaurosi congenita di Leber, grave forma di cecità ereditaria. Inoltre, presso i laboratori di ricerca esterna Telethon sono attivi studi clinici relativi a malattie che colpiscono i muscoli, come la malattia di Charcot-Marie-Tooth, in questo caso coordinato dall'Istituto Nazionale Neurologico "Carlo Besta" di Milano, e la distrofia muscolare congenita di Ullrich, presso l'Università di Padova.

Un'accelerazione che fa intravedere prossimi traguardi e la possibilità di concatenare sinergicamente le conoscenze e i risultati già conseguiti: ma quali sono gli ostacoli maggiori da affrontare in questo giro di boa?

C'è la necessità di continuare a sostenere la ricerca di base ma, contemporaneamente, di riuscire ad affrontare i passaggi più costosi: quello preclinico e clinico sono, infatti, quelli che richiedono maggiori risorse. Per questo chiediamo ai nostri donatori di fare ancora di più, ora che, finalmente, per diverse e gravi

patologie sono a portata di mano delle cure. C'è poi la difficoltà ad individuare competenze specifiche, di tipo industriale, per affrontare il passaggio finale: la produzione di farmaci biotecnologici per le malattie più rare.

Un passaggio di cui difficilmente si potrà far carico un'industria privata. Come pensa che si potrà superare?

Le fondazioni *non profit* come Telethon sono un catalizzatore delle istanze di tanti pazienti troppo spesso trascurate ma non possono sostituire il ruolo fondamentale dello Stato nel garantire la tutela della salute di tutti. Per questo, sul tema specifico delle malattie genetiche, auspichiamo lo sviluppo di tavoli di confronto efficaci fra Stato, industria farmaceutica, enti regolatori, organismi finanziatori e associazioni di pazienti. Recentemente abbiamo siglato un accordo con Farindustria per favorire il contatto e lo sviluppo di collaborazioni tra ricercatori Telethon e aziende farmaceutiche attive in Italia che possano fornire risorse, strutture e competenze necessarie.

Come si può sintetizzare la formula vincente di Telethon?

Con una frase di Susanna Agnelli che lo ha fatto nascere e crescere e ne è stata il presidente fino a maggio scorso, quando è scomparsa: *"Il merito, senza eccezioni"*. •

Vuoi vedere che invecchiare diventa pericoloso (per gli altri)

La vita umana si allunga, tra poco supererà i cento anni per arrivare in un futuro prossimo a centoventi. Tutti contenti meno l'Inps.

La strategia dell'Enpam spesso seguita da altre Casse previdenziali

a cura dell'avv.
Piero Cassano

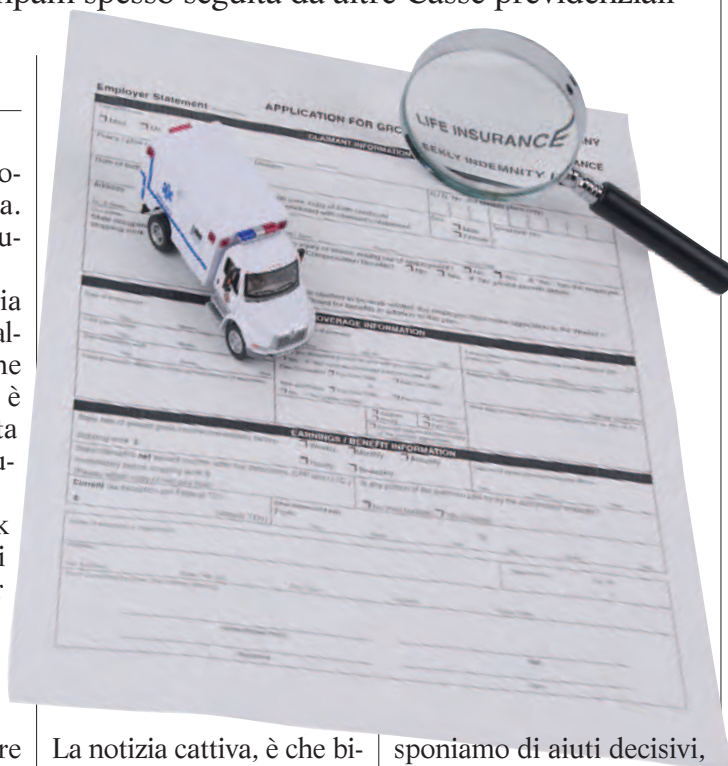
C'è una notizia buona e una cattiva. Meglio saperle subito, così ci regoliamo.

Cominciamo dalla notizia buona. La vita umana si allunga. Con la rivoluzione industriale la media si è raddoppiata, da quaranta a ottant'anni: tra poco, supera i cento anni.

Il settimanale Newsweek parla di 120 anni come di traguardo realistico, per una durata di vita media; e aggiunge che ci arriveremo improvvisamente, quasi senza preavviso, il giorno che un ricercatore ripara i telomeri (è successo veramente. Vedi Nobel a pag. 11, ndr).

Quel giorno, quel ricercatore prenderà il Nobel; e l'Inps prenderà un accidente, perchè dovrà rifare i suoi conti.

Enpam ha inventato una polizza malattia a basso costo che il mercato ignorava ritenendola impossibile



La notizia cattiva, è che bisogna evitare di sopravvivere al proprio reddito. Dobbiamo rifare con attenzione le nostre strategie di senescenza, e organizzarci per i molti anni che ci attendono. In questo paese, dove c'è gente che va in pensione a cinquant'anni, parlare di "rischio di longevità" è rivoluzionario. Organizzare la nostra "Long Term Care" è (quasi) un imperativo. Restare attivi e lavorativi, un dovere.

Fortunatamente, c'è qualche altra notizia buona. Di-

sponiamo di aiuti decisivi, per affrontare il nostro rischio di senescenza. Da soli non ce la faremmo. Le grandi compagnie di assicurazione non sono onlus. Ma Enpam si sta muovendo. In questi dieci anni, per queste finalità, Enpam ha già fatto molto per i suoi iscritti. Ha inventato una polizza malattia a basso costo, che il mercato ignorava perchè la riteneva impossibile.

Enpam ha creato la polizza, e l'ha messa a disposizione dei suoi iscritti; poi ne ha controllato di anno

in anno, con occhio di falco, l'andamento. Il risultato è noto a tutti. Non solo ai medici, che anche quest'anno hanno dimostrato di apprezzarlo. Ma anche a tutte le altre categorie professionali (avvocati, ingegneri, architetti, geometri, veterinari, consulenti, commercialisti) che hanno adottato (quasi alla lettera) l'idea Enpam, e offerto ai loro iscritti la stessa protezione contro il rischio di malattia.

L'idea di base è semplice. La domanda di assistenza sanitaria cresce vertiginosamente, collassando i bilanci pubblici. In Italia e nel mondo, sprechi e inefficienze stanno producendo il crollo del sistema.

Le compagnie di assicurazione, spesso esose, hanno un vantaggio: a differenza di certe ASL riescono a tenere sotto controllo i costi dell'assistenza medica. Prima o poi, molte ASL alzeranno bandiera bianca, per affondare con i loro orrendi bilanci; o dovranno scaricarli sul contribuente italiano.

Invece le Compagnie di assicurazione sopravviveranno; e come ha dimostrato Attali, saranno sempre in grado di garantire l'assistenza sanitaria, anche quando le risorse pubbliche saranno ormai insufficienti.

Le assicurazioni sono (normalmente) un interlocutore difficile, e aggressivo col singolo cliente.

Ma quando il loro "cliente" è forte, come l'Enpam,

Ottenere provvidenze significative utilizzando la forza dei numeri

il discorso cambia. Il numero degli iscritti è (davvero) potenza; Enpam rappresenta molta gente importante. E se l'assicurazione riesce a "spalmare" il suo rischio su una vasta popolazione di assicurati, ogni singolo iscritto ottiene per sé costi e condizioni spettacolari.

...

L'idea è semplice. Parodi non l'ha inventata lui. Però è riuscito a realizzarla. Un milione di altri professionisti, con le altre Casse, che gliel'hanno ripetuta, oggi ne sono felici. Altri programmavano. Lui l'ha fatta, mettendo insieme costo basso, adesione volontaria, "moral suasion", contenuti ragionevoli ed essenziali, "no frills", controllo di eventuali "furbetti", commissioni paritetiche, collaboratori attenti. L'America di Obama ci arriva oggi, dieci anni dopo, ed è la stessa formula: servirsi delle assicurazioni private, evitare gli eccessi diagnostici, concentrarsi sull'essenziale, pretendere che chi può si paghi la sua polizza, ottenere bassi costi unitari per un gran numero di aderenti.

Anche la decisione, voluta quest'anno da Enpam, di alternare la nobile (e costosa) Generali alla più

"popolare" Unisalute, rientra in quest'ottica essenzialista.

Chisseneffrega della nobiltà, quello che conta è il rapporto di prezzo e prestazioni (se per caso foste nati delle parti di Genova, questo concetto ve lo avrebbero spiegato già da bambini).

E' un metodo – quello del grande "gruppo d'acquisto" che si abbatte su una compagnia di assicurazioni - che può essere esteso ad altre esigenze vitali.

Enpam ha già avvertito i

suoi iscritti che sta studiando di assicurarli per la Long Term Care. Si può diventare disabili da giovani, lo diventeremo (quasi sicuramente) da vecchi: specialmente dopo quel famoso centesimo compleanno che tutti intendiamo festeggiare.

Il fatto è che un disabile costa, molto, a sé e ai suoi: assistenza sanitaria, badanti, terapie. In caso di necessità, l'assicurazione di Long Term Care gli pagherà (a vita) un indennizzo mensile: di 500 eu-

ro, nell'ipotesi che Enpam sta studiando. Ma è un minimo che può essere aumentato, a spese di chi voglia farlo.

Il metodo è sempre lo stesso: ottenere provvidenze significative utilizzando la forza dei numeri; ma lasciando al singolo decisione – e spesa – della copertura assicurativa.

Così, per la polizza malattia, Enpam si è preoccupata della polizza base, e ha avviato l'iniziativa. Se poi qualcuno degli assicurati vorrà "integrare" quel prodotto essenziale con una copertura più ampia, può rivolgersi direttamente alla Compagnia incaricata (Unisalute, del Gruppo Unipol).

Enpam sta già pensando ad altro. Il suo ruolo è organizzare strategie generali di benessere dei suoi iscritti: si tratti di malattie, di cura ai disabili, di protezione del Medico.

C'è un'ultima notizia buona, stavolta dal grande futurologo americano Ray Kurzweil ("The age of intelligent machines").

Kurzweil constata (e documenta) che ogni anno la scienza aggiunge un mese alle aspettative di vita media; e perciò deduce che se resistiamo per una dozzina d'anni, ce l'abbiamo fatta. Dal 2021, dovremo essere diventati sostanzialmente immortali: con molte protesi, e parecchia plastica addosso. Vi vedo scettici. Non ci credete? Ne riparlamo nel 2021? •

pierocassano@yahoo.com





Il prof. Angelo Filippini

Angelo Filippini, professore ordinario di Chirurgia generale presso l'Università "Sapienza" di Roma. Specialista in Chirurgia generale e Urologia, il Prof. Filippini è il Direttore della Scuola di specializzazione in Chirurgia dell'Apparato Digerente ed Endoscopia Digestiva Chirurgica I

Novità in chirurgia dell'apparato digerente

di Carlo Ciocci

Professore, innanzitutto le chiedo di precisare a quali patologie dell'apparato digerente portate maggiore attenzione.

Va premesso che, come noto, la chirurgia dell'apparato digerente non è altro che una branca specialistica della chirurgia generale. Nella chirurgia dell'apparato digerente si affacciano diverse sotto specializzazioni: noi, in particolare, ci siamo impegnati nelle patologie del colon retto, nella chirurgia delle vie biliari per via endoscopia e nella chirurgia gastrica di cui siamo stati i primi ad attuare le metodiche giapponesi di resezione dello stomaco ed asportazione di tutti i linfonodi tributari. Non posso dimenticare, inoltre, l'attenzione riposta nella chirurgia del giunto ga-

stroesofageo per l'ernia gastrica iatale. Per molto tempo ci siamo dedicati alla chirurgia della milza in collaborazione con l'Istituto di Ematologia della "Sapienza".

Da quanto ho detto si comprende come il nostro lavoro prenda in considerazione numerose e diverse attività, compresa quella di insegnare agli studenti una professione particolarmente complessa.

Parliamo, in particolare, della chirurgia del colon retto e del retto?

Nel nostro reparto affrontiamo sia le patologie del colon che del retto in tutte le sue manifestazioni, sia nella patologia benigna che in quella maligna. A tal proposito, ricordo che da noi è possibile frequentare un Master, di cui sono il Direttore, in chirurgia colon-rettale che viene frequentato annual-

mente da medici spesso già specialisti in chirurgia generale. Per quanto riguarda la patologia benigna del colon-retto, noi siamo stati tra i primi in Italia ad aver sperimentato le metodiche del dottor Antonio Longo, il "lifting della mucosa del retto-ano" per la cura sia del prolasso emorroidario che della stipsi cronica, malattia quest'ultima che sempre più è invalidante nelle giovani donne ed in quanti, uomini e donne, trascorrono, magari per motivi di lavoro, molto tempo a sedere.

Queste nuove metodiche le eseguiamo in ospedale – anche se l'acquisto delle suturatici meccaniche necessarie per questi interventi risulta essere oneroso per la nostra amministrazione – nel tentativo costante di migliorare la qualità di vita dei pazienti. Per fare questo stiamo

attuando una tecnica combinata tra il vecchio ed il nuovo intervento per il prolasso muco-emorroidario ed il prolasso vescicale, una sintesi delle due metodiche. Va anche considerato che i pazienti affetti da tali patologie sono in aumento: prima tendevano a "nascondersi", nel senso che spesso si vergognavano del loro stato, ma da quando hanno saputo dei successi di tali metodiche c'è stato un netto aumento delle richieste di cura.

E cosa dice delle emorroidi, fistole, ragadi?

Tali patologie vengono spesso descritte come banali ed invece sono importanti perché sono invalidanti, specialmente quando si tratta di interventi di terza mano, cosa che noi vediamo spesso. Questi pazienti subiscono contraccolpi non indifferenti: si tratta di persone le quali non possono andare di corpo, perdono sangue e pus, devono essere rioperati con decorsi lunghi e dolorosi per arrivare alla guarigione. Meglio quindi farsi operare subito da un equipe dedicata al problema.

Si sta lavorando per una definizione dei fattori prognostici con lo studio del comportamento della cellula tumorale

Veniamo alla patologia del colon-retto maligna?

Nel reparto lavora una struttura di endoscopia che collabora con noi, si tratta ricordiamolo di patologie che si scoprono attraverso l'endoscopia. Mi sia permesso di rivolgere l'invito a tutte le persone che superano i 50 anni di sottoporsi ad una colonscopia tradizionale o anche virtuale in modo che si possano diagnosticare lesioni anche di piccole dimensioni.

Tornando alla patologia colon-rettale va detto che è molto subdola, nel senso che questi tumori nascono come dei piccoli polipi di mezzo centimetro o di un centimetro che crescendo diventano tumori infiltranti e metastatizzanti. Per quanto riguarda il cancro del colon, che va dal colon destro, colon trasverso e colon sinistro, questo ha una nascita, una crescita e un'evoluzione fino a diventare stenotizzante in quanto il colon è un tubo ed il tumore ne impedisce il transito delle feci provocando perdite di sangue e sintomatologia dolorosa.

Poi c'è il capitolo del tumore del retto, capitolo al quale noi siamo ancor più dedicati. Fino a dieci-quindici anni fa per un tumore del retto che si trovava a non più di cinque-sei centimetri dalla linea anocutanea era possibile un solo tipo di intervento: l'amputazione del retto e si confezionava sulla parete addominale l'ano preternaturale, il cosiddetto

“sacchetto”. Dal 1985 in poi, nella nostra Scuola guidata dal Professor Giorgio Di Matteo abbiamo messo a punto la metodica del salvataggio degli sfinteri: anche a due centimetri dalla linea anocutanea eseguiamo interventi che permettono al paziente di andare di corpo per via naturale.

Questo è stato un grande successo...

Ce lo riconoscono tutti, siamo una equipe tra le più dedicate a tale patologia. Personalmente sono stato invitato alla Società Italiana di Chirurgia a parlare proprio di questa metodica che in parte abbiamo inventato ed in parte modificato per ottenere il salvataggio degli sfinteri anche ad un solo centimetro dalla linea anocutanea in particolari circostanze. Abbiamo anche messo a punto metodiche che in caso di tumori molto iniziali e piccoli, quelli che chiamiamo T1, invece di fare un intervento dall'addome li trattiamo con l'escissione dall'ano.

Va anche considerato che si tratta di malati “importanti”: l'intervento di resezione del retto è forse l'intervento maggiore che si può fare sull'addome in chirurgia gastro-enterologica. Sono interventi chirurgici che avevano una morbidità importante, mentre oggi le complicanze si contano intorno allo 0,5 per cento. Bisogna ricordare però che il cancro del retto ha due grosse ne-



gatività: quella di dare metastasi a distanza e metastasi locali. Il retto una volta operato può dare recidive locali o metastasi a distanza. Ormai si sa che per la metastasi a distanza si può fare poco e dipende da fattori che ancora del tutto non conosciamo. Per quanto riguarda le recidive locali si può fare molto: una terapia neoadiuvante, radiologica o radiochemio da eseguirsi prima dell'intervento in modo da sterilizzare il campo operatorio. Noi sottoponiamo i pazienti a cinque giorni di radio terapia e li operiamo subito dopo. Tale metodica ha permesso una riduzione delle percentuali di recidive dal 10-15% al 2%.

Uno studio che ha dato risultati notevoli...

E consideri che non c'è soltanto questo per diminuire le recidive locali: si

deve fare sempre un intervento di resezione del retto asportando tutto il mesoretto che è quel sacco che contiene il retto stesso insieme a grasso e linfonodi. Così facendo otteniamo una bassissima percentuale di recidive locali che sono difficilmente curabili.

Che cosa c'è nel futuro di tali specializzazioni?

L'affinamento della tecnica chirurgica con la riduzione della morbidità mediante metodiche laparoscopiche e interventi di salvataggio degli sfinteri, l'ottenimento di una buona qualità di vita con la conservazione della funzione sessuale e vescicale in tutti i pazienti.

Soprattutto ci aspettiamo una definizione dei fattori prognostici con lo studio del comportamento della cellula tumorale rispetto alle terapie radio e chemio preoperatorie. •



Il dottor Alessandro Nanni Costa, direttore generale del Centro Nazionale per i Trapianti dal 2000, ha conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia all'Università degli Studi di Bologna nel 1979, specializzandosi poi in Nefrologia ed Immunologia. Dal 1980 al 1996 ha prestato la propria attività presso l'Ospedale Sant'Orsola di Bologna. Dal 1997 al 1999 ha ricoperto l'incarico di coordinatore Regionale delle donazioni per l'Emilia Romagna e quello di dirigente del Servizio Ospedaliero presso l'Assessorato alla Sanità della stessa Regione. Autore di più di 300 lavori tra pubblicazioni e testi scientifici, nell'aprile 2003 è stato insignito della Medaglia d'Oro al Merito della Sanità Pubblica

Dieci anni in rete

Due giornate di incontri a Roma per festeggiare l'anniversario della fondazione del Centro Nazionale Trapianti, fare il punto su risultati, obiettivi e progetti, e soprattutto ribadire l'eccellenza della rete trapiantologica italiana

di **Claudia Furlanetto**

Sono trascorsi dieci anni dall'approvazione della legge 1 aprile 1999 n.91 - *Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e tessuti* -, anni in cui la crescita del sistema trapianti è evidente: basta considerare il numero di interventi effettuati, che dai 1498 del 1994 sono passati ai 3300 previsti per il 2009. Il 27 ed il 28 ottobre, il Centro Nazionale Trapianti (CNT), che proprio con quella legge fu istituito, festeggia il suo anniversario con l'evento "10 anni in rete", due giornate di incontri con gli operatori del coordinamento locale e con tutte le personalità del mondo istituzionale, associazionistico e tecnico che hanno contribuito alla realizzazione della rete. Proprio questa sarà l'occasione per presentare il logo nazionale del-

la rete dei trapianti: "È questo il risultato più importante, - spiega Alessandro Nanni Costa, direttore del Centro - oggi abbiamo una rete trapiantologica che prima non esisteva. L'attività di prelievo e trapianto è concepita su quattro livelli: locale, regionale, interregionale e nazionale. Ci sono Centri di coordinamento e Centri di eccellenza su tutto il territorio italiano che operano seguendo regole comuni. Abbiamo messo a punto diversi programmi

nazionali e un sistema per la valutazione della qualità e per il controllo del rischio; senza contare lo sviluppo di molte funzioni a livello clinico assistenziale. Credo fermamente che sia stata proprio la rete nazionale ad accrescere, in tutti quelli che contribuiscono alla sua attività, l'orgoglio di appartenenza al sistema".

Quindi una rete di eccellenza.

Sì. Oggi possiamo affermare che la nostra rete trapianti è una delle migliori

a livello europeo, se non, almeno per alcuni aspetti, quali ad esempio il controllo della qualità, la migliore. Anzi, il fatto che i trapianti oggi rappresentino una eccellenza non è neanche più una novità. Questo ovviamente non vuol dire che non esistano problemi: non dimentichiamo che ci sono poco meno di diecimila pazienti in lista d'attesa e che, nonostante tutti gli sforzi impiegati, realizziamo ad oggi solo tremila trapianti l'anno. I problemi non sono risolti, ma avere una rete come quella italiana significa poterli affrontare in modo moderno, efficace e trasparente.

Quando parla di una rete migliore rispetto a quelle europee a cosa si riferisce?

Innanzitutto alla trasparenza dei risultati. L'Italia è l'unico Paese che pubblica i dati ed i risultati di tutti i centri trapianto. Anzi, la trapiantologia è l'unico settore della medicina che lo fa - è un dato di fatto. Il numero di donazioni e trapianti ci proietta - dopo la Spagna - tra i migliori Paesi europei. Siamo al terzo posto. Un dato stabile nel tempo e quindi positivo.



Qual è il ruolo del Sistema informativo dei trapianti (SIT)?

La rete SIT ha sin dal 2002 perseguito l'obiettivo di informatizzare le attività della rete nazionale per garantire tracciabilità e trasparenza del processo di "donazione-prelievo-trapianto". Assicura il collegamento di tutti quelli che sono coinvolti nell'attività: CNT, Centri interregionali e Regionali, Centri trapianto, Banche dei tessuti e operatori ASL.

Parliamo delle opposizioni. Il numero è ancora alto?

In Italia abbiamo circa il 30 per cento dei rifiuti espresso dai parenti al momento della donazione. Nonostante questo abbiamo registrato, rispetto allo scorso anno, una diminuzione delle opposizioni e il dato sembra diventare sempre più omogeneo anche a livello regionale, tra Nord e Sud. C'è ancora un grave problema di comunicazione e di conoscenza, elementi fondamentali per la crescita di una cultura della donazione. Per questo dobbiamo sviluppare campagne mirate che permettano di lavorare a livello nazionale e direttamente con le Regioni in maniera coordinata. La rete ci ha insegnato che è questa la strada per abbattere questo 30 per cento.

Quali sono i dubbi e le incertezze che portano al rifiuto alla donazione?

Sono tre le domande che i parenti pongono al momento della donazione: "È veramente morto?"; "L'avevo curato bene - o meglio -

È stata la rete nazionale ad accrescere, in tutti quelli che contribuiscono alla sua attività, l'orgoglio di appartenenza al sistema

avete fatto tutto quello che potevate fare per salvarlo?". Anche se la risposta è positiva è difficile per i familiari comprendere, soprattutto in un momento di forte stress emotivo. Senza contare che esiste anche un problema di relazione con l'ospedale. La terza domanda è: "Cosa farete di questi organi? Verranno utilizzati in maniera trasparente?".

Ecco, credo proprio che per questa terza domanda il Centro Nazionale Trapianti in questi anni, con la sua attività, abbia fatto molto.

Le campagne di comunicazione prevedono un coinvolgimento dei medici di famiglia?

Non è mai facile ottenere la partecipazione del medico di famiglia. Proprio per la natura complessa della quotidianità che questo tipo di medico affronta è più difficile che riesca a dedicare il proprio tempo a delle logiche di servizio, almeno in

questo settore. Abbiamo cercato la loro collaborazione e abbiamo trovato organizzazioni sempre molto disponibili, ma nella pratica quotidiana è più difficile.

Come è stata sviluppata l'attività di formazione per gli operatori?

La formazione è uno degli aspetti su cui il Centro Nazionale Trapianti ha investito e continua ad investire con numerosi programmi portati avanti con partner internazionali. In una realtà così complessa come quella trapiantologica italiana, che presenta un contesto professionale variegato e specializzato, è stato necessario creare e sostenere un sistema di formazione integrato che sviluppi figure professionali capaci di gestire le attività a loro carico e contemporaneamente interfacciarsi e confrontarsi con gli altri operatori. Ogni anno il CNT trasmette il piano di formazione, creato per

rispondere alle priorità e alle problematiche emergenti, a tutti i Coordinamenti regionali e interregionali che poi si occupano della sua diffusione e di programmare la partecipazione degli operatori ai corsi.

I dati dal 2002 al 2008 mostrano che nonostante l'aumento dei donatori segnalati non c'è stato un aumento del numero dei trapianti.

Il problema principale è l'età dei donatori, più alta rispetto al passato, con un maggiore rischio di arresto cardiaco e organi meno idonei al trapianto. Bisogna considerare anche le patologie che in caso di donatore anziano portano alla morte cerebrale e che spesso possono coinvolgere gli stessi organi oggetto di trapianto. I protocolli di sicurezza che applichiamo sono rigidi proprio per impedire la trasmissione di infezioni.

E le criticità?

Avere più donazioni, una migliore organizzazione all'interno degli ospedali, un supporto omogeneo da parte di tutte le Regioni. Avere una risposta positiva da parte delle istituzioni sull'aggiornamento di alcuni punti della rete. Ma dette così non sono criticità: direi che sono delle priorità.

Quali sono gli obiettivi dell'incontro del 27 e 28 ottobre?

Dobbiamo fare il punto della situazione e chiarire quali sono le nostre prospettive, i nostri obiettivi: lavorare meglio, insieme per garantire al meglio il diritto dei cittadini alla salute. •

Il logo della Rete Nazionale Trapianti che è stato presentato il 27-28 ottobre durante l'evento "10 anni in rete"





Il prof. Mario Boccadoro



Il prof. Michele Cavo

Interviste “parallele” sulle ultime, importanti novità in tema di terapia del mieloma multiplo, una malattia da cui attualmente non si guarisce e che spesso non viene riconosciuta come tale. L'opinione del prof. Mario Boccadoro, Presidente del Gimena, e Direttore della Divisione di Ematologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria San Giovanni

Battista di Torino e del prof. Michele Cavo, co-Presidente del Network Italiano Mieloma Multiplo Gimena Dipartimento di Ematologia e Scienze Oncologiche, Istituto di Ematologia e Oncologia Medica “Seràgnoli” Università degli Studi di Bologna

Svolta nella cura del Mieloma Multiplo

Più della metà dei pazienti non sono candidabili al trapianto e con limitate possibilità di risposta completa. Oggi, grazie all'approvazione di una nuova terapia, anche chi non può ricevere il trapianto ha le stesse probabilità di risposta completa. Più vita e, soprattutto, migliore qualità grazie alla riduzione della massa tumorale

di **Andrea Sermonti**

Il mieloma multiplo è un tumore del midollo osseo che colpisce ogni anno circa 100mila persone per lo più di età avanzata, sebbene negli ultimi tempi si sia riscontrato un aumento dell'incidenza in persone più giovani: più del 2% dei pazienti ha infatti meno di 40 anni. È ancora oggi considerato un tumore grave e inguaribile, spesso asintomatico, che ha origine nell'anomala proliferazione delle plasmacellule, le cellule del sistema immunitario deputate a produrre gli anticorpi. Colpisce più gli uomini

delle donne. Insomma, una malattia rara la cui incidenza non pare aumentata negli ultimi anni. “Tuttavia – precisa il prof. Boccadoro – è una malattia dell'anziano ed a causa dell'invecchiamento della nostra popolazione la sua incidenza è molto aumentata negli ultimi anni e pare del tutto simile a quella dei linfomi”. Ma quali sono i sintomi e i segni del Mieloma Multiplo? “Molti pazienti vengono diagnosticati ancora in fase asintomatica mediante esami di sangue di routine – precisa Boccadoro – e per questo motivo è importante inserire il quadro proteico

elettroforetico fra gli esami di routine (esame semplice e basso costo). Al quadro proteico delle proteine presenti nel sangue è facile identificare il “picco monoclonale” rappresentato dalle immunoglobuline prodotte dalle cellule tumorali (plasmacellule). Il dolore rappresenta un comune sintomo precoce della malattia. Il consiglio quindi è di evitare in ogni modo il “fai da te” e di rivolgersi al proprio medico di fiducia e descrivere i nuovi sintomi”. Fino ad oggi nel paziente anziano e/o non eleggibile a ricevere un trapianto di cellule staminali autologhe (vale a dire,

utilizzando le sue stesse cellule midollari) lo schema standard di terapia è stato per circa 40 anni la combinazione di un chemioterapico con il cortisone. “E' una vecchia terapia, iniziata nei primi anni '60 ma rimasta in auge sino alla fine degli anni '90 – aggiunge il prof. Cavo – perché nessun altro schema di terapia, anche comprensivo dell'associazione di più farmaci chemioterapici, si è dimostrato in grado di produrre risultati migliori in termini di durata della sopravvivenza. Nel paziente giovane, eleggibile a ricevere un trapianto autologo, questa è, invece, la procedura di scelta a tutt'oggi.

Oggi la sfida del trattamento dei pazienti colpiti da mieloma multiplo è non solo prolungare la sopravvivenza, ma anche migliorare la qualità di vita. “Gli studi compiuti con il bortezomib hanno dimostrato un prolungamento della sopravvivenza – dice Boccadoro – ma anche al di fuori degli studi clinici si vede come negli ultimi anni la sopravvivenza dei pazienti che sono in qualche modo stati trattati con i nuovi farmaci intelligenti sopravvivono più a lungo. Inoltre, le risposte complete (apparente assenza totale di malattia) sono passate dal 5 al 30%: e questi sono pazienti per definizione asintomatici che possono condurre una vita normale”.

Un cambiamento ‘storico’. Il bortezomib era già di-

ALCUNI DATI SUL MIELOMA MULTIPLO

sponibile per i pazienti che ricadevano dopo un trattamento chemioterapico. Ora è disponibile alla diagnosi ed è un importante avanzamento terapeutico per i pazienti. “L’associazione di chemioterapia convenzionale (Melphalan) più bortezomib è risultata sinergica – conferma Boccadoro – e le risposte sono aumentate al 74% e le risposte complete al 33%. Come già segnalato si ha quindi un prolungamento della sopravvivenza, ma soprattutto un netto miglioramento della qualità di vita legato alla profonda e stabile riduzione della massa tumorale che si riesce ad ottenere con la nuova combinazione”.

Si tratta, ci confermano gli esperti, di un farmaco altamente efficace, in virtù dei suoi molteplici meccanismi d’azione. “L’attività del farmaco consente di annullare, in parte o completamente, l’impatto che alcu-

Il mieloma multiplo rappresenta il 15% di tutte le neoplasie maligne ematologiche. Il mieloma multiplo è il secondo tumore del sangue per prevalenza, dopo il linfoma non-Hodgkin.

In Europa ci sono più di 77.000 persone sottoposte a trattamento per mieloma multiplo, il tumore del midollo osseo più diffuso.

L’età media alla diagnosi è di 60-65 anni; tuttavia l’incidenza della malattia in persone più giovani è in aumento.

Oltre il 2% dei pazienti con mieloma ha meno di 40 anni alla diagnosi.

L’incidenza del mieloma multiplo aumenta con l’età:

<65 anni: 1,5 - 2,5/100.000 persone

>65 anni: 25 - 30/100.000 persone

Colpisce più gli uomini che le donne

La ricerca recente mostra che sempre più persone si ammalano in età più giovane

ne particolari condizioni cliniche e alterazioni di laboratorio hanno sull’andamento della malattia, rendendola particolarmente aggressiva. In altri termini, i pazienti ad alto rischio trattati con bortezomib hanno un andamento della malattia sostanzialmente sovrapponibile a quello dei pazienti a basso rischio trattati con lo stesso farmaco”. I vantaggi offerti da bortezomib nei confronti di talidomide sono fondamentalmente tre. Primo, nei pazienti non candidati al tra-

pianto autologo, bortezomib associato a melphalan e cortisone, consente di ottenere una maggiore probabilità di risposte di ottima qualità (vale a dire, una sostanziale normalizzazione degli esami di laboratorio, alterati più o meno marcatamente al momento della diagnosi) di quanto sia in grado di fare talidomide, sempre in associazione ai medesimi farmaci. Secondo, i dati attualmente disponibili indicano che bortezomib è particolarmente efficace in condizio-

ni nelle quali si riscontra un andamento particolarmente aggressivo della malattia. Al momento attuale, è dubbio o quantomeno controverso che il medesimo effetto positivo possa essere attribuito a talidomide. Terzo, nei pazienti con insufficienza renale bortezomib offre una più elevata incidenza di risposte di ottima qualità ed una maggiore probabilità di regressione o miglioramento dell’insufficienza renale di quanto sia in grado di fare talidomide. •

I SINTOMI DEL MIELOMA MULTIPLO

Alcuni pazienti affetti da mieloma multiplo presentano pochi o nessun sintomo (spesso sintomi non specifici) nella fase iniziale della malattia, il che rende molto difficile una diagnosi precoce.

In altri pazienti il mieloma può presentare una sintomatologia vaga che all’inizio sembra legata ad altre malattie. Frequentemente il mieloma viene scoperto casualmente in occasione di un normale esame del sangue svolto per altre ragioni cliniche o per routine.

I sintomi più comuni al momento del manifestarsi della malattia sono elencati qui di seguito:

Dolore osseo – I punti colpiti più di frequente sono a livello della colonna vertebrale, della gabbia toracica e delle anche.

Frattura ossea – le ossa che si possono rompere più di frequente sono la colonna vertebrale e le costole;

le fratture possono avvenire anche con una leggera pressione o con un infortunio di poco conto.

Fatigue – causata dalla malattia stessa e dalle sue complicazioni.

Anemia – può essere presente come risultato della malattia stessa.

Infezioni – più comuni nelle persone affette da mieloma multiplo in quanto la malattia va a interferire con il sistema immunitario.

Insufficienza renale – la produzione di proteina anormale da parte delle cellule del mieloma, la disidratazione e l’alto livello di calcio contenuto nel sangue possono provocare un danno ai reni.

Ipercalcemia – Alti livelli di calcio nel sangue conseguenti all’esteso danno osseo. I sintomi della ipercalcemia comprendono sete, nausea, vomito, sonnolenza e stitichezza.

Col cuore in mano

Considerato il “padre della cardiocirurgia”, Michael Ellis DeBakey, è stato l’inventore della tecnica del by-pass che impiegò per la prima volta nel 1964. Tra i suoi pazienti lo scià di Persia, re Hussein di Giordania, il duca di Windsor, John Kennedy, Lyndon Johnson e Richard Nixon. Muore l’11 luglio 2008 a Houston, in Texas

Si ringrazia per le foto il Methodist Hospital e il Methodist DeBakey Heart Center



Dal Methodist Hospital, nel 1965, per la prima volta viene trasmessa in diretta televisiva un'operazione a cuore aperto. Il chirurgo è il dottor DeBakey

di Luciano Sterpellone

21 aprile 1966: concitate *breaking-news* delle TV texane non stanno annunciando il lancio di un nuovo satellite, ma qualcosa di più... terreno: a un uomo di 65 anni (per la storia Marcell Derudder) gravemente malato di cuore è stata collegata una “pompa di plastica” che gli funziona da “cuo-

re meccanico”. Il mondo è scosso da un brivido. In attesa del preconizzato sbarco dell’uomo sulla Luna, vede avverarsi il mito dell’“era bionica”: l’uomo con il cuore “artificiale”. Tra i pochi a non turbarsi della notizia è un chirurgo di 58 anni, Michael Ellis DeBakey, pioniere della chirurgia del cuore e dei vasi. È stato proprio lui a perseguire tra i primi l’idea di creare un dispositivo mec-

canico a supporto dell’attività cardiaca nei pazienti affetti da gravi cardiopatie, a studiare e a mettere a punto il modo per realizzarlo. A 23 anni, ancora studente in Medicina, ha già inventato una “pompa a rullo” (“pompa rotante”) che tramite un circuito di perfusione assicura l’afflusso continuo di sangue ai tessuti senza minimamente alterare la crasi sanguigna. L’“invenzione” attrarrà l’in-

teresse di John H. Gibbon, il quale richiede a DeBakey un esemplare per incorporarlo nella macchina cuore-polmone che sta sperimentando a Boston. Quella stessa pompa – in un primo tempo impiegata per le trasfusioni di sangue e per il rene artificiale – diventerà il “cuore” dei dispositivi per la circolazione extracorporea.

Nato a Lake City (Louisiana) nel settembre 1908, DeBakey (il cognome originale è Dabaghi, essendo di famiglia libanese) si era laureato a New Orleans, aveva studiato a Parigi e Heidelberg e poi partecipato alla II Guerra mondiale, meritandosi varie onorificenze; sua tra l’altro l’ideazione dei famosi Ospedali da campo M.A.S.H. atti a soccorrere i soldati con la massima tempestività. Nel 1952 l’ormai apprezzato chirurgo pratica con successo il primo intervento di resezione e sostituzione con omoinnesto di un aneurisma fusiforme dell’aorta toracica, allora considerato tra le lesioni “intoccabili dal chirurgo”.

Dopo una lunga serie di ricerche ed esperimenti per la realizzazione del cuore artificiale, nell’aprile del 1966, al Presbyterian Hospital DeBakey riesce ad impiantare a Derudder “un involucro di plastica grosso più o meno come un pompelmo, del pe-

**Quando si comincia
ad incidere
la pelle si scopre
che gli uomini
sono tutti uguali**

so di circa mezzo chilo, destinato a svolgere per un lungo periodo di tempo tutti i compiti del cuore". La pompa artificiale collegata al cuore del paziente rimpiazza cioè il ventricolo sinistro; un... "semicuore" costituito con una speciale resina al silicone rinforzata di dacron, un by-pass tra il sangue proveniente dal circolo polmonare e l'aorta.

L'entusiasmo suscitato nell'opinione pubblica dalla notizia si raffredda però bruscamente non appena, quaranta ore dopo, viene annunciato che Derudder è morto. La Scienza sa però che nessuna esperienza va perduta; e lo stesso DeBakey commenta: "Non v'è ragione al mondo perchè non si debba procedere alla sostituzione completa di un cuore ammalato. Se vogliamo, in fondo il cuore non è che una pompa, una bellissima pompa...". Ma nello stesso tempo non nasconde i complessi problemi ancora da affrontare, primo dei quali la miniaturizzazione dei dispositivi necessari al funzionamento del nuovo cuore.

Durante gli anni '60, lavora assiduamente con un altro famoso cardiocirurgo statunitense, Denton Cooley. Ma d'improvviso il sodalizio si rompe: DeBakey accusa il collega di avere applicato il nuovo dispositivo senza il suo permesso in un paziente, Haskell Karp, che sopravvive per un tempo brevissimo. Gli toglierà il saluto per quarant'anni (la riconciliazione avverrà solo nel 2007!).



Il presidente russo Boris Yeltsin incontra il dottor Michael DeBakey prima di sottoporsi all'operazione chirurgica a Mosca (1996)

Con la Nasa sviluppa un cuore artificiale temporaneo che per pompare il sangue usa il sistema di iniezione del propellente nei motori dello Shuttle

Negli anni parecchie cose sono cambiate, molte delle quali proprio per merito di DeBakey. Vengono ideate e applicate tecniche alternative che risolvono molti dei problemi per i quali si prevedeva inizialmente l'adozione di un cuore artificiale, come l'impianto di valvole di plastica in grado di funzionare proprio come quelle naturali, l'inserimento di *pacemaker* a durata pluriennale e *a domanda*, l'esecuzione di by-pass aorto-coronari con segmenti prelevati da vasi periferici. DeBakey è inoltre il primo a prelevare cuore, polmone e i due reni dallo stesso corpo per trapiantarli in quattro pazienti, nonché tra i primi a filmare su pellicola ogni fase degli interventi operatori. Il tutto favorito da una manualità eccezionale e da una particolare abilità nel praticare le suture: può sembrare un dettaglio trascurabile, ma sottolinea egli stesso che ad usare ago e filo l'ha appreso per gioco dalla madre

quand'era bambino... Il suo chiodo fisso resta però sempre il cuore artificiale, che considera ineluttabile per risolvere l'eterno problema della carenza di donatori di cuore. Un decisivo salto in avanti viene compiuto nel 1998, quando in collaborazione con la Nasa sviluppa un cuore artificiale temporaneo grande come una pila, che per pompare il sangue usa il sistema di iniezione del propellente nei motori dello Shuttle: ne è venuto a conoscenza quasi per caso parlando con un ingegnere della Nasa da lui operato al cuore.

La "pompa bellissima" che la Natura ha donato al grande chirurgo ha funzionato magnificamente per 99 anni. Fino agli 80, DeBakey ha praticato 20-30 interventi la settimana, totalizzandone nella sua vita oltre 60 mila. Tra i pazienti più famosi figurano il duca di Windsor, lo scià di Persia, re Houssein di Giordania, Boris Eltsin, Marlene Dietrich, Jerry Le-

wis, Aristotele Onassis, John Kennedy, Lindon Johnson, Richard Nixon. Commenta a proposito: "Quando si comincia a incidere la pelle si scopre che sono tutti uguali". Tuttavia, pur essendo considerato "padre della Cardiocirurgia", a comprova dei drastici controlli effettuati in Usa sull'attività dei medici va notato che DeBakey è stato per due volte (1987 e 2007) inquisito – ma poi scagionato – con l'accusa di *malpractice*.

Quando si rende conto che un grosso aneurisma gli sta per disseccare l'aorta, decide di operarsi. Ma al Methodist Hospital di Houston non si trova un anestesista che se la senta di addormentare "un paziente" di 97 anni. Allora DeBakey firma una carta: "Niente rianimazione se mi capita di entrare in coma". Poi chiama il migliore dei suoi collaboratori, gli ricorda per filo e per segno ogni dettaglio da seguire per quella tecnica di by-pass che egli stesso ha inventato nel 1964, e che ora viene praticata per la prima volta in un paziente come lui quasi centenario. L'intervento dura sette ore. L'operato resta privo di coscienza per più giorni, alimentato per sonda. Quando si sveglia, riesce a dire con un filo di voce: "È stato un miracolo. Altrimenti oggi non sarei ancora in vita". Nell'aprile 2008 riceve la Medaglia d'Oro del Congresso. Dichiarata con voce ferma: "Molti mi accusano di essere un perfezionista. Lo prendo come un complimento. In questo campo non v'è spazio per gli errori". •

Ospedale israelitico, realtà inserita nel SSN

Struttura ospedaliera la cui attività ambulatoriale sviluppa ogni anno più d'un milione di prestazioni, mentre il servizio di day-hospital polispecialistico svolge circa 10mila interventi annuali

di **Fabrizio Federici**

Istituzione di antiche origini (una prima Opera Pia Ebraica, infatti, nasce nel 1600, per assicurare un minimo d'assistenza sanitaria, soprattutto domiciliare, agli israeliti romani, cui le norme di metà '500 sulla reclusione nel Ghetto negavano l'accesso agli ospedali), l'Ospedale Israelitico oggi rappresenta una realtà di primo piano nel Sistema sanitario laziale. Nel 1884, il Comune dava in concessione alla Comunità ebraica romana il vecchio convento annesso alla Chiesa di S. Bartolomeo sull'Isola Tiberina (luogo da sempre ritenuto sacro e dalle speciali valenze terapeutiche, già sede d'un tempio romano in onore d'Esculapio, dio della medicina). Nel 1911, con l'impegno finanziario di varie associazioni e confraternite ebraiche, e l'appoggio della Giunta democratico-radicale guidata dal sindaco Ernesto Nathan, nasceva ufficialmente, con un Re regio decreto, l'Ospedale Israelitico, con l'annesso Ricovero per Israeliti Poveri e Invalidi (RIPI): ubi-

cato appunto nel vecchio convento di San Bartolomeo (che, tra l'altro, nei giorni dell'occupazione nazista del '43-'44, ai piani superiori avrebbe ospitato una "Minisinagoga", essenziale per l'esercizio del culto ebraico dopo la chiusura del Tempio Maggiore, e miracolosamente mai scoperta dagli occupanti). Nel 1970, infine, l'ospedale, inaugurava la nuova, moderna sede di Via Fulda alla Magliana, separandosi, infine, dalla casa di riposo, e inserendosi in pieno nel Sistema Sanitario Nazionale. Di bilanci, e progetti futuri, dell'Ospedale Israelitico parliamo col dottor Giovanni Luigi Spinelli, che da quasi 9 anni vi ricopre l'incarico di direttore sanitario.

Direttore, attualmente qual è la precisa classificazione giuridica dell'Ospedale, e come sono organizzate le varie sedi?

L'Ospedale Israelitico, alla pari di altri nosocomi di proprietà privata di enti religiosi, realtà "No profit" – come il "Fatebenefratelli", sempre all'Isola Tiberina, il "Bambin Gesù", il "Cri-

sto Re" – esattamente figura tra gli ospedali "Classificati": che una recente legge ha equiparato in pieno agli enti sanitari pubblici, col totale inserimento nel Sistema sanitario laziale, in stretto rapporto con la Regione e i suoi programmi. Esattamente siamo un ospedale geriatrico: la sede principale è appunto quella di Via Fulda 14 alla Magliana – con Direzione sanitaria, reparti di degenza e day-hospital, laboratorio analisi, ambulatori, ecc.: a pochi passi, tra l'altro, dalla stazione Magliana dell'importante ferrovia Orte-Fiumicino – mentre all'Isola Tiberina resta la sede storica, con la Direzione Generale e Amministrativa e il poliambulatorio specialistico, e a Via Veronese, vicino Viale Marconi, abbiamo il terzo poliambulatorio aperto nel 2000.

Quali prestazioni erogate, qual è il vostro bacino d'utenza e in che rapporto col territorio?

Essendo la nostra vocazione, da sempre, quella dell'ospedale geriatrico, le nostre prestazioni spaziano in tutto l'arco corrispon-

dente: cardiologia, angiologia e chirurgia propria dell'età senile – ortopedia, urologia, chirurgia oncologica, ecc. – oncologia con ricovero oppure servizio di day-hospital, assistenza domiciliare, ecc. La nostra attività ambulatoriale, svolta appunto in tre sedi, sviluppa ogni anno più d'un milione di prestazioni; mentre il servizio di day-hospital polispecialistico svolge circa diecimila interventi annuali. Il bacino d'utenza si rivolge alla popolazione un po' di tutta Roma, del Lazio in genere e delle zone limitrofe, specie del Sud, senza alcuna distinzione su base etnico-religiosa.

E che rapporti avete con la Regione Lazio?

Con la Regione, come con le altre istituzioni, c'è un rapporto costruttivo, improntato stabilmente al dialogo: che ci auguriamo proceda senz'altro anche dopo le prossime elezioni regionali del 2010.

Alla pari degli altri ospedali "Classificati", anche l'Israelitico, accanto all'assistenza medico-chirurgica, ha delle precise "mission" sul piano etico-professionale: e cioè un indubbio legame con la cultura ebraica, il sostegno alle attività di culto della Comunità ebraica e la ricerca scientifica. Come si realizzano queste "mission" e come si coordinano tra loro?

Il Consiglio d'Amministrazione, massimo organo



L'ospedale israelitico di Roma

d'indirizzo dell'Ospedale – che, come tutti i nosocomi, ha la sua Direzione generale e amministrativa, e varie direzioni sanitarie – ora presieduto dal dottor Bruno Piperno, è chiaramente espressione della Comunità ebraica romana, ma non interviene mai condizionando l'autonomia professionale e scientifica dell'istituzione dove, tengo a ricordare, lavora personale anche non israelita. L'autonomia professionale e scientifica sono assicurate da un Comitato etico, l'unico in Italia ad avere un rabbino come esperto di etica, e da un Comitato per la ricerca scientifica.

Di che cosa si occupano precisamente?

Ambedue vagliano progetti di ricerca, sempre nel rispetto dell'impronta culturale e religiosa ebraica, ma in modo aperto e propositivo: la nostra ricerca si rivolge sempre all'anziano, quindi a tutto quanto riguarda gerontologia e geriatria; ad esempio, neoplasie e morbo di Alzheimer. Il Comitato Etico, che seleziona e approva i protocolli di ricerca sottoposti al nostro ente, ha avuto il riconoscimento ufficiale dell'AIFA, l'Agenzia italiana del farmaco; mentre quello scientifico collabora, mediante apposite convenzioni, con altri ospedali e Uni-

versità, come il Policlinico Umberto I e Tor Vergata.

È inevitabile il confronto con altre prestigiose istituzioni sanitarie ebraiche di fama internazionale, da quelle israeliane sino al celebre Mount Sinai Hospital degli USA...

Inevitabile ma anche difficile, perché istituzioni come queste – che conosco poco, pur sentendone parlare sempre molto bene – rispecchiano realtà sanitarie e sociali assai diverse da quella in cui operiamo, ed anche tra loro, per approcci medici ed esigenze di base, vedi ad esempio le grandi diversità tra sanità israeliana e statunitense. Ci

accomuna tutti, però, il rispetto dell'etica e dell'impronta religiosa e culturale ebraica.

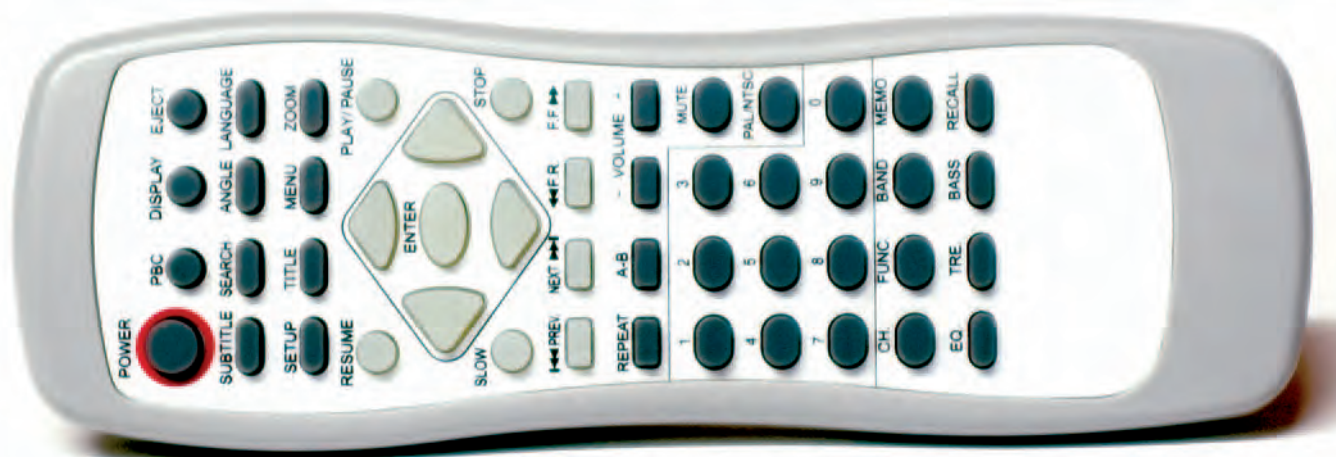
In ultimo, avete in programma iniziative “pubblicitarie”, per far conoscere maggiormente l'Israelitico alla cittadinanza?

Premesso che fare della pubblicità non sarebbe molto etico per un ospedale, ricorriamo soprattutto a depliant, brochures, ecc., e al nostro sito web, che è ben aggiornato: ma soprattutto al passaparola, che è consistente, considerando che, ogni anno, da noi in totale transitano due milioni di persone. •

La ricetta viaggia "in digitale"

di Mauro Miserendino

Lesito degli esami del sangue? Basta un colpo di telecomando e arriva in Tv. La richiesta di aiuto al 118 per un'emergenza? La diramano in contemporanea l'annunciatrice, pin-up neoassunta di un canale tutto nuovo, e la speaker della Tv



locale. Un altro click durante la trasmissione preferita e si spedisce la ricetta del medico alla farmacia del paese vicino per prenotare una medicina. Tutto questo è già virtualmente possibile grazie alla Tv digitale. E diventerà presto realtà quotidiana nelle case degli anziani italiani, al costo di poco più dei 100 euro e rotti che spendiamo ogni anno per abbonarci al canone Rai. In particolare, avverrà per le famiglie dotate di un decoder che, oltre a ricevere le trasmissioni, sia capace di interagire con le reti Tv sfruttando la linea telefonica. Uno strumento già in commercio ma che tutti, a partire da imprenditori televisivi, giunte regionali e sindaci, devono imparare a sfruttare meglio. L'utente dovrà soltanto farsi identificare come assistito del Servizio sanitario e poi dialogherà con l'Asl o con l'operatore intermediario. Per prendere la linea e far viaggiare i propri dati al riparo da occhi indiscreti, gli basteranno le tessere plastificate intelligenti che molti Comuni e Regioni da tempo distribuiscono ai residenti, sotto forma di carta di identità elettronica o carta regionale dei servizi. Queste "smart card" contengono le chiavi d'accesso che ci permettono di usare il decoder televisivo come un pc collegato a Internet. Già, perché il decoder, o set top box, non è altro che un computer – per ora paragonabile a un vecchio 486 – senza tastiera; e anche dal telecomando con gli applicativi adatti si potrebbero spedire messaggi di posta elettronica come oggi si fa con

il cellulare per inviare gli sms. In Italia non tutti possono ancora fruire delle "smart card". Dotate di un microchip in grado di interagire con i sistemi informatici di Aziende sanitarie, Comuni e Regioni, queste tessere sono presenti in Lombardia e si diffondono in Emilia Romagna, Veneto, Friuli, Marche, Sardegna. In queste Regioni, molti possono già ora, con la "card" e un computer, prenotare da casa la visita ospedaliera o cancellarla con un click; o collegarsi alle anagrafi per ottenere certificati. Purtroppo, il resto degli italiani possiede solo tessere sanitarie a banda magnetica, contenenti solo il codice fiscale e destinate principalmente, in caso di acquisto di medicine "spesate" dalla sanità nazionale, a far sapere al Fisco quanto costa al servizio pubblico la salute di ciascuno di noi.

Con la rivoluzione digitale, prima ancora che tutti gli assistiti d'Italia conoscano l'utilità del pc per prenotarsi, tra la tessera e il computer si frappone la Tv. "Il dialogo via computer da casa con l'Azienda sanitaria richiede spese ingenti alle Regioni e alle famiglie. E richiede la conoscenza di rudimenti dei linguaggi informatici e il collegamento ad Internet", spiega Aldo Franco Dragoni docente di Ingegneria all'Università Politecnica delle Marche. "Ora, il 35 per cento della popolazione italiana ha oltre 55 anni e in questa fascia solo 10 utenti su cento sanno usare il pc. Man mano che l'età cresce, diminuisce

poi la confidenza con Internet". Perché non sopperire con la Tv? La scommessa delle università di Ancona e di Cagliari è di rendere possibile dialogare con anagrafi, ambulanze, reparti di cardiologia utilizzando un televisore; far sì che da una piccola isola ci si possa sottoporre ad un esame urgente teletrasmissibile ad un luminare a Roma o Milano con risorse limitate e a misura di anziano. Oggi, con l'introduzione della Tv digitale, in Piemonte, Sardegna, Lazio, Trentino si può utilizzare il telecomando per fare acquisti o votare chi buttare fuori dalla casa del Grande Fratello. "Ma le reti Tv possono anche veicolare applicazioni e persino servizi di posta elettronica – spiega Dragoni – a patto di dotarsi di decoder con sintonizzatore digitale collegato alla rete telefonica".

"Il collegamento al web è possibile con i decoder muniti di un modem. Tali sono metà dei prodotti in circolazione, che utilizzano lo standard MHP. Al contrario – continua Dragoni – i decoder "zappers" spesso incorporati nei televisori digitali di medio-nuova generazione, consentono solo di ricevere i programmi. Inoltre, per consentire il riconoscimento immediato dell'assistito, il decoder ideale dovrebbe essere dotato di lettore di card sanitarie. Molti lo sono, e costano pochi euro in più. Lo standard internazionale MHP utilizzato dai produttori di set top box in Italia è anche in grado di leggere le tessere sanitarie con microchip".

I ricercatori italiani sono stati i primi ad avviare le sperimentazioni, ma nell'Unione Europea la rivelazione è la Spagna che si è fatta finanziare il progetto "T-Asisto", che si legge "te asisto", cioè ti assisto; consente di appoggiare al cuore un elettrocardiografo portatile e di collegarlo al decoder Tv che via modem trasmette al reparto ospedaliero il tracciato. "Stiamo facendo qualcosa del genere anche ad Ancona con una Tv locale e l'Asl – spiega Dragoni – l'Ecg parte come allegato ad un'e-mail – i dati sanitari viaggiano su circuiti crittografati, sicuri – il cardiologo fa il referto e lo rimanda come e-mail in Tv, perfettamente leggibile perché riconosciuto dal decoder del paziente. Per concretizzare simili progetti bisogna mettere d'accordo tre attori: l'utente, l'ospedale e la rete televisiva (tra l'altro la legge dà la priorità alle Tv locali); quest'ultima metterebbe a disposizione il canale per trasmettere il software "di dialogo" utilizzato dal decoder". Il patto tecnologico ha un vantaggio: non occorre acquistare programmi da casa. Ma ha anche uno svantaggio: ad ogni canale viene scaricata l'applicazione del network che occupa la banda; quindi, mai cambiare canale mentre si dialoga con un interlocutore Tv.

Accanto alla teleassistenza per un bacino potenziale che, proiettato su tutta Italia, riguarda almeno 250 mila anziani o disabili, il gruppo di lavoro marchigiano offre in via sperimentale la possibilità di prenotare visite, cancellarle, scegliere il medico di famiglia, accedere alle sue ricette. Utenti potenziali, tutti i residenti nella regione. Per realizzare in tutta Italia un sistema integrato di accesso ai servizi sanitari bisognerà invece attendere lo switch off, la data entro cui tutta l'Italia passerà alle trasmissioni su digitale terrestre, prevista per il 1° gennaio 2012. Ma si profila un ostacolo. I fornitori di set top box spesso installano sistemi operativi propri; il loro uso da parte del paziente richiederebbe il pagamento di una licenza. Un problema comunque non insuperabile. A Cagliari, l'emittente Videolina ha messo a disposizione del dipartimento di Fisica diretto dal professor Paolo Rاندaccio un canale digitale, e il gruppo di ricerca isolano ha sperimentato decoder in grado di utilizzare standard "open source", fruibili senza licenza (nella fattispecie JUST DVB-IT). La strada del dialogo facile online tra pazienti e sanità è dunque in discesa. Se al 2012 le Asl continueranno a informare i cittadini sui propri servizi solo dal web, per dirla con Dragoni, saranno "certamente da biasimare". •



Lo “Smart Inclusion” nasce al Bambino Gesù

di Antonio Gulli

L'ospedalizzazione in età pediatrica può essere foriera di tutta una serie di esperienze che possono esser fonte di traumi, più o meno evidenti, che mettono a dura prova le capacità individuali di adattamento del bambino, portando anche a conseguenze negative di carattere psichico. Tali esperienze possono essere legate principalmente a modifiche

sostanziali nelle abitudini di vita quali: la separazione dalla madre, dai familiari e dagli amici; all'impreparazione del bambino ad affrontare una situazione traumatizzante; all'essere sottoposto a pratiche diagnostiche e terapeutiche (Cfr., Petrillo, Ranger, 1993). La permanenza nei luoghi di degenza si connota negativamente – in genere – per aspetti quali depersonalizzazione e anonimato (assenza di spazi privati, designazione per numero, ecc.) sentimenti di noia e solitudine, che favoriscono comportamenti di regressione, isolamento e/o ostilità e aggressività. In genere, gli incontri che il bambino deve affrontare sono, per lo più, di natura ansiogena in quanto costituiscono richiami alla debolezza, alla precarietà, alla morte. E tutto ciò può generare nel soggetto paura e smarrimento. Se a un bambino si toglie la possibilità di avere un rapporto con le persone care, frequentare la scuola, vedere la Tv e, non in ultimo, nell'ambito delle possibilità, giocare, a essere lesi non sono solo i diritti inalienabili che a lui si legano ma la stessa possibilità di sviluppare le normali facoltà possedute. I numerosi studi e ricerche svolti in questo ambito dagli psicologi, e che vanno sotto la definizione di “sensory deprivation”, concordano nell'affermare che una condizione di monotonia percettiva e motoria conducono i soggetti all'interno di un “processo di saturazione delle qualità fenomeniche”. In altri termini, questi soggetti sono portati a “omogeneizzare” le caratteristiche che informano le esperienze eliminando, con ciò, tutto quel caleidoscopio di dif-



ferenze di cui è espressione l'esperienza stessa del reale. A livello europeo esiste “La Carta dei Diritti dei Bambini e delle Bambine in Ospedale” (stilata dalla EACH – European Association for Children in Hospital), che garantendo fondamentali diritti al bambino ricoverato, rende l'ospedale più a sua misura. Ed è su questa traccia che anche presso l'Ospedale Bambino Gesù di Roma si è dato il via al progetto “Smart Inclusion”. Realizzato grazie al sostegno del ministero per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione, al supporto tecnologico del Gruppo Telecom Italia e alla supervisione scientifica del CNR-ISOF di Bologna – e sulla scorta dell'esperienza già maturata dal dottor Vincenzo Raffaelli dell'Istituto per la sintesi organica e la foto reattività presso il Policlinico S. Orsola di Bologna –, il progetto “Smart Inclusion” integra su un'unica piattaforma tecnologica servizi di teledidattica, intrattenimento e gestione dei dati clinici, consentendo ai bambini lungodegenti di partecipare alla vita sociale collegandosi con il mondo esterno in maniera semplice e immediata. L'innovativo video-terminale touchscreen “Smart Care”, dotato di telecamera e posto a bordo letto dei pazienti, consente ai bambini di partecipare alle lezioni, comunicare con i propri cari e accedere ai programmi di intrattenimento con una semplice pressione del dito. Nell'area scuola, l'interazione con la classe, l'insegnante e gli alunni è resa possibile in diretta grazie all'istallazione in

**Un'importante realizzazione
che riavvicina i bambini alla vita sociale**

aula di sistemi informatici evoluti che, integrando una lavagna luminosa interattiva, permettono la connessione anche sul video terminale posto al bordo del letto. Lo “Smart Card Terminal” permette, inoltre, al bambino di visualizzare la registrazione delle lezioni, effettuare esercizi e fruire di corsi individuali di autoapprendimento. Il progetto – reso possibile anche grazie al sostegno finanziario della Fondazione Roma – attraverso 28 terminali “Smart Care” fa dialogare i bambini ricoverati nelle Unità operative di Oncologia ed Ematologia pediatrica del Modulo interdisciplinare di terapie avanzate (MITA) con l’Istituto comprensivo “Via Giulia 25” in ordine alle fasce dei cinque anni delle elementari e dei tre anni della scuola media.

Il progetto prevede anche l’integrazione alla piattaforma “Innova Scuola” del ministero della Pubblica Istruzione e ai programmi didattici tradizionali attivi presso i reparti. Nell’area Intrattenimento è invece possibile accedere ai canali televisivi tematici scegliendo, in modalità on-demand, i contenuti audio-video preferiti tra cartoons, film, documentari, sport, oppure effettuare video chiamate con i propri familiari. Il bambino – anche in post-degenza – potrà continuare a seguire le lezioni da casa tramite un pc con webcam. Secondo le indicazioni dei promotori e degli enti finanziatori il progetto “Smart Inclusion” sarà presto esteso ad altri sei ospedali entro il 2009: l’Azienda ospedaliera Meyer di Firenze; l’Azienda ospedaliera di Padova; l’Ospedale infantile Regina Margherita di Torino; la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia e l’Ospedale pediatrico Istituto G. Gaslini di Genova. Ci sarà ancora da fare e sicuramente la tecnologia avrà una grande importanza nell’abbassare il livello di sofferenza dei piccoli degenti, ma da sola, per quanto offra soluzioni straordinarie, non è sufficiente. Lo speciale programma che si è realizzato fa sua la convinzione che – affianco alle terapie mediche – diventa importante “prendersi cura” anche delle emozioni degli ammalati. È noto: le emozioni “parlano” direttamente al sistema immunitario attraverso canali neuroendocrini, ed il sistema immunitario (unico garante della nostra salute), riflette il suo stato direttamente sulle emozioni (Cfr.

Bottaccioli R., 2001). E allora cosa c’è da fare ancora? Sicuramente augurarci che la tecnologia progredisca in modo da rendere possibile ciò che oggi non è neppure immaginabile. Poi sostenere, consolidare e rendere sempre più efficace ciò che già esiste. Mi racconta un’insegnante di italiano della scuola media che opera presso l’Ospedale Bambino Gesù di Palidoro: “Nel 2007 ho avuto come studentessa Milena, una ragazza di 14 anni che era stata due mesi in coma per via di un incidente di macchina. All’inizio è stata dura. Milena non aveva voglia di uscire dal suo stato di “paziente”. Seguendo le indicazioni della logopedista, sono partita dalla semplice osservazione per arrivare – successivamente – a stimolarle l’attenzione. Farle recuperare la curiosità. Negli incontri non c’era niente di definito; si partiva da una frase, un disegno o un accenno di racconto. Attraverso lo stimolo continuo fatto di domande e di sollecitazioni fatte di sguardi cercavo di far trovare un “contatto” tra il pensiero e le emozioni affinché scaturissero le parole. Con la collaborazione di tutte le altre figure ci siamo riusciti. Oggi Milena frequenta la terza media e spesso mi chiama per farmi sapere che riesce a scrivere delle bellissime lettere a un suo compagno di scuola”. Ecco ciò che lo strumento informatico non potrà mai offrire: il vivo ascolto e il calore di un contatto o di uno sguardo. È perciò che accanto ai grandi progetti bisogna irrobustire la formazione dei docenti ospedalieri attraverso corsi di formazione specifici sul piano psico-socio-pedagogico. “Lavorare con i lungodegenti e l’esperienza che ho maturato in ospedale, in special modo nel reparto di neuroriabilitazione – mi dice ancora la professoressa Marina Fiorentino – mi ha dato modo di capire che la prima cosa da fare è riuscire a restituire, a coloro che si trovano in una tale condizione di disagio, l’identità della persona che il trauma ha messo in discussione. E questo possiamo farlo solo attraverso un approccio improntato all’umiltà nei confronti dei ragazzi e delle famiglie. Cercando sempre di entrare in empatia con loro attraverso l’ascolto della persona, scordando che in quel momento è un paziente”. •



L'Arma azzurra è sempre più "rosa"

All'inizio dell'anno, dati ufficiali alla mano, erano 640 le donne nell'Aeronautica Militare e tra queste 18 piloti. La testimonianza del tenente Donatella Caforio, pilota di aerei ed elicotteri da combattimento, prima donna "combat ready"

di Ezio Pasero

Chissà quante volte l'avete visto al cinema: il caccia o l'elicottero da combattimento che atterrano, il pilota che scende, si toglie il casco e stringe la mano ai suoi compagni in attesa. Solo che in questo caso, liberandoli finalmente dal casco, il pilota scuote lunghi capelli femminili. E anche questo l'avete visto nei film d'avventura, o magari nelle immagini di reportage di missioni all'estero, dove sono impegnate forze aeree di paesi in cui la presenza femminile nei reparti di volo è da tempo una realtà consolidata. Qui però non siamo in zone di combattimento all'estero, ma a Pratica di Mare, a Ghedi, a Brindisi. In Italia, insomma. Dove l'Arma Azzurra sta diventando sempre più rosa. All'inizio di quest'anno, dati ufficiali alla mano, erano 640 le donne nell'Aeronautica Militare Italiana. E tra queste, 18 piloti, tutte giovani, in gran parte risultate tra i migliori allievi dei rispettivi corsi. Donne

che verrebbe più facile chiamare ragazze, facce belle e pulite acqua e sapone che non hanno ancora raggiunto i trent'anni, o giù di lì. Come Ida Stefania Irmici, nata a San Severo di Foggia appunto nel novembre di trent'anni fa, che è stata assegnata al 36° stormo di Gioia del Colle sul velivolo caccia-bombardiere "Tornado", ed è stata la prima donna pilota militare di un caccia a reazione. O come il tenente pilota Donatella Caforio, nata nel dicembre '76 a Grottaglie, in provincia di Taranto, che è stata addestrata negli Stati Uniti e in Italia a pilotare aerei ed elicotteri da combattimento e che è la prima donna pilota dell'Aeronautica militare "combat ready", cioè pronta all'impiego, per

Le missioni di soccorso per chi è in difficoltà hanno un valore particolarmente importante

l'attività di ricerca e soccorso sull'elicottero HH-3F. Trasferita presso l'84° CentroSAR del 15° Stormo di Brindisi, un reparto che ogni anno salva decine e decine di persone in pericolo di vita, Donatella Caforio è impegnata in missioni operative diurne e notturne di ricerca e soccorso; ma è anche a disposizione per la specialità Combat Search and Rescue (C/SAR): che è un'altra di quelle cose che vediamo nei film, quest'ultima, quando l'elicottero va a recuperare soldati feriti o rimasti intrappolati dal nemico; e che però succede anche nella realtà, una realtà che in molti teatri di guerra è assai peggio di qualsiasi film.

Si potrebbe continuare a lungo con questo elenco. E citare per esempio il tenente Samantha Cristoforetti, 32 anni, di Malé, provincia di Trento. Anche lei è pilota da combattimento, ma la sua ambizione è quella di volare nello spazio: e così è diventata la prima astronauta italiana, l'unica dell'Agenzia spaziale europea, la sola candidata del

Vecchio Continente a partecipare alle prossime missioni nel cosmo, dopo avere superato insieme ad altri sette suoi colleghi maschi (tra i quali un altro italiano, il capitano Luca Parmitano, 33 anni, di Paternò, provincia di Catania) una selezione con oltre ottomila candidati.

Insomma, se un tempo era il fascino della divisa a contagiare l'altra metà del cielo, adesso è il fascino del volo, che le donne vogliono sperimentare in modo assai più diretto e con grande successo. Un successo che non è facile raggiungere, beninteso. Intanto, per cominciare, servono i requisiti necessari e occorre superare un concorso. Per frequentare l'Accademia Aeronautica e diventare pilota, bisogna non avere più di 23 anni e avere un diploma di scuola media superiore, oltre ovviamente a una vista perfetta. Dopo tre anni di Accademia a Pozzuoli, i piloti frequentano i corsi di volo prima di essere impiegati nei reparti operativi, e tutto questo vale per uomini e donne. E' l'inizio di una carriera che garantisce retribuzioni di questi tempi non trascurabili: i sottufficiali partono da 950 euro durante la formazione e arrivano a 2.000 euro al mese, un allievo ufficiale guadagna circa 1.000 euro al mese, 2.600 euro quando diventa sottotenente. Ma è solo l'inizio, appunto. Per diventare una donna pilota come Donatella



Il tenente Donatella Caforio al termine di una missione

Caforio, per esempio... beh, eccolo qui in sintesi il suo curriculum: laurea-tasi in Scienze Politiche presso l'Università "Federico II" di Napoli, ha preso il brevetto di pilota di aeroplano presso la Scuola di Volo del 70° Stormo di Latina su velivolo SF-260; successivamente, è stata inviata per quindici mesi negli Stati Uniti, dove ha fatto un corso intensivo di lingua inglese presso la Shepard Air Force Base e ha conseguito il brevetto di pilota militare su velivolo T-38 presso l'Air Force Base di Vance, in Oklahoma, e al rientro in Italia è stata assegnata al 15° Stormo SAR. Poi, nel 2006, ha frequentato il corso di abilitazione al pilotaggio su elicottero NH-500E, presso il 72° Stormo di Frosinone, è

rientrata presso il Centro Addestramento e Standardizzazione Equipaggi del 15° Stormo di Pratica di Mare e lì ha effettuato la transizione su elicottero Sikorsky HH-3F "Pelican".

E siccome nel nostro paese, per fortuna, i piloti militari volano assai più per salvare vite umane che per annientarle, per portare soccorsi e non bombe, è soprattutto in questo tipo di missioni, in Italia e all'estero, che vengono utilizzate lei e le sue colleghe.

Dall'aprile scorso, Donatella Caforio si trova in Kosovo, presso la base aeronautica di Peç, all'interno della Multinational Task Force West della Nato. Tanto per dire che è una vita certamente affascinante, quella di una

donna pilota; a patto, però, di voler essere soprattutto un pilota e di essere pronti a sacrificare alla passione per il volo altre prospettive di vita.

"L'idea di volare è la mia felicità, non riesco a pensare a niente del mio futuro senza il volo", dice lei ridendo. "Certo, ho un ragazzo e qualche difficoltà di coppia è inevitabile, lui magari mi vorrebbe a casa a lavare i piatti... vedremo, credo che tutto sia conciliabile". La linea militare è disturbata, Donatella dice che spera di tornare presto in Italia *"perché a me piace volare con il mio gruppo e qui in realtà io non volo, ho solo compiti organizzativi per le operazioni degli elicotteri, ne abbiamo quattro che utilizziamo per le operazioni Medev-*

vac, cioè per il soccorso e il trasporto medico".

Ma ce l'ha sempre avuta, questa passione per il volo, fin da bambina?

"Macché, mi è venuta da grande, quando ho deciso di entrare in Aeronautica. Però non mi dimenticherò mai il mio battesimo del volo, con un SS260, alla Scuola volo di Latina: è stato un vero amore a prima vista. E da allora, una serie straordinaria di emozioni".

Ma le piace di più volare con gli aerei o con gli elicotteri?

"Sono emozioni diverse, onestamente mi affascina più l'elicottero, le missioni sono più varie, quello di soccorrere chi è in difficoltà è un valore aggiunto importante. E poi, sull'HH3F, che è l'elicottero che pilota in Italia, io sono parte di un equipaggio con il quale c'è un affiatamento totale, è un rapporto fantastico. Non nego che all'inizio, quando sono arrivata, si siano un po' stupiti nel vedere un pilota donna, qualche sorriso per quella che poteva sembrare una stranezza c'è stato, ma poi l'intesa è diventata perfetta. Anche le prospettive di impiego e di carriera in Aeronautica sono le stesse per uomini e donne, nessuna differenza. Con una sola regola, per entrambi: quella di avere una grande passione per il volo, perché questo è un lavoro che si può fare solo se c'è una grande passione". •



Sindrome di Medea, donne contro i loro neonati

Si tratta quasi sempre di donne affette da una depressione mascherata dagli stessi familiari e non curata sufficientemente con una terapia farmacologica adeguata o con una psicoterapia di sostegno

di **Maurizio Zomparelli**

Nella tragedia di Euripide, del V Secolo a.C. e successivamente da Ovidio e Seneca, viene raccontata la tragedia mitologica di Medea, sposa di Giasone, madre di due figli, in conflitto con il suo sposo a tal punto che sacrificò i figli per punire il marito.

**Si tratta
quasi sempre
di donne affette
da una depressione
maggiore**

Da qui la Sindrome di Medea che attualmente si identifica nella violenza di donne verso la loro prole, soprattutto contro gli infanti, i neonati, quando i pargoli sono indifesi ed in balia delle loro madri e carnefici.

Le stesse considerano i loro figli una sorta di appendice del loro corpo, quasi idealmente ancora trattenuti dal cordone ombelicale che trasmette linfa vitale, un vincolo inscindibile, un possesso totale del corpo sul corpo, come una continuazione carnale.

Secondo la psichiatria moderna la Sindrome di Me-

dea presenta nuove sfumature dal suo concetto primario, in particolare la cancellazione della memoria dell'atto delittuoso, le madri omettono la propria partecipazione e la loro presenza, un'auto-proclamazione di innocenza ed una dichiarazione di protezione verso le proprie vittime.

Altra forma di espressione è quella della depressione post partum, molto frequente in molte puerpere causata da una depressione maggiore, diagnosticabile preventivamente sottoponendo le stesse ad un test DSM IV od evocabile in stato di ipnosi con la re-

gressione, secondo Milton Erikson.

La possibilità che in queste madri esista una personalità dicotomica, gemellare sin dalla loro nascita è elevata ed identificabile successivamente nella loro adolescenza o quando cambiano il loro status sociale, formando una nuova famiglia o nella vita di coppia.

La gelosia, il senso del possesso, il controllo, paragonabile allo Stalking, si esprime nel volersi considerare l'unico essere in grado di amare e di proteggere l'altro sino al completo controllo dello stesso, un modo od un tentativo di sostituirsi all'altro; infatti l'eccessivo amore e controllo spinge queste madri, durante una crisi psicotica, all'omicidio o più precisamente all'infanticidio.

Quasi tutti i giorni aprendo i quotidiani leggiamo nella cronaca di episodi delittuosi di madri che in preda ad una crisi depressiva commettono delitti o violenze verso i loro figli, questi episodi vengono commentati sempre facendo rilevare una situazione di disagio delle stesse o di conflitti sentimentali con i loro partner, in realtà si tratta quasi sempre di donne affette da una depressione maggiore, mascherata dagli stessi familiari e non curata sufficientemente sia con una terapia farmacologica adeguata, sia con una psicoterapia di sostegno, resta fondamentale la diagnosi precoce. •



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.

Agopuntura orale

Lago di Como, Cadenabbia-Griante, 22 novembre, Villa La Collina

Responsabile: dott. Rainer Seib

Destinatari: medici e odontoiatri

Obiettivo: l'agopuntura orale è un metodo alternativo per trattare dolori e disturbi del paziente in modo non invasivo lavorando con i 13 meridiani principali. La comprensione dei metodi di agopuntura orale richiede poco dispendio di tempo e la pratica, microiniezioni, è gradevole sia per il paziente che per il medico

Informazioni: tel. 0344 41322, e-mail: dr.seib@email.it

Ecm: in fase di accreditamento

Emicrania ed epilessia: la tempesta nervosa

Venezia, 28 novembre, sala San Domenico, ospedale civile SS Giovanni e Paolo

Argomenti: il simposio affronta il tema relativo alla associazione fra emicrania ed epilessia, oggetto di acceso dibattito fin dalla nascita della disciplina neurologica

Informazioni: Segreteria Scientifica

Federico Mainardi, Francesco Paladin, UO Neurologia, oc SS Giovanni e Paolo, Venezia,
e-mail: federico.mainardi@ulss12.ve.it, tel. 041 5294409-17, fax 041 5294555

Segreteria Organizzativa

Oltrex 4M, Santa Croce 466/E, 30135 Venezia, tel. 041 2411151, fax 041 2776653

Accademia italiana di stomatologia implantoprotesica

Radiologia implantologica

Napoli, 26 novembre, aula Centro Partenope, Via Partenope 36

Coordinatori: Paolo Diotallevi, Enrico Moglioni

Destinatari: medici odontoiatri e medici radiologi

Informazioni: Segreteria Aisi, Via Indipendenza 56, 40121 Bologna, tel. 051 4210755, e-mail: info@aisiitalia.com



Laboratorio di informatica - Dipartimento di Epidemiologia - Istituto di ricerche farmacologiche "Mario Negri" **Internet in ambito medico**

Milano, Via Giuseppe La Masa 19

10 novembre 2009 - La ricerca bibliografica su PubMed e su altri database biomedici

11 novembre 2009 - Internet e l'aggiornamento professionale in ambito medico

12 novembre 2009 - Il web 2.0 al servizio della formazione e dell'aggiornamento del medico

Informazioni: Segreteria Scientifica Eugenio Santoro, Laboratorio di informatica medica
Dip. di epidemiologia, Istituto di ricerche farmacologiche "Mario Negri", Via Giuseppe La Masa 19,
20156 Milano, tel. 02 39014562, fax 02 33200231, e-mail: santoro@marionegri.it

Segreteria Organizzativa: Paola Bonifacino, Laboratorio di informatica medica – Dip. di epidemiologia
Istituto di ricerche farmacologiche "Mario Negri", Via Giuseppe La Masa 19, 20156 Milano,
tel. 02 39014560, fax 02 33200231, e-mail: bonifacino@marionegri.it

Ecm: i primi due corsi (10 e 11 novembre 2009) hanno ricevuto 8 crediti, il terzo corso (12 novembre 2009) ha ricevuto 5 crediti

Imaging integrato del cavo orale

Milano, 13-14 novembre, Starhotels Rosa, P.zza Fontana 3

Presidente: prof. Salvatore Cappabianca

Argomenti: affrontare gli aspetti diagnostici della patologia del cavo orale, mettendo a fuoco in particolare: le neoplasie del cavo orale, le necrosi dei mascellari da bifosfonati e l'utilizzo di nuove apparecchiature TC dedicate alla diagnostica odontostomatologica

Informazioni: Segreteria Scientifica Massimo Bellomi, Lorenzo Preda, Gino Ghigi, Francesco Coppolino, Silvio Mazziotti, Emanuele Neri, Paolo Pisi

Segreteria Organizzativa: Studio Congressi s.r.l., Viale della Libertà 17, 27100 Pavia, tel. 0382 21424, fax 0382 303082, e-mail: info@studio-congressi s.r.l., sito web: www.studio-congressi.com

Agopuntura e medicina cinese

Roma, anno 2009-2010

Riservato: a 15 laureati in medicina e chirurgia e odontoiatria; sono previste borse di studio

Caratteristiche: il corso è realizzato secondo le direttive della F.i.s.a. (Federazione italiana delle società di agopuntura) che permette l'iscrizione nei registri di agopuntura dell'ordine dei medici

Informazioni: Segreteria tel. 06 56320525, 333 5768037, e-mail: corsi.xinshu@agopuntura.org
sito web: www.agopuntura.org

Ecm: previsto accreditamento ecm

Ansia, insonnia e depressione

Roma, 13 e 14 novembre, sala congressi Ospedale San Pietro Fatebenefratelli, Via Cassia 600

accreditamento ECM interdisciplinare (Medici ed altre categorie sanitari) numero registrazione evento: 9027736, ingresso libero

Informazioni ed iscrizioni: prof. Osvaldo Sponzilli, cell. 360 350583, e-mail: dr.osvaldosponzilli@libero.it

Medicina e Chirurgia estetica

Rep. San Marino, a.a. 2009/2010

Inizio lezioni: novembre 2009

Direttore: prof. Nicolò Scuderi

Argomenti: il master, organizzato congiuntamente dall'Università di San Marino e dall'Università La Sapienza di Roma, è rivolto a laureati in medicina e chirurgia, con interesse nell'approfondimento delle metodiche della medicina e chirurgia estetica

Informazioni: tel. 0549 882518, fax 0549 882519, e-mail: pcenci@unirmsm.sm, sito web: www.unirmsm.sm



Università di Pavia

Medicina estetica e del benessere

Pavia, a. a. 2009-10, 2010-11, centro studi Fondazione Salvatore Maugeri

Scadenza domande di ammissione: 10 dicembre 2009

Alcuni argomenti: aspetti generali della medicina estetica e discipline propedeutiche, dermatologia e cosmetologia, termalismo, flebolinfologia, cura della silhouette, tecniche e metodiche in medicina estetica, apparecchiature e tecnologie di specifico impiego in medicina estetica, attività motorie, terapie complementari e non convenzionali

Informazioni: tel. 0382 592225, 366 5091688, fax 0382 592220-423504, sito web: www.plasticaticinensis.it, e-mail: info@plasticaticinensis.it, bando di concorso: <http://www.unipv.it/webesami/post.htm>

Patologia del polso: il morbo di Kienböck

Modena, 27 novembre, centro congressi Hotel Real Fini

Presidente: dott. Antonio Landi

Organizzatore: dott. Augusto Marcuzzi

Alcuni argomenti: generalità, etiopatogenesi, classificazione e diagnosi, trattamento conservativo, trattamento chirurgico: osteotomie e resezioni prima filiera, artrodesi parziale e totale

Informazioni: Segreteria Organizzativa Intermeeting, B.go Collegio Maria Luigia 15, 43100 Parma, tel. 0521 231123, fax 0521 228981, e-mail: segreteria@intermeeting.it

Ecm: richiesti crediti formativi ecm

Associazione scientifica didattica e aggiornamento in cardiologia

Ecodoppler vascolare arterioso per cardiologi, internisti e diabetologi

Roma, 28 novembre

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

Obiettivo: corso a numero chiuso, limitato a 18 iscritti, dedicato a specialisti in cardiologia, medicina interna, diabetologia e geriatria sull'uso dell'ecodoppler nelle malattie vascolari che rappresentano oltre il 50% delle cause di mortalità e morbidità. Il corso ha un orientamento prevalentemente pratico: ad una breve introduzione teorica sulle modalità di esecuzione degli esami nei vari distretti arteriosi, seguirà una ampia sessione pratica con la proiezione di esami eseguiti in diretta e con la esecuzione di ecodoppler vascolari arteriosi da parte dei discenti divisi in gruppi

Informazioni: Associazione ASDAC, e-mail: luciano.arcari@fastwebnet.it, cell 336 786955

Ecm: riconosciuti 9 crediti ecm

Olismologia

Milano, novembre 2009-giugno 2010, c/o Centro Studi di Olismologia Via Popoli Uniti 24

L'Olismologia è una disciplina innovativa unificante e trasversale a tutte le specializzazioni che consente di realizzare la valutazione e la cura simultanea del tutto. La caratterizzano un impianto teorico-pratico autonomo, concetti, principi formanti e regole basati non solo sulle conoscenze accademiche dell'anatomia, della fisiologia, della pnei ma anche sulle attuali acquisizioni della medicina energetica.

Informazioni: dott. Lorenzo Paride Capello, cell 339 5311459, e-mail: info@mascurint.com

Maxiemergenze veterinarie

Repubblica di San Marino, 19 novembre

Direttore: Elisabetta Lasagna

Obiettivi: fornire strumenti e conoscenze che consentano di affrontare al meglio le maxiemergenze veterinarie, fornendo una panoramica storica dai disastri naturali a quelli industriali, passando poi al ruolo di sanità pubblica veterinaria durante i disastri tecnologici, epidemici e sociali, alle proposte per la gestione e lo smaltimento dei rifiuti; dalla contaminazione degli alimenti alle contaminazioni ambientali; sul come prevenire i danni provocati da artropodi ed altri "intrusi" attirati dagli eventi catastrofici

Informazioni: Cemec, Via Scialoja 1, 47893 Cailungo RSM, tel. 0549 994535/4600, fax 0549 903706, e-mail: cemec.info@iss.sm, sito web: www.salute.sm



Ortodonzia e a.t.m.: un binomio inscindibile nel piccolo paziente e nell'adulto

Ancona, 21 novembre, Circolo Ufficiali M.M. Ancona

Presidente: Angelo Uva

Alcuni argomenti: l'artroscopia diagnostica e terapeutica nel trattamento delle patologie disfunzionali dell'a.t.m., patia disfunzionale: aspetti ortodontici e ortodontico-chirurgici, diagnosi clinico-strumentale nei pazienti a rischio, fondi aperti di categoria: strategia per le professioni sanitarie

Informazioni: Segreteria Organizzativa dott. Toppetti tel. 0715 931986, dott. Vianale tel. 347 5182518, dott. Boldregghini tel. 328 7959338

Nutrizione, stili di vita: rendere facili le scelte salutari

Lucca, 28 novembre, Real Collegio

Rivolto a: medici, pediatri, infermieri, assistenti sanitarie, dietisti, biologi, tecnici della prevenzione

Argomenti: il ruolo dei sian, dei mmg, dei pediatri, della scuola, dei luoghi di lavoro e delle comunità locali nel cambiamento degli stili di vita; i progetti di sorveglianza nell'infanzia e nell'adolescenza; gli interventi in campo nutrizionale

Informazioni e iscrizioni: Segreteria Organizzativa dott. Fausto Morgantini, tel. 0583 729410-729465, fax. 0583 729490, e-mail: f.morgantini@usl2.toscana.it

Ecm: accreditamento ecm

La dignità umana nel nascere e nel morire

Milano, 28 novembre, auditorium centro congressi Assolombarda

Argomenti: il primo respiro: esperienza di cura in un reparto di rianimazione neonatale, scelte in fine vita: esperienza di cura nei reparti di terapia intensiva, nascere e morire, tra passione e scelta, diritto di morire, Dio ha in mano il respiro di ogni essere umano: nascere, vivere e morire secondo le scritture

Informazioni: Segreteria Scientifica prof. Giorgio Lambertenghi Delilieri, tel. 02 55033322, fax 02 55033341, e-mail: giorgio.lambertenghi@unimi.it, dott. Edoardo Caprino, cell. 339 5933457, e-mail: edoardocaprino@yahoo.fr

Segreteria Organizzativa: Econ srl, Via della Moscova 16, 20121 Milano, tel. 02 29005745, fax 02 29005790, sito web: www.econcongressi.it, e-mail: econ@econcongressi.it

Associazione italiana odontoiatri

Ergonomia e comunicazione nello studio odontoiatrico

Roma, 21 novembre, Croce Rossa Italiana, sala Solferino, Via Ramazzini 31

Relatore: prof. Carlo Guastamacchia

Riservato ai soci Aio e loro dipendenti

Abstract: mentre la clinica ci insegna cosa si deve fare nel singolo intervento terapeutico, l'ergonomia ci insegna come lo si deve fare, soprattutto affrontando e cercando di risolvere la vasta problematica inerente alla martellante e defatigante ripetitività quotidiana di molte nostre procedure operative

Informazioni: Segreteria Aio Roma tel. 06 83604156

Ecm: corso in fase di accreditamento

Congresso nazionale Acoi di videochirurgia

Conegliano (Tv), 23-25 novembre

Presidente: dott. Gabriele Munegato

Informazioni: Segreteria Scientifica dott. Da Ros Danilo, dott. Sanna Andrea, dott. Schiano di Visconte Michele

Informazioni ed iscrizioni: AliWest Travel, Via N. Paganini 30/36, Firenze, tel. 055 4221201, sito web: www.videochirurgia-acoi2009.it

Il castello di Gondar



27 NOVEMBRE 1941

In Etiopia capitolò l'ultimo caposaldo italiano, Gondar. Le truppe stanziare in Africa orientale sono costrette alla resa.

19 NOVEMBRE 1945

"Fuga di cervelli" dalla Germania: più di ottanta scienziati, tra i quali Werner von Braun, emigrano segretamente negli Stati Uniti.



Wernher von Braun

16 NOVEMBRE 1970

In Siria Hafiz al Assad prende il potere a seguito di un colpo di Stato.

19 NOVEMBRE 1977

Anwar al Sadat, capo di Stato egiziano, effettua una storica visita di pace in Israele.

Novembre e le sue storie...

*Ci sono servigi così grandi
che si possono ripagare
solo con l'ingratitudine.*

Dumas padre. Mes mèmores

6 NOVEMBRE 1983

Il Parlamento italiano si esprime a favore dell'installazione, nella base militare di Comiso, dei missili Cruise.

9 NOVEMBRE 1985

"Scontro" al vertice tra i migliori scacchisti del mondo: si sfidano Garry Kasparov e Anatolij Karpov. Al termine di una lunga e stressante partita Kasparov si impone sull'avversario.



Garry Kasparov

15 NOVEMBRE 1988

L'Organizzazione per la liberazione della Palestina, l'OLP, riconosce lo Stato di Israele. Contemporaneamente proclamano lo Stato arabo in Palestina.

Margaret Thatcher



22 NOVEMBRE 1990

Margaret Thatcher, premier inglese, si dimette dall'incarico e le subentra John Major.

13 NOVEMBRE 1994

La Formula 1 registra il primo tedesco che riesce a laurearsi campione del mondo. Si tratta di Michael Schumacher.

Milosevic



21 NOVEMBRE 1995

I presidenti di Bosnia, Croazia e Serbia, rispettivamente Izetbegovic, Tudjman e Milosevic firmano la pace a Dayton. Il trattato pose fine a più di tre anni di guerra nel cuore dell'Europa.



Michael Schumacher

Roma

Segnalazioni sulla situazione di disagio nelle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali

L'Ordine invita tutti i medici ed odontoiatri che operano nelle strutture sanitarie ed ospedaliere, ad inviare segnalazione, scritta o verbale, di situazioni di disagio che possono verificarsi nell'ambito dell'attività lavorativa e nei rapporti con le suddette amministrazioni, soprattutto in riferimento ad assegnazione di incarichi di Direzione di UOC e/o Dipartimenti a profili professionali non medici con sottoposti medici.

L'Ordine farà propria la segnalazione rispettando, ove richiesto, il più stretto riserbo sul nominativo dell'esponente.

Per quanto sopra, si prega di contattare l'Ordine ai seguenti recapiti: Ufficio Segreteria Tel. 06 44171226 segreteria.medici@ordinemediciroma.it



Genova

Tassa rifiuti: come richiedere i rimborsi

Come riportato su "Genova Medica" di giugno a pag.13, in un articolo a firma dell'avv. Lorenzo Cuocolo, il Consiglio di Stato, con le recenti sentenze n. 2295 e 2300 del 2009, si è definitivamente pronunciato sugli aumenti TARSU per gli studi medici, annullando quelli disposti dal Comune di Genova per gli anni 2002 e 2003. Sussiste dunque in capo a tutti i medici e gli odontoiatri che abbiano pagato la TARSU il diritto di chiedere il rimborso di quanto indebitamente versato (nella misura della differenza tra quanto pagato secondo le tariffe annullate e quanto sarebbe stato dovuto in base alle previgenti tariffe). Gli avvocati, esperti di questioni tributarie, ritengono che vi siano buoni argomenti per stabilire che il diritto spetti a tutti i medici e a tutti gli odontoiatri e non solamente a coloro che abbiano impugnato le delibere tariffarie del Comune attraverso ricorsi al TAR promossi a suo tempo da questo Ordine. Il diritto a chiedere il rimborso si prescrive in due anni. I fac-simile della modulistica, che i colleghi potranno utilizzare per chiedere il rimborso al Comune di Genova dei tributi pagati negli anni 2002 e 2003,



sono disponibili presso la sede dell'Ordine oppure scaricabili dal sito: www.omceoge.org.

Le istanze di rimborso potranno essere spedite tramite raccomandata oppure consegnate a mano facendole protocollare a: Comune di Genova Piazza Ortiz, 8 – 16128 Genova. Se il Comune dovesse negare il diritto al rimborso, ovvero rimanere in silenzio per tre mesi, sarà possibile ricorrere alla Commissione Tributaria.

Brescia

Prescrizione stupefacenti

L'ASL di Brescia, Dipartimento Cure Primarie - Servizio Farmaceutico - comunica che l'Ordinanza ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali del 16 giugno 2009, avente per oggetto "Iscrizione Temporanea di alcune composizioni medicinali nella tabella II, sezione D, allegata al testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope e di prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza", è stata pubblicata sulla GU n. 141/2009 ed è in vigore dal 20/06/2009. Principali novità introdotte: temporanea iscrizione alla tabella IID e conseguente prescrizione con ricetta non ripetibile (anziché ricetta speciale modello ministeriale) delle seguenti composizioni medicinali utilizzate nella terapia del dolore: 1. composizioni, per somministrazioni ad uso diverso da quello parenterale, contenenti codeina e diidrocodeina in quantità superiore (espressa in base anidra) a 10 mg/unità posologica per le forme farmaceutiche monodose; 2. composizioni, per somministrazioni ad uso diverso da quello parenterale, contenenti codeina e diidrocodeina in quantità superiore (espressa in base anidra) all'1% p/v per le forme farmaceutiche multidose; 3. composizioni, per somministrazione rettale, contenenti codeina, diidrocodeina e loro sali in quantità superiore (espressa in base anidra) a 20 mg/unità posologica; 4. composizioni, per somministrazioni ad uso diverso da quello parenterale, contenenti fentanyl, idrocodone, idromorfone, morfina, ossicodone e ossimorfone; 5. composizioni, per somministrazioni ad uso transdermico, contenenti buprenorfina.

Sono escluse dal presente provvedimento le composizioni a base di metadone e buprenorfina per somministrazione orale.

Il testo dell'Ordinanza è consultabile sul sito dell'Ordine WWW.ordinemedici.brescia.it - sezione news



Bologna

Avviso pubblico per il reclutamento di medici fiscali.

Alla luce del fatto che il previsto avviso pubblico per il reclutamento di medici fiscali a seguito della normativa regionale in materia non ha dato gli esiti sperati, l'Azienda USL di Bologna sta ricercando medici (anche neolaureati) residenti/domiciliati nel Distretto di Porretta Terme per la stipula di contratto libero professionale per l'esecuzione di visite medico fiscali nei comuni di: Castiglione dei Pepoli, Monzuno, Camugnano, San Benedetto Val di Sambro, ed eventualmente nel sub-distretto di Vergato. Il requisito della residenza/domicilio è ritenuto fondamentale in quanto l'espletamento di tale attività partendo da altro ambito territoriale non è economicamente redditizio. Requisito indispensabile è l'assenza di incompatibilità per specifiche norme di legge o contratto di lavoro.

Per maggiori informazioni al riguardo si può contattare direttamente il Responsabile della U.O.S Medicina Legale Sud Dr. Marco Michellini al n. 051/596932 - e-mail: m.michellini@ausl.bologna.it



Reggio Calabria

L'Ordine... la sua storia

L'Ordine dei medici e degli odontoiatri della provincia di Reggio Calabria ha pubblicato (quale supplemento al numero 2/2009) il volume "L'Ordine... la sua storia".

Nella presentazione il presidente, Pasquale Veneziano, ricorda che "con questa pubblicazione il Consiglio dell'Ordine vuole tracciare la storia della nostra istituzione, vuole compiere un dovere perché si tramandi il ricordo di chi, pur tra le tante difficoltà, ha aperto il solco di un percorso sul quale ha contribuito, con il proprio impegno e la propria dedizione, a scrivere pagine di memoria che devono essere punto di riferimento per le attuali e per le nuove generazioni. Non è questa, dunque, una semplice elencazione di nomi, perché dietro ognuno di essi, particolarmente per coloro i quali hanno mosso i primi passi su un terreno accidentato e non sempre facile, c'è una storia da raccontare, un lavoro silenzioso, quasi mai appariscente agli occhi dei più, una quotidiana opera di costruzione che, mattone dopo mattone, ha elevato un edificio che, ancora oggi, deve tendere ad innalzarsi e a rendersi sempre più solido".



Master in nutrizione clinica e dietetica

Una dieta viene definita equilibrata se è in grado di garantire un adeguato apporto energetico. Dal punto di vista quantitativo una corretta alimentazione deve assicurare un apporto energetico conforme al fabbisogno individuale, mentre qualitativamente deve garantire un adeguato rapporto fra i nutrienti e permettere di variare nella scelta delle possibili alternative alimentari. Una dieta equilibrata non può inoltre prescindere da una opportuna idratazione. L'acqua possiede infatti qualità salutistiche tali da contribuire al mantenimento del benessere psico-fisico dell'uomo e da rendersi utili nel coadiuvare il trattamento di particolari stati patologici.

La cultura contemporanea è sempre più sensibile alla stretta correlazione esistente tra salute e stili di vita, considerando l'alimentazione come uno dei principali strumenti a disposizione per la prevenzione ed il trattamento di numerose condizioni morbose. La dieta Mediterranea, in particolare, è conosciuta in tutto il mondo per le sue proprietà salutari. Il prevalente consumo di frutta e verdura di stagione, legumi, cereali ed olio d'oliva, quale principale fonte lipidica, grazie all'elevato apporto di vitamine, sali minerali ed antiossidanti, nonché di acidi grassi monoinsaturi, sembrano infatti favorire la longevità e prevenire l'obesità, con conseguente riduzione della mortalità sia totale che secondaria a patologia coronarica e neoplastica. Oltre all'alimentazione anche l'attività fisica rappresenta uno dei principali fattori determinanti la qualità e l'aspettativa di vita.

Per tali motivi è stato attivato presso l'Università degli Studi di Siena, Cattedra di Scienze Tecniche Dietetiche Applicate, il Master di II livello in Nutrizione Clinica e Dietetica il cui obiettivo è quello di approfondire le conoscenze nell'ambito dell'alimentazione e della nutrizione attraverso una formazione a carattere interdisciplinare mediante didattica ex cathedra, didattica interattiva, tutorship-studio guidato, prove di verifica, attività individuale interstage, apprendimento individuale. •

Rosalba Mattei

<http://www.unisi.it/postlaurea/master.htm>
<http://www.unisi.it/postlaurea/corsiperf.htm>

Come ridurre l'infertilità nell'uomo

Ritmi di vita furibondi, stress e abitudini alimentari sregolate. Sono tutti fattori che influenzano la salute psicofisica di ogni uomo, ma non soltanto quella. Studi recenti ed approfonditi hanno individuato i vari agenti che influenzano la fertilità dell'uomo. Se ne è parlato durante la settimana dell'Andrologia, che ha riunito gli specialisti della Società italiana di andrologia e Medicina della sessualità e dell'Accademia europea di andrologia. Secondo gli esperti un utilizzo troppo massiccio di antidepressivi può causare infertilità, ma i rischi aumentano se l'uomo è un accanito fumatore. La nicotina avrebbe un effetto dannoso sugli spermatozoi umani, modificandoli e alterandone lo stato. È il risultato di uno studio guidato da Aldo Calogero dell'Università di Catania: nicotina e monossido di carbonio – e tutte le numerose sostanze che si sprigionano quando si fuma una sigaretta – riducono la rapidità di movimento degli spermatozoi, fino a bloccarla. Lo studio ha preso in esame soggetti sani e non fumatori. Espo-
nendo gli spermatozoi dei soggetti sani a dosi sempre crescenti di condensato di fumo di sigaretta si è osservato che, dopo sole ventiquattro ore, questi risultavano completamente immobili. Ma le cause dell'infertilità non finiscono qui. Anche l'ambiente esterno e l'inquinamento influenzano negativamente la salute degli spermatozoi maschili.

Ma l'infertilità ha, molto spesso, anche cause di natura esclusivamente genetica. Secondo la ricerca effettuata dalle Università di Padova e di Messina molti dei bambini nati con il criptorchidismo hanno maggiori possibilità di subire mutazioni genetiche che, a loro volta, sono cause di infertilità. L'obiettivo è quello di informare e comunicare ai più giovani i rischi a cui vanno incontro fumando e seguendo uno stile di vita sregolato; è prevista – a partire dal 2009 – una campagna di sensibilizzazione in tutti gli istituti superiori italiani. L'iniziativa è stata portata avanti dalla Società italiana di andrologia e Medicina della sessualità e dal ministero della Salute.

L'obiettivo è quello di comunicare ai giovani come prevenire le cause dell'infertilità. •

Enzo Gallo

Cure2Children, progetto per i bambini

La missione è quella di sostenere la cura di malattie gravi dell'infanzia, come leucemie, tumori o talassemia, in realtà a basso reddito

Il progetto Cure2Children (www.cure2children.org/italia), ovvero la cura ai bambini, è nato da un gruppo di genitori che ha perso il proprio figlio per una malattia onco-ematologica e professionisti del settore con questo obbiettivo prioritario.

Dalla sua nascita nel gennaio 2007, la Fondazione Cure2Children ha promosso due iniziative principali, una in Kosovo per la cura delle leucemie ed una in Pakistan per la cura e la prevenzione della talassemia. In Kosovo, grazie alla collaborazione con le Forze di pace italiane, il Policlinico Gemelli, e l'Associazione SOS Infanzia nel Mondo, è stato possibile avviare la cura locale dei primi bambini con leucemia mai trattati in quel paese.

Con una spesa non superiore ai 20mila euro sono state eseguite visite locali, forniti farmaci per il trattamento dei primi bambini, sviluppati strumenti di collaborazione e supporto a distanza via web, nonché un programma di supporto alle famiglie in grado di garantire la continuità delle cure e qualità di vita dell'intero nucleo familiare per tutta la durata della cura. In Pakistan Cure2Children ha sostenuto le procedure di trapianto di midollo in bambini talassemici a basso rischio con familiare compatibile ed ha contribuito in modo determinante alla creazione di due centri trapianto, uno privato ed uno governativo (quest'ultimo a totale carico di Cure2Children).

Anche qui sono stati sviluppati programmi di supporto alle famiglie nonché di screening dei familiari di primo grado dei bambini affetti. Le procedure di trapianto sono eseguite interamente da personale locale con il sussidio di strumenti informatici quali database on-line e videoconferenze quotidiane. Il tutto con una spesa paragonabile a quella di un singolo trapianto di midollo eseguito in paese ricco.

Per maggiori informazioni www.Cure2Children.org. •

L'Agenzia che "aiuta" i servizi sanitari

di Daniele Romano

Le attività professionali dei medici sono profondamente condizionate dalle normative e dalle funzioni degli organi istituzionali. Le innovazioni che snelliscono le procedure e qualificano i Servizi sanitari regionali costituiscono un importante indicatore direttamente coinvolgente la professione medica. Ne parliamo con il nuovo direttore

dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali dottor Fulvio Moirano, classe 1952, nominato da un semestre, dopo una lunga carriera di direttore generale di Asl, consulente di Assessorati alla Sanità e commissario di Aziende ospedaliere.

Potrebbe dirci come si evolve il ruolo di Agenas?

Nei pochi mesi che sono passati dal momento in cui ho assunto la direzione dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, mi sono reso conto di quanto sia necessario, per lo sviluppo del Servizio sanitario nazionale, mantenere il ruolo che l'Agenzia ha sin qui ricoperto, quello di ente di collegamento e di supporto decisionale, di soggetto "terzo", che offre il proprio contributo tecnico-operativo al ministero della Salute e alle Regioni per la realizzazione di politiche di governo condivise che abbiano come obiettivo la qualificazione del Servizio sanitario nazionale.

L'Agenzia, che articola le proprie attività in base agli indirizzi della Conferenza unificata, si muove su diverse direttrici, tutte di evidente rilevanza. Ci occupiamo di valutazione, in altre parole di individuare strumenti atti a misurare le performance delle Aziende sanitarie ed ospedaliere; di rilevazione e analisi dei costi; di qualità dell'offerta sanitaria, con particolare attenzione allo sviluppo e alla diffusione di sistemi per la sicurezza delle cure; di

Health Technology Assessment, coordinando attività di ricerca e di analisi, condivise con le Regioni, per la valutazione delle tecnologie emergenti; ed infine di Ecm, di gestione delle procedure per l'Educazione continua in medicina. Di particolare rilievo anche l'attività di supporto alle Regioni per i Piani di riqualificazione e rientro. **In tema di valutazione, quali sono gli obiettivi dell'Agenzia?**

La nostra attività in questo campo è in fase di avanzata realizzazione. A breve, saremo in grado di rendere noti i risultati relativi al comportamento delle aziende rispetto a circa un centinaio di indicatori, ricavati da dati sistematici, tra cui le SDO. Quindi dati già disponibili che sono stati elaborati e analizzati e che offrono la certezza di essere affidabili, confrontabili e ripetibili negli anni. Si tratta di un sistema di rilevazione ed analisi dei dati che consente di verificare, a differenza di altri attualmente in circolazione, non solo lo stato attuale delle performance, ma in modo dinamico anche i trend dei comportamenti riscontrati negli ultimi anni. In pratica, se si va nella giusta direzione per correggere cattive abitudini o se ci troviamo di fronte ad una stagnazione.

E per l'Ecm? Che cosa ci possiamo aspettare, a breve?

A metà settembre si è svolto a Cernobbio il primo Forum nazionale sull'Ecm, dove, alla presenza di una platea davvero numerosa, composta da migliaia di operatori del settore, abbiamo presentato il documento approvato dalla Commissione nazionale Ecm e attualmente al vaglio della Conferenza Stato-Regioni. Il documento indica alcune novità sostanziali che vanno nella direzione di raggiungere una maggiore efficienza e qualità del sistema, prevedendo l'accreditamento non più dei singoli eventi, ma direttamente dei provider, e quindi con maggiori possibilità di verifica e di controllo. Si tratterà di un sistema ancora più orientato ad un miglioramento dell'apprendimento e della qualità dei professionisti, teso a valorizzare corsi di formazione da realizzare presso strutture che hanno prodotto best practice, verificabili, in settori specifici. La nostra intenzione è quella di utilizzare l'eccellenza che abbiamo all'interno del Ssn, troppo spesso misconosciuta e sottostimata. E i primi riscontri che ci arrivano dai medici e dagli operatori del settore, tutti estremamente positivi, devo dire che ci incoraggiano a continuare su questa strada. ●



Il sito Web dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali si trova all'indirizzo www.assr.it

Malattie infettive, una "battaglia" senza fine

di Walter Pasini (*)

La storia dell'umanità è sempre stata attraversata da epidemie e pandemie che ne hanno condizionato, a volte pesantemente, l'evoluzione ed il progresso. A partire dalla "morte nera" del 1347-50, che ha portato a morte un terzo della popolazione europea sconvolgendo la demografia del vecchio continente, ricorrenti epidemie di peste, sifilide, vaiolo, colera e tubercolosi hanno provocato nei secoli successivi eventi epidemici ad elevata morbilità e mortalità. Per fronteggiare tali eventi, le autorità pubbliche adottarono varie misure di sanità pubblica, come i lazaretti per la quarantena, i cordoni sanitari, le fedi e patenti di sanità per i viaggiatori via mare e via terra, la disinfezione delle lettere e sospensioni di fiere e mercati. Solo alla fine del 1800, come è noto, la comunità scientifica ha identificato la maggior parte delle più importanti malattie epidemiche.

Tra le malattie ricordate, solo il vaiolo è stato eradicato grazie ad una gigantesca campagna di vaccinazione su scala mondiale, mentre altre, specie la tubercolosi, rappresenta ancora uno dei maggiori pro-

blemi di sanità pubblica. Negli ultimi trenta anni, sono comparse almeno nuove 30 malattie infettive "emergenti", alcune di queste con caratteristiche pandemiche come l'Aids e la nuova influenza da virus suino A/H1N1, ma mentre un tempo l'uomo assisteva quasi inerme all'infuriare del flagello, oggi dispone di strumenti di carattere scientifico, organizzativo e tecnologico per poterle affrontare.

Nel periodo storico in cui viviamo, caratterizzato dalla globalizzazione economica, gli Stati si sono resi conto della necessità di mettere a disposizione dell'umanità i propri strumenti di conoscenza ed i

propri piani strategici. Le malattie, si sa, non rispettano frontiere. La Comunità internazionale dispone oggi di una solida esperienza di collaborazione tra le nazioni nel campo della sorveglianza epidemiologica, dello scambio di informazioni su caratteristiche degli agenti biologici e su tecniche di laboratorio atte a identificarli precocemente. Le maggiori conoscenze scientifiche e le tecnologie moderne consentono la produzione di vaccini in tempi più rapidi rispetto al passato. L'informazione messa al servizio della scienza permette di affrontare coscientemente le emergenze sanitarie, come le epidemie,

contenendo la paura ed educando la popolazione ad un consono comportamento nelle situazioni di difficoltà.

Sull'argomento "Vecchie e nuove epidemie", è stata realizzata una mostra consistente in 60 pannelli e materiale espositivo. La mostra, presentata alla stampa ed ai membri del Parlamento presso la Sala del Cenacolo della Camera dei Deputati il 6 maggio scorso, avrà carattere itinerante. Dal 15 ottobre al 15 dicembre 2009 sarà presentata ad Ancona presso la Mole Vanvitelliana, ex Lazaretto.

La mostra ha avuto i patrocini da parte della Presidenza della Repubblica, della Presidenza del Consiglio, della Camera dei Deputati, del Senato della Repubblica e del Ministero dei Beni Culturali. •

(*) *Direttore Centro europeo di Global Health*



Educazione sessuale a fumetti



Suol dirsi: “Se non ci fosse, bisognerebbe inventarlo”. Proprio ciò che viene in mente a prima vista sfogliando il nuovo libro di Pierluigi Diano, pneumologo di Milano, ma anche “vignettista” d’eccezione che senza remore consi-

deriamo èmulo e continuatore del celebre Jacovitti, storico “padre” del personaggio di Cocco Bill. Coniugando nel nuovo stimolante libro le sue doti di imparziale e impeccabile divulgatore con quelle di autore di gradevolissimi “magistrali” fumetti densi di spirito ma soprattutto forieri di dati e informazioni, Diano offre agli educatori - ma in primo piano ai genitori -, un materiale quanto mai prezioso e innovativo per “raccontare” in modo aperto, divertente e il meno imbarazzante ai propri figli - sin dalle prime età - i segreti del sesso e della sessualità, dal concepimento alle prime (talora inattese) esperienze, non mancando di legare i vari argomenti con il filo conduttore di una delicata storia che, per la sua veridicità, attendibilità ed efficacia definiremmo senza contraddizione di termini “una fiaba reale”. Una “chicca” editoriale da non perdere, da additare proficuamente anche ai pazienti. (Luciano Sterpellone)

Pierluigi Diano

“Educazione sessuale a fumetti”

Àncora Ed., Roma – pp. 80, euro 12,00

I 50 anni dell’Anaa Assomed



La pubblicazione, curata da Luciano Fassari per conto del sindacato, racconta la storia delle principali vicende che hanno caratterizzato il “cammino” degli italiani e delle strutture sanitarie del nostro Paese. Un’occasione per mettere in evidenza il percorso culturale, civile e sociale dell’Italia nella se-

conda metà del XX secolo. Secondo l’Anaa Assomed si tratta di un cammino lento ed accidentato che però ci ha consentito di venir fuori da una condizione civile e sanitaria arretrata per arrivare a conquiste degne di uno stato moderno. L’opera è arricchita da bellissime fotografie che aiutano a ricordare momenti di questa Repubblica, troppo spesso dimenticati. Si va dalla Vespa e – passando per Coppi e Bartali – si arriva a tragedie nazionali come quella del Vajont, alla trasferta dei contadini dal sud al nord con il “treno del sole”, alla piena dell’Arno a Firenze e così via, scandendo i tempi anche con i congressi dell’Anaa Assomed e le manifestazioni sindacali dei medici.

Luciano Fassari (a cura di)

“1959-2009 - I 50 anni dell’Anaa Assomed”

Health Communication, Roma – pp. 226

Vivere la morte. Un momento di mediazione interculturale

L’afflusso delle masse migratorie nel nostro Paese ha portato ad un corrispondente maggiore accesso alle strutture ospedaliere di utenti dai costumi culturali distanti da quelli cattolici ed occidentali. Il dottor Massimo Chiaretti e la dottoressa Giovanna Angela Carru, entrambi strutturati presso il Policlinico Umberto I, Università degli Studi di Roma “Sapienza”, ricostruiscono con questo testo una rassegna storico-filosofica delle religioni che concentra l’attenzione sulla diversa interpretazione delle principali tematiche sanitarie: malattia, dolore, trapianto, trasfusione, aborto, morte, coma, autopsia e sepoltura. Lo scopo – così come spiegano nella prefazione gli autori – è quello di “adempiere al meglio alla missione che ci siamo preposti, evitando di prevaricare ed [...] offendere le persone delle quali vogliamo prenderci cura [...] per umanizzare i rapporti nel massimo rispetto del paziente, delle sue idee, e del credo religioso”.

G.A. Carru, M. Chiaretti

“Vivere la morte. Un momento di mediazione interculturale”

Edizioni Nuova Cultura, Roma – pp. 340, euro 40,00



Le pensioni del medico di medicina generale

L’aumento dell’aspettativa di vita accompagnato al ritardato ingresso professionale stanno mettendo in crisi il futuro previdenziale non solo dei medici, ma di tutte le future generazioni. La scomparsa dei criteri di sostenibilità e di equità, che fino ad oggi hanno caratterizzato lo scenario previdenziale, costringerà i singoli medici a definire percorsi autonomi adeguati alle proprie esigenze. Marco Perelli Ercolini, Virginio Bosisio e Roberto Stella, esperti nell’ambito delle cure primarie e del mondo Enpam, con questa mini-guida hanno sintetizzato in maniera lucida e precisa tutti gli aspetti e i problemi previdenziali correlati al mondo della medicina generale, fornendo al professionista un utile strumento per poter maturare la propria idea di pensione ed attuare le scelte correttive che riterrà più idonee.

Il contributo si inserisce nella serie di Guide alla Professione realizzate dalla Società Nazionale di Aggiornamento per il medico di medicina generale.

M. Perelli Ercolini, V. Bosisio e R. Stella

“Le pensioni del medico di medicina generale”

Edizioni Cardano, Pavia – pp. 48



Libri ricevuti

di G. F. Barbalace

La singolarità dei sistemi animati



Enrico Marabini fa conoscere le difficoltà insite nella Biopsicocibernetica. Egli chiarisce che i sistemi biologici sono fenomeni complessi non lineari e hanno la caratteristica di essere sistemi aperti in rapporto con realtà materico-energetiche in perenne interazione tra di loro. Sostiene inoltre che per interpretare l'attività biopsichica bisogna studiare i problemi impliciti in ogni dato evento, tenendo presente quanto sia difficile stabilirne la demarcazione fra l'osservazione e l'interpretazione avendo a disposizione non criteri matematici certi, inapplicabili in questo ambito, ma semplici formule statistiche, con le quali è possibile dare solamente un'interpretazione probabilistica delle numerose variabili che interagiscono nei fenomeni biologici e psicologici. Per Marabini il problema dell'origine della vita resta così ancora completamente aperto.

Enrico Marabini

"La singolarità dei sistemi animati"

Edizioni Il Pavone, Chianciano Terme, (SI) - pp. 80, euro 10,00



Parlare con la testa

La neurolinguistica si prefigge di chiarire la natura delle componenti del sistema linguistico a livello cerebrale; lo sviluppo e il funzionamento di queste strutture; gli aspetti dell'architettura cognitiva e neurologica propri del linguaggio e quelli condivisi con altri sistemi biologici; i rapporti fra il linguaggio e le altre facoltà cognitive.

Gianfranco Denes, con questa indagine interdisciplinare che interesserà linguisti, psicologi e neuropsicologi, mira a definire la natura, la struttura e l'origine del linguaggio. Ne descrive le basi neurologiche, lo sviluppo e, ponendo particolare attenzione allo studio delle afasie, ne descrive le diverse metodologie d'indagine allo scopo di rilevare se il linguaggio sia il punto finale del processo di adattamento di tratti già presenti in altre specie animali, o se sia una caratteristica esclusiva della specie umana.

Gianfranco Denes

"Parlare con la testa"

Zanichelli Editore, Bologna - pp. 225, euro 24,80

Manuale di andrologia

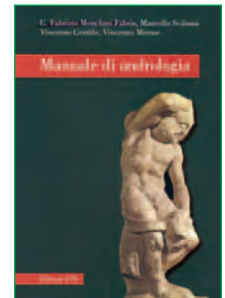
Gli autori hanno curato la compilazione di questo manuale avvalendosi anche dell'apporto di specialisti di altre discipline affini all'andrologia, quali urologia, ginecologia, microchirurgia, patologia medica e medicina legale.

Il risultato è un'opera riassuntiva, ma completa, che tratta le basi fisiologiche dei principali argomenti andrologici esaminati dal punto di vista clinico, diagnostico e terapeutico per uno studio delle problematiche maschili riguardanti la sessualità e la riproduzione anche in relazione all'inquinamento e agli stili di vita sbagliati. I numerosi argomenti presentati sono sviluppati dai vari autori con un criterio divulgativo, chiaro e funzionale che risulterà utile agli studenti ed ai professionisti interessati a questa disciplina.

G. F. Menchini Fabris, M. Scibona, V. Gentile, V. Mirone

"Manuale di andrologia"

Edizioni Ets, Pisa - pp. 386, euro 50,00



Elementi di imaging e radioprotezione per operatori sanitari nel campo odontoiatrico

Il testo di Mariano Dimonte, dedicato agli operatori sanitari in campo odontoiatrico, affianca alle tradizionali informazioni sui principi fisici, sulle apparecchiature e sui test radiodiagnostici, una serie di temi riguardanti l'organizzazione quotidiana dello studio. Si tratta di argomentazioni di carattere pratico, organizzativo-gestionale e socio-relazionali che dovrebbero guidare sempre la pratica clinica in favore sia dei pazienti, sia della responsabilità professionale del sanitario, ma che sono spesso trascurate da chi svolge un'attività sottoposta a routine, a logiche economicistiche e abuso delle tecnologie. Per questi motivi Dimonte stimola l'attenzione del lettore sull'importanza di favorire l'efficienza dello studio dentistico aggiungendo al continuo aggiornamento delle conoscenze tecnologiche le abilità trattate nel suo volume.



Mariano Dimonte

"Elementi di imaging e radioprotezione per operatori sanitari in campo odontoiatrico"

Levante Editori, Bari - pp. 127, euro 14,00

Ultimo medico condotto



Quella fatta da Giuseppe Cernelli è una concisa, ma ben condotta, rassegna dell'importanza sociale e dei contenuti etici e professionali della Condotta Medica nei 150 anni della sua durata.

L'autore, egli stesso medico condotto, ne traccia la storia dagli inizi fino alla sua chiusura, avvenuta a seguito dell'attivazione del Servizio sanitario nazionale, formulando una acuta critica di entrambe le istituzioni.

Egli arricchisce questa trattazione con i ricordi delle sue esperienze professionali e umane e descrive con grande sensibilità l'impegno lavorativo e l'aspetto etico della medicina e, con ancor viva partecipazione, la naturale semplicità dei tanti assistiti appartenenti alle categorie sociali più umili. Ricrea così con pochi efficaci tratti l'ambientazione di quella parte del salernitano, dove ha svolto la sua attività.

Giuseppe Cernelli

"Ultimo medico condotto"

Ed. Centro di Promozione Culturale per il Cilento, Acciaroli (SA) pp. 112, euro 10,00

Guida ai DRG, edizione 2009



Il manuale curato da Marino Nonis ed Enrico Rosati e presentato dal senatore Maurizio Sacconi riporta la nuova versione italiana dell'IDC (International Classification of Disease)-9-CM, aggiornata all'ultima versione statunitense.

Quest'opera descrive tutti i passaggi dell'iter virtuale che conduce all'assegnazione del ricovero al suo specifico DRG (Diagnosis Related Group) con un excursus legislativo sugli aspetti organizzativo-gestionali dei flussi informativi e del sistema di finanziamento prospettico. Illustra le differenze e le novità fra la precedente e l'attuale versione del sistema DRG e offre una disamina di tutte le 25 MDC (Major Diagnostic Categories) in cui sono raggruppati i DRG.

Tre appendici, numerosi schemi e tabelle esplicative completano il volume.

Marino Nonis, Enrico Rosati

"Guida ai DRG, edizione 2009"

Istituto poligrafico e zecca dello Stato, Roma - pp. 310, euro 15,00

In breve

Libero Di Paolo

RICORDI DELLA MIA GUERRA D'AFRICA

21 DICEMBRE 1941 - 4 GIUGNO 1946

Con una ammirevole carica partecipativa nel descrivere quei lontani eventi, l'autore ricorda senza trionfalismi e con un linguaggio semplice e immediato l'avanzata verso Tobruk, le tre eroiche battaglie di El Alamein, gli anni di prigionia, durante i quali operò come medico in Africa Centrale, e il definitivo ritorno in patria.

Edizioni Il Richiamo, Foggia - pp. 103, euro 10,00

Irmazio Glicone

INSIEME CONVIENE

La storia di una giovane donna, colta e professionalmente affermata, indifferente all'amore fisico, offre all'autore l'occasione di formulare un articolato giudizio critico della situazione politica e culturale dell'Italia e auspicare un nuovo risorgimento culturale capace di apportare il risanamento materiale e la moralizzazione del paese.

Pagine s.r.l. Roma - pp. 109, euro 10,00

Massimo Bondi

PERCHÉ NON SI PUÒ ESSERE ATEI

Un saggio romanzato con il quale dimostrare che Dio è Energia creatrice e che questa, per i laici, corrisponde al Caso. Se dunque, stringendo, Qualcuno (Dio) o Qualcosa (il Caso) ha dato il via alla creazione, Creazionisti e Laici hanno in comune la stessa inconsapevolezza che rende impossibile negare ciò che non può essere conosciuto.

L'Autore Libri Firenze - pp. 93, euro 8,80

Francesca Strafino

LA LUCE DENTRO

Sullo sfondo della città di Napoli, in un ambiente ai margini della legalità, questa storia parla di amori, di affetti familiari, d'arte, di droga, di contrabbando e di personaggi d'ogni tipo, tra i quali Rocco Speranza conduce la sua difficile esistenza. Un interessante spaccato di vita partenopea e italiana dal dopoguerra agli anni del terrorismo.

Il Filo, Roma - pp. 286, euro 17,00

Vincenzo Dell'Aria

EPPUR SI MUORE. STORIA DI UN NUOVO CAPITOLO DELLA MEDICINA

Il saggio tocca uno dei temi più delicati e oscuri dell'ultimo secolo della medicina moderna: le malattie da proteine killer. L'autore mette a punto un argomento fondamentale, quale la "fisiopatologia della permeazione capillare" e chiarisce genesi e cura di malattie balzate agli onori della cronaca come il "Morbo della mucca pazza".

Mef - Firenze Atheneum - pp. 80, euro 8,00

Vitali scrive e visita sempre senza camice

Tra i più importanti esponenti della narrativa contemporanea, Andrea Vitali ha scritto ben quindici bestseller in diciannove anni. Medico di base nel paese di Bellano, è proprio sul lago di Como che trova l'ispirazione per i suoi indimenticabili personaggi



Andrea Vitali

di Paola Stefanucci

I libri di Andrea Vitali si leggono (e si rileggono) tutto d'un fiato. Dal primo, immediato e strepitoso successo "Il procuratore" (1990, Premio Mont Blanc per il romanzo giovane) ad "Una finestra vista dal lago" (Premio Grinzane Cavour 2004) romanzo corale e polifonico in cui egli narra cinque lustri di storia del Belpaese dai miracolosi anni Cinquanta agli inquieti anni Settanta, da "La figlia del Podestà" (Premio Bancarella 2006) all'ultimo (e recente) "Almeno il cappello", finalista alla 63ª edi-

zione del Premio Strega. Sta di fatto che il nome del prolifico autore comacino (15 bestseller in 19 anni) è ormai annoverato tra i massimi esponenti della narrativa contemporanea italiana ed europea: i suoi libri sono amati ed attesi dai bibliofili francesi, tedeschi, serbi, greci, rumeni, portoghesi, olandesi, belgi, spagnoli ed ungheresi. A Bellano, dove è nato e dove vive, sulla riva orientale del lago di Como, lo scrittore trova l'humus ideale per i suoi (indimenticabili) personaggi destinati a soggiogare ed avvincere il lettore dalla prima all'ultima pagi-

na. Forse, non tutti sanno che nell'animo di Andrea Vitali convivono, paralleli, il mondo di Esculapio e quello della letteratura. A tal proposito gli abbiamo rivolto alcune domande. Eccole.

Lei si ritiene un buon medico?

È la classica domanda da un milione di dollari o euro. Sinceramente non voglio rispondere. Non spetta a me dirlo, spero di sì ma è un giudizio difficile da dare, anche da altri. So ormai che l'imponderabile è sempre presente, dappertutto, e che la sua presenza è inquietante soprattutto in

uno che svolge questa professione che ha a che fare con l'altrui salute. So, purtroppo, che si può sbagliare anche essendo in perfetta buona fede. Semmai dagli errori fatti e riconosciuti si può trarre esperienza e forse è vero che il medico migliore è quello che sbaglia di meno.

Dottor Vitali quanto tempo fa ha giurato fedeltà ad Ippocrate?

In realtà non era proprio Ippocrate a presiedere la mia commissione di laurea. Era comunque il 1982, ottobre, esattamente a metà del mio servizio militare. Partii infatti per servire la Patria dopo aver concluso gli esami e con la tesi mezzo avviata, concludendola in quell'anno per laurearmi. Infine andò bene così, poiché se avessi rinviato ancora avrei perduto un anno secco che invece mi sono ritrovato tutto intero per cominciare subito a lavorare.



**La scrittura
è sempre stata
la mia vita**

Può commentare per noi i principi (inviolabili) racchiusi nel Giuramento ippocratico?

Ritengo che tra i vari punti del giuramento due siano quelli più importanti: il segreto professionale innanzitutto e secondariamente quello di non nuocere a chi ti si rivolge per essere curato. Essenziale mi sembra il rispetto del segreto su quanto si viene a sapere. Ricordo che il presidente della commissione di allora ce lo raccomandò come uno dei precetti fondamentali, ricordando anche che, in tempi bui, l'osservanza di questa norma era costata parecchio ad alcuni colleghi. Ritengo inoltre molto importante anche il concetto di non nuocere che, tra le righe, vuole raccomandare una attenta valutazione delle cose prima di partire in tromba. Tra l'altro i vari punti del giuramento ippocratico mi sembra che siano norme estensibili al vivere civile, applicabili a ogni categoria umana e non solo a quella dei medici.

Che rapporto ha con i suoi pazienti?

Nella maggioranza dei casi ottimo. È un rapporto colloquiale, amichevole, improntato al rispetto, all'ascolto, alla pazienza, basato sulla confidenza che può esserci tra concittadini. Sono nato nel paese dove svolgo la professione, quindi la maggior parte dei miei assistiti mi ha conosciuto da bambino, in un certo senso ha seguito la mia crescita e poi mi si è affidata per quanto riguarda la salute.



Non so se i miei colleghi siano pazienti peggiori di quelli che curano. Io lo sarei senza dubbio

Ne consegue un rapporto di estrema familiarità che spesso, anche se non sempre, agevola lo svolgimento del mio compito.

Nessuno nel corso della propria esistenza vive sempre lo stato di salute al cento per cento, a tutti prima o poi (è inevitabile) capita di ammalarsi. Anche ai medici. È vero che i colleghi sono i pazienti peggiori? E lei che tipo di paziente è?

Vivaddio, e incrocio le dita, a parte qualche raro episodio sino ad ora posso affermare di essere stato fortunato sotto il profilo sanitario. Vero è che i medici, e io tra loro, spesso vivono una sorta di ipocondria mercé la quale sono portati a gonfiare ogni piccolo disturbo sino a fare diagnosi terrificanti su se stessi. Io stesso sono portato a pensare cose tragiche per un qualsiasi dolorino avvertito qua e là. Forse è un atteggiamento scaramantico. Ma è anche vero che, per gli addetti al mestiere, la visione del futuro, quando sono ammalati, spesso è nera nera. Non so se i miei colleghi

siano pazienti peggiori di quelli che curano. Io lo sarei senza dubbio. Per questo cerco di applicare il motto "medico cura te stesso".

Andrea Vitali non è solo un seguace del leggendario medico di Como ma è anche autore di numerosi bestseller di successo. Quando ha avvertito l'irresistibile richiamo della scrittura?

Da sempre. La scrittura è sempre stata la mia vita. Scrivere, usare la penna o la matita, mettere su carta i miei pensieri o le storie che mi piaceva ascoltare è sempre stata un'attività che ha dato senso alle mie giornate. Ho cominciato molto giovane, attratto dal fascino della lettura, dalla capacità che gli scrittori che mi hanno formato avevano di comunicare, tramite la pagina scritta, le proprie emozioni e suggestioni.

Scrivere al pari della medicina è una missione?

Non credo molto al termine missione, non mi sento missionario né quando sono in ambulatorio né quando sono nel mio studio a scrivere.

Che vita conduce diviso (imparzialmente?) tra camice e libri?

Normalissima. Devo confessare che non indosso mai il camice, non mi piace, i bambini si spaventano e non vedo perché farli piangere. Oltre a camice e libri la mia vita non ha altri spazi. Naturalmente c'è la famiglia, tollerante, con la quale condivido i momenti di tempo libero, pochi in verità.

La storia della letteratura mondiale annovera tra i suoi giganti un gran numero di medici scrittori. Ce ne può citare uno (o più) a lei particolarmente congeniale e spiegarne la ragione?

Mario Tobino sopra tutti gli altri: la sua maniera di intendere la psichiatria mi affascinò da subito.

Le sue radici comacine hanno influenzato la sua vena narrativa?

Certo, come ogni terra ha suggestionato gli scrittori che ne hanno parlato.

Questa estate con il suo ultimo libro "Almeno il cappello" è arrivato quinto al Premio Strega, il più ambito riconoscimento letterario italiano. È stato comunque gratificante o ha qualche rimpianto?

Nessun rimpianto, i premi letterari, per quanto graditi, sono sempre una sorta di gioco. La ringrazio inoltre per avermi definito quinto e non ultimo.

Ha già un altro libro nel cassetto?

Più di uno.

Esprima un desiderio.

Vedere mio figlio adulto e orientato nella vita. •

Quando paa...arlare diventa faticoso

di Ludovica Mariani

Erano balbuzienti personaggi come Aristotele, Winston Churchill e Giulio Cesare, Darwin, Isaac Newton e persino Mosè oltre ad un certo Demostene che di mestiere faceva l'oratore. La balbuzie resta però ancora un disagio per chi ne soffre,

per alcuni un vero problema che incide fortemente sia nella vita lavorativa sia in quella di relazione. Ma come si affronta e come si cura oggi la balbuzie? Lo chiediamo a Piero D'Erasmo psicopedagoga fondatore e direttore del Centro Italiano Balbuzie "Punto Parola" di Roma (www.balbuzie.info).

Che cos'è la balbuzie?

Diciamo innanzitutto che non è una malattia, ma un disturbo del flusso verbale a causa del quale l'eloquio all'ascoltatore risulta non regolare dal punto di vista della prosodia. È un disturbo multifattoriale dove l'ereditarietà ha una forte incidenza, circa il 75 per cento. Colpisce prevalentemente i maschi con un rapporto di 1 a 3 ed è legata ad una fragilità a livello neuromuscolare che varia da soggetto a soggetto.

Si può diventare balbuzienti da adulti?

È molto difficile. La balbuzie insorge mediamente intorno ai 32 mesi di età. La familiarità come si è detto è piuttosto frequente ma nei primi anni di vita incrocia altri fattori più o meno determinanti, linguistici, psicologici, ambientali. Di balbuzie soffre l'1 per cento della popolazione mondiale ma circa il 5 per cento viene, in qualche misura e in qualche periodo della vita, interessato dal problema.

Ci sono metodi diversi per migliorare o risolvere il problema.

Il primo metodo è quello Antonio, Maria, Francesco, in pratica è il paziente che ti indica la strada da seguire. La balbuzie è un disturbo che tende a modificarsi e a cambiare nel tempo a seconda delle esperienze della persona. Per questo il terapeuta deve essere super attrezzato e avere a sua disposizione una batteria più vasta e articolata possibile di metodiche che

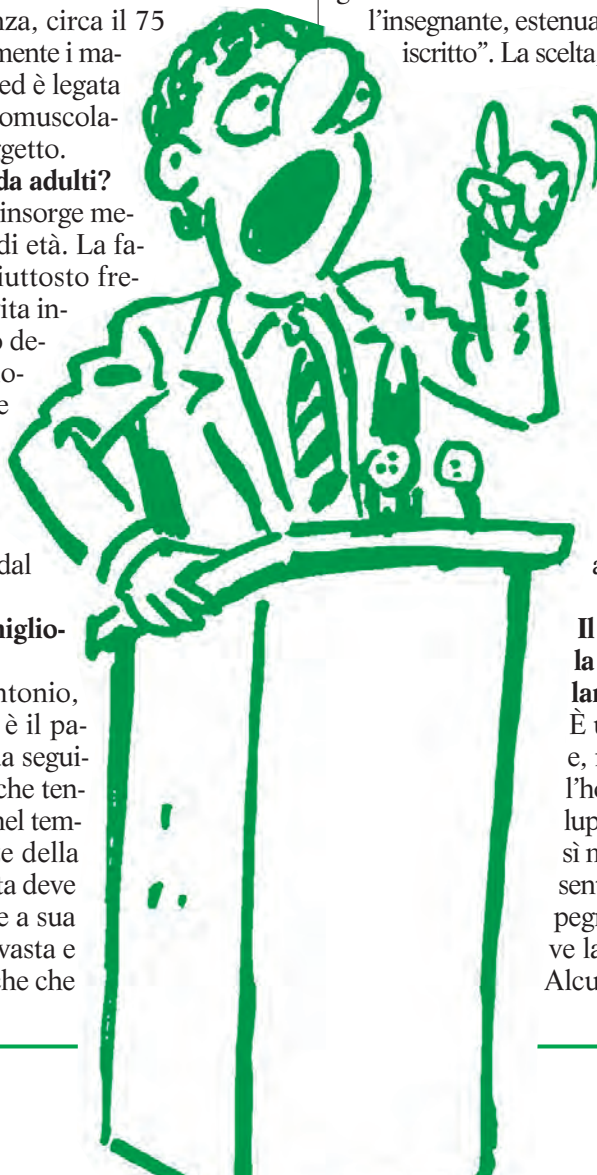
saprà combinare poi in funzione di Antonio, Maria, Francesco. A volte la balbuzie può essere particolarmente resistente, difficile da affrontare.

Ci sono balbuzienti famosissimi, come Paolo Bonolis che ha fatto della ricchezza di linguaggio e della fluidità della parola una delle sue armi migliori, forse la ragione del suo successo. Mai reticente sull'argomento ha più volte dichiarato (come al quotidiano *Avvenire*): "Ne ho sofferto per anni. E balbettavo parecchio. A scuola, nelle interrogazioni ci mettevo secoli a finire una frase. Dopo un po' l'insegnante, estenuato, mi chiedeva di rispondergli per iscritto". La scelta, a dodici anni, di far parte del gruppo teatrale della scuola cambia poi la sua vita: "Recitando mi sono accorto che non balbettavo quando dicevo la mia battuta. Ne parlai con i due registi della compagnia, mi dissero che secondo loro si trattava di un pasticcio psicologico: era come se volessi far uscire tutti i pensieri in una volta. Si creava quindi un ingorgo che mi portava a balbettare. Ho cominciato a fare degli esercizi per imparare a dare spazio sonoro a un pensiero alla volta. Una sorta di autocontrollo mentale. Nel giro di un anno è diventato un automatismo".

La scelta, a dodici anni, di far parte del gruppo teatrale della scuola cambia poi la sua vita: "Recitando mi sono accorto che non balbettavo quando dicevo la mia battuta. Ne parlai con i due registi della compagnia, mi dissero che secondo loro si trattava di un pasticcio psicologico: era come se volessi far uscire tutti i pensieri in una volta. Si creava quindi un ingorgo che mi portava a balbettare. Ho cominciato a fare degli esercizi per imparare a dare spazio sonoro a un pensiero alla volta. Una sorta di autocontrollo mentale. Nel giro di un anno è diventato un automatismo".

Il caso Bonolis, una persona che dalla balbuzie è passato all'opposto, parlare con grande velocità.

È una cosa ricorrente in chi balbetta e, nella mia lunga vita professionale l'ho riscontrato spesso, le persone sviluppano un forte senso della sfida. Così molti balbuzienti diventano rappresentanti o agenti di commercio o si impegnano comunque in un'attività dove la capacità di parola è importante. Alcuni addirittura scelgono la recita-





Lo psicopedagoga
Piero D'Erasmus

zione, il teatro ecc. In realtà tutti coloro che balbettano vogliono parlare non solo bene ma velocemente, ma non tutti ci riescono. Si può migliorare però. Quanto a Bonolis una cosa che colpisce in lui è la proprietà di linguaggio, so che legge tantissimo e questo aiuta ad attuare una strategia molto usata dai balbuzienti che è la sostituzione di parola. Si chiama tattica di evitamento. Naturalmente chi ha una ricchezza di vocabolario e una bella cultura è avvantaggiato. Ma anche in questo caso non è una garanzia: Renzo De Felice era coltissimo ma aveva un balbuzie paurosa.

Le porto un esempio diverso da Bonolis. L'attore Filippo Timi. Quando recita non balbetta mentre riprende a farlo durante le interviste.

Quasi sempre chi balbetta quando imita qualcuno non balbetta più, questo è il meccanismo alla base di ciò che si vede accadere in Timi. Lui poi ha una bellissima autoironia che lo aiuta ad avere un rapporto sano con la sua balbuzie. Anche quel suo dire "tuttoattacato" quando gli capita di inciampare in qualche parola è positivo ma inconsueto perché sottolinea l'errore invece di cercare di nascondere. Ma Filippo Timi non è il solo, molti attori sono balbuzienti, Bruce Willis, Julia Roberts, Gérard Depardieu, anche la Monroe lo era. Succede che quando l'attore è sulla scena è come se smettesse i suoi panni ed entrasse in quelli di un altro. Ma non è molto diverso da quello che fa Bonolis, non è teatro non è cinema ma è comunque spettacolo. Quindi i sistemi, le strategie diciamo, sono tante: imitazione, sostituzione di parole e la strategia delle strategie che è il silenzio. Gli attori in questo sono molto abili, sfruttano le pause, prendono tempo e lì tutto all'insegna del supremo comandamento di ogni balbuziente che è il non balbettare.

Durante la terapia portate all'attenzione dei vostri pazienti l'esempio di personaggi balbuzienti e pure di successo?

È un momento molto bello che un tempo si chiamava la pedagogia dell'eroe, dà molta forza alle persone e aiuta

**Bonolis legge tantissimo
e questo lo aiuta ad attuare la strategia
della sostituzione di parola**

Molti attori sono balbuzienti: Filippo Timi, Bruce Willis, Julia Roberts, Gérard Depardieu

a non considerare la balbuzie come un elemento di per sé limitante. L'esempio che abbiamo fatto prima di Timi è molto utile. Vive la sua balbuzie in modo intelligente, risulta simpatico e allenta la tensione e lo stress in chi lo vede. È già diverso per quelli che affrontano la balbuzie con la modalità dell'evitamento e tendono a sviluppare un linguaggio molto strano mettendo in una frase o un discorso tante parole per evitare quella o quelle che creano difficoltà. È una questione di tecniche che non gli sono state insegnate e lavoro psicologico che non è stato fatto. In realtà i soggetti che riescono a dire tante parole per evitarne una dimostrano di avere una fragilità neuromuscolare di base non eccessiva. Quindi con un po' di lavoro tecnico e psicologico si potrebbe migliorare. Tra questi ci sono anche personaggi pubblici che vanno in televisione ma che non ammettono la balbuzie neppure intervengono. Io durante la terapia faccio vedere alcuni filmati ai miei pazienti e poi chiedo: cosa avete provato? Un senso di fastidio, un'ansia che aumentava, mi rispondono. Diverso quando mostro, che so, un'intervista di Timi. La reazione comune è che l'attenzione è spostata dalla balbuzie a lui come persona.

Si guarisce dalla balbuzie?

A livello psicologico può essere superata totalmente, a livello fisico si può migliorare tanto da riprendere in mano il proprio progetto di vita, riprendere a studiare, lavorare, avere normali rapporti sociali e affettivi. Se il miglioramento serve a ricominciare a vivere non è cosa da poco, si può parlare di guarigione anche in questo caso. •



L'homepage del sito web del Centro Italiano Balbuzie
"Punto Parola" di Roma, www.balbuzie.info

Il fascino del Sol Levante

Tutto è transitorio e definitivo in queste metropoli sopravvissute alle bombe, alle epidemie, alle recessioni. Il Giappone è uno dei paesi più sicuri e puliti del mondo



Tokyo notturna

testo e foto
di Mauro Subrizi

Sono poche le persone al mondo a non essere state in qualche modo influenzate dalle idee, dalla cultura e dall'economia giapponesi, eppure il Giappone resta sotto molti aspetti un enigma. Occidentalizzato, ma diverso da ogni Paese occidentale, asiatico, ma molto lontano dalle altre società asiatiche, il Giappone è un Paese unico, nel quale si fondono tradizione e modernità.

La "Jap Mania" è il desiderio di Sol Levante che imperversa in tutte le arti del vecchio continente e che è

diventato uno stile di vita: l'incursione massiccia di sushi, sashimi e sakè nelle nostre abitudini alimentari è soltanto il segno più visibile di questa adesione. Lo sguardo rivolto al Giappone che da oltre un decennio influenza il design, l'architettura, la grafica, l'abbigliamento e ci porta persino corsi di giardinaggio bonsai, di teatro Kabuki e di arti marziali, indica certamente un effetto della globalizzazione, ma anche la ricerca di un apparentamento più profondo con la patria del pensiero Zen. Dietro alle linee eleganti e sobrie che rappresentano l'ideale estetico giapponese c'è infatti tutta

la saggezza di uno sguardo antico che riesce a fermare fotogrammi di bellezza in un mondo in continua trasformazione. E la trasformazione è in corso: per quanto an-

cora seconda potenza economica mondiale dopo gli Stati Uniti, si ritrova nella crisi più profonda dalla fine della guerra. Oggi il Sol Levante vive una stagione di deflazione, crescita negativa – nonostante una timida, per ora ininfluente ripresa negli ultimi due trimestri – e, inaudito, disoccupazione (5,2 per cento). Tutto questo ha portato ad un cambiamento storico: la sconfitta politica alle elezioni dello scorso 30 agosto del Partito Liberaldemocratico, che aveva promesso pace sociale e sviluppo costante, e soprattutto un impiego a vita per tutti i giapponesi.

Dieci anni di black out economico hanno alterato la percezione delle nuove generazioni, che non credono più al lavoro come dedizione e valore assoluto. I giovani hanno scoperto l'ebbrezza del "qui e ora", del piacere da consumare, intenso e rapido. Mode appena nate e già morte. Tutto è transitorio e definitivo in queste metropoli sopravvissute alle bombe, alle epidemie e alle recessioni.

Palazzo imperiale



Sono i protagonisti dei cartoni giapponesi a dettare il nuovo look dei giovani di Tokyo. Sciami sgargianti di ragazzine in stile Barbie-sexy, le acconciature ispirate alle eroine dei fumetti manga: accessori, peluche, pose infantili, si muovono sempre in branco.

A Tokyo non c'è soluzione di continuità, il giorno è come la notte: i neon sostituiscono il sole, l'energia non cambia, cambiano le comparse, la stravaganza esce allo scoperto. Se avete deciso di dedicarvi a un tour serale, la scelta è infinita. Tra le atmosfere al confine tra *Blade Runner* e *Disneyland*, i locali pop, jazz, techno, le vie e i grattacieli tappezzati da giganteschi manifesti e da videoclip pubblicitari.



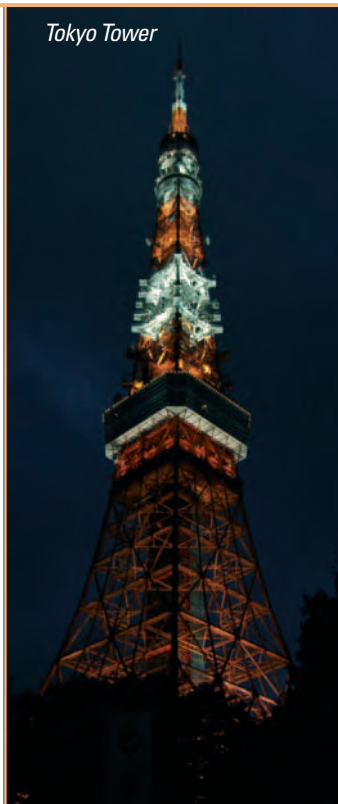
TOKYO CENTRALE

L'area che si sviluppa a nord-ovest del fiume Sumida è il cuore di Tokyo da quando il primo Shogun, Ieyasu, vi costruì il suo castello, oggi sostituito dal Palazzo imperiale. Colpita da una serie di disastri, compreso il grande terremoto del Kanto del 1923 e le bombe alleate della II Guerra mondiale, l'area è stata costretta a rinnovarsi e reinventarsi continuamente. Ginza e Nihonbashi furono importanti centri commerciali e conservano oggi il carattere vitale di un tempo: un dedalo di grandi magazzini e di boutique di alta moda. Akihabara è ideale per chi è a caccia di materiale informatico ed elettronico a prezzi competitivi; Jinbocho per i libri e il mercato del pesce di Tsukiji per fare la spesa il mattino presto. L'importanza politica di Tokyo centrale si respira nei quartieri di Hibiya e Marunouchi; mentre la religione trova la sua espressione nei due santuari di Kanda e Yasukuni. Nella zona non mancano tranquille e rigogliose aree verdi. Da vedere tra gli edifici storici: **Palazzo della Dieta, Palazzo imperiale, Teatro Kabuki-za**. I santuari di **Yasukuni** e **Kanda Myojin** e tra gli edifici di architettura moderna, la **Torre di Tokyo** e il **Tokyo International Forum**.

TOKYO SETTENTRIONALE

I quartieri settentrionali di Ueno e di Asakusa conservano quello che resta dell'antica città bassa di Tokyo.

Tokyo Tower



Un tempo anima e fulcro della cultura del periodo Edo. Qui i mercanti ed artigiani fecero fortuna e divennero popolari il teatro Kabuki e il quartiere di cortigiane Yoshiwara, situato vicino ad Asakusa. Ueno ed Asakusa sono i quartieri ideali per passeggiare e dare un'occhiata in giro. La vita ad Asakusa ruota intorno al tempio Sensoji, che ospita molti negozi lungo l'ingresso principale. Ueno è dominato da un vasto parco in cui si trovano, tra gli altri, il **Museo Nazionale** e il **Museo Shitamachi**. In questa parte di Tokyo è gradevole fare acquisti.

TOKYO OCCIDENTALE

Shinjuku e Shibuya, i due centri della Tokyo occidentale, a tre fermate l'uno dall'altro sulla linea Yamanote, diventarono po-

polari dopo il terremoto del 1923. Questa è la parte nuova della città, vitale ed energica, in costante cambiamento, molto diversa dai quartieri più tradizionali della parte centrale e settentrionale di Tokyo. La zona è punteggiata di strutture moderne, dalle magnifiche **Torri gemelle** che ospitano il governo municipale a ovest di Shinjuku alla nuovissima **Cocoon Tower**, realizzata dall'architetto Kenzo Tange nell'ottobre 2008. Shibuya è l'epicentro dell'alta moda giapponese. I club cosmopoliti di **Roppongi**, i bar, i locali con musica dal vivo e le insegne al neon animano la vita notturna della zona. In questi quartieri moderni i siti storici sono scarsi. Tuttavia si possono visitare il santuario **Meiji** e il vicino **Museo della Spada**.

CONSIGLI PER IL VIAGGIATORE

Il Giappone è uno dei paesi più sicuri e più puliti al mondo. È difficilissimo che possiate avere dei problemi riguardanti la sicurezza personale. La cortesia nipponica è addirittura imbarazzante e altrettanto la disponibilità nei confronti dei turisti.

Per chi vuole affittare una macchina è bene ricordare che il traffico è molto intenso, il senso di marcia è inverso a quello italiano e, soprattutto, per guidare è necessario farsi tradurre in giapponese la patente negli uffici della Japan Automobile Federation. •

CLÄY. LIBERTY A BOLZANO

BOLZANO – fino al 19 dicembre 2009
Esposte le opere dei grandi maestri dello Jugendstil bolzanino tra fine XIX e inizio XX secolo da Carl Moser, a Alois Delugg, ai fratelli Stolz, ad Anton Hoffer. In mostra anche arredi dell'epoca.

Palazzo Mercantile
telefono: 0471 979711
www.comune.bolzano.it

BOLDINI NELLA PARIGI DEGLI IMPRESSIONISTI

FERRARA – fino al 10 gennaio 2010
A differenza delle precedenti rassegne questa mostra è dedicata al periodo trascorso dal pittore a Parigi e ricostruisce gli influssi sulle sue opere degli impressionisti Degas, Monet e Renoir.

Palazzo dei Diamanti
telefono: 0532 244949
www.palazzodiamanti.it

IL MONDO DI QUENTIN BLAKE

GENOVA - fino al 10 gennaio 2010
Per la prima volta in Italia una rassegna dedicata all'opera di Quentin Blake, il più grande illustratore inglese, con oltre cento tavole originali, realizzate soprattutto ad acquerello.

Museo Luzzati a Porta Siberia
telefono: 010 2530328
www.museoluzzati.it

CHAGALL E IL MEDITERRANEO

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

Palazzo Blu
telefono: 050 500197

DA REMBRANDT A GAUGUIN A PICASSO

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

Castel Sismondo
telefono: 0422 429999
www.lineadombra.it

CAPOLAVORI DELLA MODERNITÀ. OPERE DALLA COLLEZIONE DEL KUNSTMUSEUM WINTERTHUR

ROVERETO (TN)
fino al 10 gennaio 2010
Oltre duecento capolavori assoluti della storia dell'arte del XX secolo dalle collezioni del museo svizzero Kunstmuseum Winterthur.

MART – Museo d'arte moderna e contemporanea
telefono: 046 4438887
www.mart.trento.it

EDWARD HOPPER

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

Palazzo Reale
telefono: 0445 230304
www.arthemisia.it

TELEMACHO SIGNORINI E LA PITTURA IN EUROPA

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

Palazzo Zabarella
telefono: 049 8753100

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

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

Palazzo Strozzi
telefono: 055 2645155
www.fondazionepalazzostrozzi.it

MICHELANGELO ARCHITETTO A ROMA

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

Musei Capitolini
Palazzo Caffarelli, piazza del Campidoglio
telefono: 060608



Wassily Kandinsky
Studio per "Improvisazione 8", 1910, olio su cartone

Artisti nell'obiettivo di grandi fotografi

L'esposizione, nata da un progetto di Massimo Minini, presenta duecento immagini che ritraggono i volti dei più significativi artisti contemporanei, italiani e internazionali

di Serena Bianchini

“Un mondo che aiuta l'altro a completarsi”, è la frase che probabilmente sintetizza il progetto United Artists of Italy, “Artisti nell'obiettivo dei grandi fotografi” di Massimo Minini, colto e stimato gallerista che porta in Italia per la prima volta una mostra già riuscita e collaudata al Musée d'Art Moderne di Saint-Etienne Metropole e al Palais des Beaux Arts di Bruxelles. Duecento immagini scattate da ventidue dei più importanti fotografi italiani ai più interessanti artisti contemporanei, italiani e stranieri, attivi dagli anni '60 ad oggi. È ospitata fino al 31 gennaio 2010 dalla Fondazione Stelline di Milano, un ex convento legato da anni all'arte contemporanea, che presta alla mostra due grandissimi spazi allestiti con pannelli grigi che richiamano i colori dei duecento scatti, rigorosamente tutti in bianco e nero, raggruppati per fotografi. Inizialmente concepita come una esposizione di soli ritratti italiani d'artista, con il tempo la collezione si è arricchita di ritratti di fotografi

eseguiti da altri colleghi, come per Ferdinando Scianna ripreso da Ugo Mulas, e di volti di scrittori come Moravia, Sciascia, Calvino e Pasolini. Passando in rassegna ogni volto e ogni immagine, risulta facile fare un confronto tra i diversi metodi ma soprattutto si crea una sorta di competizione tra fotografi, una sfida a colpi di

intensità delle emozioni: Mario Merz l'artista degli igloo e dei neon con le successioni di Fibonacci - fotografato da Ugo Mulas, Claudio Abate e Paolo Mussat Sartor - come potrà apparire? Lo stesso artista, ritratto da fotografi diversi e spesso dallo stile opposto, mostrerà diverse storie, diversi destini. L'immagine di Giorgio De

Aurelio Amendola, Giorgio De Chirico, Venezia, 1972, fotografia a colori, 40x40cm Copyright ©Aurelio Amendola, courtesy Massimo Minini



Mimmo Jodice, Alberto Burri, 1978, stampa ai sali d'argento, 35x49 cm Copyright ©Mimmo Jodice, courtesy Galleria Massimo Minini



Claudio Abate, Jannis Kounellis, ritratto, 1989, fotografia ai sali d'argento, 40x30 cm, Copyright ©Claudio Abate, courtesy Massimo Minini

Chirico, prima serio e poi con sguardo sornione in gondola nel Canal Grande, è accanto alla foto di Lucio Fontana, che inquadra solo il suo braccio e la mano che stringe il taglierino pronta a sferrare il colpo alla tela che gli è davanti.

Non esiste una sintesi per questa mostra, non si richiede di nominare un vincitore, c'è piuttosto la constatazione di un completamento di due mondi apparentemente diversi, la certezza di trovarsi davanti alla narrazione della storia dell'arte italiana dell'ultimo secolo; una storia che doveva essere fatta di incontri, chiacchierate tra galleristi e artisti, negli studi ma anche nei bar, tra risate e magari anche critiche. E il completamento dei due mondi ci è regalato dall'imponente e annoso lavoro di Massimo Minini che ha archiviato, messo in ordine per generi, categorie, periodi, grandezze, impostando così una grandissima collezione che crea una storia del contemporaneo. •

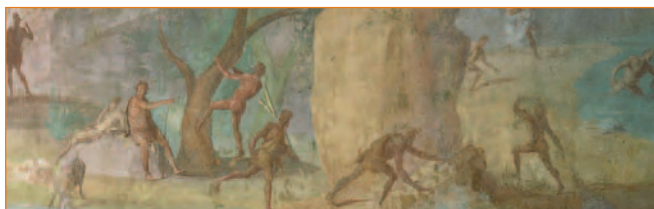
Roma. La pittura di un Impero



di Riccardo Cenci

Iniziarono nell'età tardo antica gli scavi nell'area del Fayyum, ad opera degli abitanti del luogo, probabilmente a scopo medicinale, per ricavare quella polvere di mummia usata all'epoca nel trattamento dei problemi di circolazione e solo secondariamente per rifornire i rari viaggiatori di reperti archeologici. L'intensa campagna di scavi intrapresa in Egitto dai francesi e dagli inglesi all'inizio del XIX secolo cambia totalmente le sorti di un sito oggi fra i più noti al mondo. La scoperta dei ritratti funerari del Fayyum, solo qui eccezionalmente conservati grazie a condizioni climatiche particolarmente favorevoli, apre uno squarcio in un mondo altrimenti in gran parte scomparso. La galleria di volti che chiude la mostra "Roma. La pittura di un Impero", allestita nelle Scuderie del Quirinale per celebrare i dieci anni di que-

Un trionfo di colori alla mostra che si tiene alle Scuderie del Quirinale fino al 17 gennaio. Un evento che restituisce al dipinto il ruolo centrale che ricopriva nell'arte romana



sto spazio espositivo, non può non destare il nostro stupore per la superba qualità pittorica, per l'intensità dell'espressione, in definitiva per quella particolare vicinanza all'umano che caratterizza l'arte romana. L'uso di coprire la testa del defunto mummificato con un ritratto si afferma in Egitto nel I secolo d.C. e resta pratica diffusa per circa due secoli. La rappresentazione dettagliata degli abiti, dei gioielli e delle acconciature, grazie al confronto con oggetti analoghi ritrovati in altre zone dell'impero, permette una collocazione cro-

nologica precisa. Testimoniando questi ritratti l'attaccamento alla realtà dell'esistenza, la volontà di proiettare il ricordo oltre la morte mediante una raffigurazione dei tratti individuali il più possibile aderente al vero. Indagini cliniche approfondite, portate avanti dagli studiosi mediante l'uso della T.A.C., hanno dimostrato una sostanziale corrispondenza fra l'età del defunto e la raffigurazione il che, se da un lato conferma un'aspettativa di vita all'epoca molto bassa, dall'altro lascia irrisolto un quesito sulla realizzazione dei di-

pinti; ovvero se gli stessi venissero eseguiti quando il committente era ancora in vita, o dopo la sua morte, per essere portati nella processione funebre ed in seguito consegnati all'imbalsamatore. In ogni caso queste immagini ci parlano con un'immediatezza unica, appena venata da un accenno di malinconia al quale non possiamo sottrarci poiché come scrive Chateaubriand: "Tutti gli uomini provano una segreta attrazione per le rovine per una sottile corrispondenza fra i monumenti distrutti e la fugacità della vita umana che consola la nostra piccolezza". E proprio di questa fugacità, ma allo stesso tempo della persistenza del mondo antico nelle vicende contemporanee, ci parla questa mostra, che abbiamo voluto affrontare partendo dalla fine, in un viaggio a ritroso che è quasi una metafora del ricercare le nostre origini risalendo il corso del tempo. Il percorso espositivo-

vo conduce lo spettatore attraverso la penombra (il prezioso allestimento è curato da Luca Ronconi), donando il piacere della scoperta improvvisa, come accade ad un archeologo il quale, dopo anni di ricerche, incontri finalmente il frutto delle proprie fatiche, fino alle sorgenti della creatività occidentale, lì dove tutto è iniziato. Se della pittura greca possiamo solo intuire la grandezza, se i nomi di Polignoto, Zeusi ed Apelle restano avvolti da una nebbia impenetrabile, l'opera degli artisti romani ci consegna un'eco di quella stagione straordinaria, un riflesso che percorre l'intera storia della nostra arte a partire dal Rinascimento, e forse anche da prima. Se infatti la scoperta della Domus Aurea e dei suoi tesori, avvenuta alla fine del Quattrocento, ebbe un impatto universalmente riconosciuto sugli artisti, i quali si trovarono di fronte prodigi pittorici dei quali non avevano sentore, meno considerato è ad esempio il possibile debito di Giotto nei confronti dell'arte romana, argomento che richiederebbe un'attenzione maggiore da parte degli studiosi. La mostra ha inoltre il pregio di restituire alla pittura quel ruolo di preminenza che noi moderni abbiamo attribuito alla scultura, in virtù di un criterio puramente numerico, aggrappandoci esclusivamente alla quantità delle opere superstiti. L'allestimento mette in evidenza il cromatismo di un mondo sovente

immaginato in bianco e nero, nel quale il quotidiano trascolora nel mito, come nelle pitture della villa di via Graziosa ispirate all'Odissea, caratterizzate da uno stile che molti hanno definito "impressionistico", o sfuma nell'onirico, come nelle sublimi decorazioni della villa Farnesina. Probabilmente, in quest'ultimo caso, ci troviamo di fronte ad una personalità creativa ben precisa, l'unica giudicata degna di menzione da parte di Plinio, quel Ludius (o Studius secondo un'altra grafia), capace di impressionarci con la peculiarità del proprio stile, caratterizzato da una notevole freschezza esecutiva. Le figure che animano i suoi paesaggi fantastici sembrano emergere da una nebbia indistinta, fluttuare nell'aria senza un punto di riferimento, ignorare qualsiasi connotazione spaziale ben precisa; e proprio in questa vocazione sognante ed immaginifica va cercata l'originalità dell'arte romana, al di là dello stereotipo di una supina sudditanza nei confronti dei modelli ellenistici. Nel lusso della propria domus, il patrizio romano ama immaginarsi alla stregua di un Dio, circondato da rappresentazioni capaci di trasportarlo in una dimensione ideale. L'impaginazione realistica delle pitture cede lentamente il passo ad una vocazione astratta, quasi surreale nel suo trascendere i canoni del naturalismo, animata da impulsi di sorprendente modernità. •



UN FARMACO INSOLITO, LA POLVERE DI MUMMIA

Gli antichi attribuivano ad un composto di pece ed asfalto proveniente dai paesi orientali qualità medicinali particolarmente efficaci nel trattamento delle ferite e delle contusioni, nonché della tosse e dell'asma. La scoperta che tale composto era simile alla materia usata dagli Egizi per l'imbalsamazione dei cadaveri, diede inizio ad un vero e proprio sfruttamento delle mummie a fini farmacologici. La richiesta di questo prodotto divenne sempre più pressante a partire dal XVI secolo, spingendo individui senza scrupoli all'acquisto dei corpi imbalsamati che, una volta ridotti in polvere, venivano immessi sul mercato occidentale. Tale pratica andò avanti a lungo, finché i progressi della moderna medicina spensero l'interesse per questo "farmaco" davvero originale.

Un anno di "made in Italy"

di Maricla Tagliaferri

Bene. Arriva il freddo e torna il tempo del piacevole tepore dei cinema. E forse finalmente non sarà una stagione in cui rincorrere affannosamente titoli interessanti che si accavallano e scompaiono rapidamente, scalzati da kolossal americani

prepotenti e invadenti. Il che, però, non è una bella notizia per l'industria che sforna meno blockbuster solo per colpa della crisi economica, lasciando spazio, in compenso, a prodotti indipendenti, nuovi nomi, divi futuri. Sono davvero pochi, nella prossima stagione, i film a grosso budget e le major companies li centellinano calibrando le uscite. Per esempio, l'attesissimo "Avatar", il ritorno al lavoro del regista James Cameron a undici anni di distanza dal miliardario "Titanic". Doveva uscire ai primi di dicembre, poi per Natale, ormai è deciso che uscirà il 22 gennaio. Un film complicato, innovativo, in 3D ed effetti speciali che cambieranno, dicono, il modo di intenderli. E ci mancherebbe anche questo, coi 237 milioni di dollari che è costato per raccontare un mondo alieno in pace con la natura minacciato dagli umani. Stessa sorte di rimandi è toccata a "Shutter Island" di Martin Scorsese, che di nuovo chiama Leonardo Di Caprio per questo noir tratto dal romanzo di Dennis Lehane.

Annunciato per ottobre, non lo vedremo fino a febbraio 2010. Incerta anche la data di uscita di "Alice nel paese delle meraviglie", culmine visionario di Tim Burton, al suo settimo incontro con Johnny Depp, al quale ha riservato il ruolo del cappellaio matto.

Sulla carta sarà invece una bella stagione per il cinema italiano, che affronta temi pesanti del passato, dal terrorismo di "La prima linea" di Renato De Maria con Riccardo Scamarcio tratto da un libro di Sergio Segio a quello di "Il sorteggio" di Giacomo Campiotti, che per la prima



**La prossima stagione
i blockbuster saranno davvero pochi.
Le major centellinano i film a grosso
budget calibrando le uscite**

volta racconta quegli anni dal punto di vista del cittadino comune. Dal racconto della strage di Nassirya "Venti sigarette", firmato dall'unico supersite, Aureliano Amadei, al risorgimento di Mazzini di Mario Martone in "Noi credevamo".

In generale il nostro cinema sembra farsi più pensoso anche quando confeziona commedie. Per dire, Carlo Verdone, sugli schermi a gennaio, diventa missionario in "Io loro e Lara", per raccontare ridendo, insieme a Laura Chiatti, le miserie di una società egoista. E perfino un simbolo della risata sgangherata come Christian De Sica si fa crescere capelli e barba grigi per il suo primo ruolo drammatico in "Il figlio più piccolo" di Pupi Avati. Mentre il giovane Silvio Muccino, alla sua seconda prova di regia, con "Un altro mondo", racconta la crescita della sua generazione, più matura degli scapestrati Peter Pan immortali dal fratello Gabriele in "L'ultimo bacio", che torna a visitare dieci anni dopo in "Baciami ancora", per vedere che hanno combinato nel frattem-

po. Sarà interessante, a primavera, il confronto a distanza dei due Muccino. Tranquilli, comunque, perché non mancherà la leggerezza: da quella di "La prima cosa bella" di Paolo Virzì a quella di "Io e Marilyn" di Pieraccioni, dai Vanzina che si rifanno a Frank Capra con "La vita è una cosa meravigliosa" a Giovanni Veronesi che chiama Luciana Littizzetto per "Genitori e figli: agitare prima dell'uso". Senza poter evitare Federico Moccia, già nei cinema con "Amore 14", ma di ritorno, a febbraio, con "Scusa ma ti voglio sposare", di nuovo con Raoul Bova. •

L'organo, re degli strumenti musicali

di Piero Bottali

Settecento anni fa il poeta e compositore francese Guillaume de Machaut (o Machault) definì l'organo il “re degli strumenti musicali”, ma nel Romanticismo, coi suoi eccessi passionali e le sue svenevolezze, l'idioma dell'organo parve

inadeguato e da ‘re’ fu declassato sprezzantemente a “dinosauro degli strumenti” con riferimento sia all’ingombro sia al rischio di estinzione. Si faceva notare che l'organo aveva ispirato la più bella musica strumentale del periodo barocco ma dal 1750 solo rarissimamente aveva attirato compositori di prima grandezza e fama. Oggi questa ristretta visione è stata cassata dai lavori di Messiaen, Hindemith e del ‘trasgressivo’ Schönberg. Noto è anche il fatto che questo strumento, più che bimillenario, sia sopravvissuto senza subire sostanziali cambiamenti. Ad inventarlo furono i greci, che lo chiamarono *hydraulos* per via dell'aria che arrivava alle canne sonore spinta/espulsa con forza da un serbatoio nel quale veniva immessa acqua poi compressa tramite un pistone. I romani utilizzarono la voce possente dell'*hydraulos* per i loro orrendi ‘giochi’ nei circhi nei quali esseri umani venivano massacrati nelle maniere più fantasiosamente crudeli. Com'è fatto un organo? Nella sua struttura fondamentale si tratta di un meccanismo relativamente semplice. Il principio-base è quello di un tasto che, premuto, apre una valvola che fa passare aria forzata in un tubo tronco-cilindrico fornito di ‘spigolo’ acutissimo sul quale la sottile lama di aria compressa urta producendo il suono. Il principio - ci sia consenti-

ta la forse eccessiva semplificazione - è quello del fischietto, cui fra l'altro il tubo dell'organo assomiglia. L'aria ovviamente è spinta da un mantice azionato da inservienti. Un organo-tipo possiede perlomeno due tastiere e una pedaliera. Ogni tastiera controlla una sezione a sé stante. Ogni sezione a sua volta ha una serie di canne, chiamate registri, che possono essere usati insieme o separatamente tirando gli opportuni pomelli situati sulle tastiere stesse. Ciascun registro produce un particolare timbro corrispondente ad uno strumento musicale, ma esistono registri chiamati *vox humana* e persino *vox angelica*. Si possono naturalmente combinare vari registri ottenendo quegli effetti portentosi che conosce chiunque abbia assistito ad un concerto d'organo di Bach. Ma ciò che lo ha fatto definire “re degli strumenti” è il fatto di possedere, unico fra tutti i dispositivi musicali esistenti, un'estensione di sette ottave (tessitura, in termini musicali), dalla inferiore al limite degli infrasuoni fino alla superiore al limite degli ultrasuoni. Un grande organo barocco con le sue gigantesche canne ‘basse’ non emette solo musiche percettibili dall'apparato uditivo umano ma crea suoni e vibrazioni ‘sublimi’ in senso letterale, cioè che ‘sconfinano oltre il limite’ della percezione diretta. Tutto ciò provoca una qual ‘risonanza’ nella

cavità della gabbia toracica dell'ascoltatore suscitando emozione, commozione, un senso di pienezza e di immensità infinita.

Nel Medioevo fu inventato l'organo portatile (erroneamente chiamato ‘portativo’ alla francese), un piccolo strumento sostenuto da una tracolla: il musicista con una mano correva sui tasti e con l'altra pompava l'aria del mantice. Venne usato fino al 19° secolo nelle funzioni itineranti e processionali. •





ALCUNE DOMANDE SUL MIO FUTURO

Illustre Presidente,
vorrei avere, se possibile, qualche
elemento “quantitativo” e tempo-

rale riguardo il mio futuro.

Laureato nel '77 ho cominciato a lavorare come medico di guardia Inam nello stesso anno (durata circa due anni); ho lavorato, nel frattempo, due o tre anni come Medico di Guardia in una casa di cura convenzionata e nove mesi come sostituto notturno in una Condotta medica.

Nel 1978 ho avuto la convenzione con i disciolti Enti mutualistici ed ho proseguito con il Ssn fino a tutt'oggi, dapprima con un numero limitato di scelte (750), poi con 1000 e, da qualche anno con 1400 scelte. Negli anni '80, ho lavorato anche in una Asl per qualche anno con il vecchio contratto Sumai, del quale periodo, dovendo acquistare casa, mi sono fatto restituire i contributi versati. Ho riscattato i sei anni di laurea.

Ti chiedo: quando potrò usufruire della pensione, una volta risolto il mio rapporto con il Ssn? E di quale tipo? E di quale entità, facendo salvo l'attuale livello retributivo?

Ultima domanda: avendo intenzione di continuare a lavorare, per i motivi suesposti e anche perché “mi piace fare il medico” e non amo stare a casa “senza fare nulla”, tale mia decisione influirà sul livello quantitativo della mia pensione?

Un saluto cordiale.

(lettera firmata)

Caro Collega,
presso il Fondo dei Medici di Medicina Generale risultano accreditati in tuo favore contributi previdenziali dal 1977 ad oggi, per un importo complessivo pari a euro 165.253,56.

Per accedere al trattamento pensionistico di anzianità dovrai attendere solo il compimento del 58° anno di età, in quanto gli altri requisiti richiesti dalla normativa attualmente in vigore (35 anni di anzianità contributiva e 30 di anzianità di laurea) sono stati da Te già raggiunti.

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° aprile 2010 e l'importo che ti verrebbe erogato a carico del Fondo in parola sarebbe pari a circa euro 27.200,00 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 23.100,00 annui lordi e ad una indennità di circa euro 60.300,00 lordi.

Qualora, invece, decidessi di proseguire l'attività in convenzione fino al compimento del 65° anno di età, l'importo che ti verrebbe erogato a tale data sarebbe di circa euro 43.400,00 annui lordi mentre, optando il trattamento misto, la pensione sarebbe pari a circa euro 36.900,00 annui lordi e l'indennità in capitale di circa euro 78.900,00.

Ti faccio presente, inoltre, che le pensioni Enpam sono interamente cumulabili con gli ulteriori redditi prodotti dal titolare della prestazione. Pertanto, qualora

dopo il pensionamento volessi continuare ad esercitare la professione, la pensione ti verrebbe comunque corrisposta interamente.

Con riferimento, infine, alla tua attività di medico condotto, ti faccio presente che i relativi contributi erano stati accreditati in tuo favore presso il Fondo degli Specialisti Ambulatoriali e, a seguito di domanda presentata nel dicembre 1988, ti sono stati restituiti.

Ti saluto cordialmente.

Eolo Parodi



HO DIVERSE DOMANDE DA SOTTOPORRE

Caro Presidente,
laureato nel 1980, iscritto all'Albo dei medici dal gennaio 1981, ho iniziato l'attività come medico volontario presso lo S.O.S. Croce Bianca, dal 1° agosto 1980 al 31 agosto 1980 senza responsabilità diretta in quanto non ancora in possesso dell'abilitazione; dal mese di settembre 1980 come medico interno a rapporto libero-professionale sino al mese di agosto del 1981 presso il Policlinico di X. Ho prestato precario servizio presso gli ambulatori dell'Istituto Nazionale Infortuni per giorni 13 (per complessive 41 ore).

Ho prestato consulenza tecnica presso la Pretura Sezione-Lavoro negli anni '83, '84, '85, '86, per numero 49 cause. Sostituzione come medico condotto e ufficiale sanitario nei giorni 20, 21, 22 gennaio 1982 in Sardegna. Tirocinio straordinario presso l'Istituto d'Igiene dal 1° settembre 1981 al 28 febbraio 1982. Guardia medica notturna e festiva per complessive 3421 ore (dal 21 dicembre 1981 sino al 30 luglio 1984) in qualità di titolare presso un'Unità Sanitaria Locale dal 1° agosto 1984 sino al 30 giugno 1990, per circa 7800 ore. Sostituzione di sei mesi di medicina di base dall'aprile all'ottobre 1987. Medico titolare di medicina di base dal 4 novembre 1987 a tutt'oggi. Nel novembre del 2007 ho inviato la domanda di riscatto degli anni di laurea. Volendo andare in pensione a 62/63 anni, a quanto ammonterebbe la mia pensione? Posso optare per la conversione in capitale del 15% della pensione maturata? Quanto sarebbe l'indennità erogata in un'unica soluzione ed il rateo pensionistico residuo? Qualora decidessi di proseguire fino ai 65 anni, come sarebbe il mio trattamento pensionistico? Ringraziandoti anticipatamente, ti invio cordiali saluti.

(lettera firmata)

Caro collega,
dall'attuale posizione pre-

videnziale presso il Fondo dei Medici di Medicina Generale risultano accreditati versamenti contributivi pari ad euro 141.506,32, dal febbraio 1982 al febbraio 2008.

In relazione al pensionamento anticipato, ti faccio presente che, per soddisfare il requisito dei 35 anni di versamenti contributivi al Fondo, dovrai perfezionare il riscatto dei 6 anni di laurea, del quale hai iniziato i versamenti a dicembre del 2008; in tal modo, matureresti la prescritta anzianità contributiva a febbraio del 2011.

Tuttavia, in ottemperanza alle disposizioni recate dalla L. 449/97, che prevedono un differimento del godimento della pensione rispetto alla data di raggiungimento dei requisiti (le c.d. "finestre di uscita"), il trattamento ti verrebbe effettivamente erogato dal 1° ottobre dello stesso anno, data nella quale, peraltro, avrai anche maturato il requisito dei 30 anni di anzianità di laurea e quello relativo all'età anagrafica. L'importo della prestazione è stato stimato in circa euro 2.100,00 mensili lordi.

Come richiesto, potresti optare per la conversione in capitale del 15% dell'importo maturato a titolo di pensione. In tale ipotesi ti sarebbe riconosciuta, una tantum, un'indennità di circa euro 52.000,00 lordi, con un rateo mensile residuo di

circa euro 1.700,00 lordi. In alternativa, a 65 anni Ti verrà erogata la pensione di vecchiaia che, a differenza di quella di anzianità, non risente di alcun coefficiente di riduzione. Di seguito ti comunico le stime effettuate circa l'importo in erogazione a quella data, con e senza il beneficio da riscatto.

Nell'ipotesi in cui non effettuassi i versamenti volontari, ti verrebbero accreditati mensilmente circa euro 2.300,00 lordi. Con la conversione in capitale, l'indennità in unica soluzione sarebbe di circa € 50.000,00 lordi e la prestazione mensile residua scenderebbe a circa euro 1.900,00 lordi.

Nell'eventualità, invece, di completa adesione al riscatto, il rateo mensile sarebbe di circa euro 2.700,00 lordi. Il 15% della pensione maturata corrisponderebbe, in tal caso, ad un capitale di circa euro 58.000,00 lordi ed il trattamento restante sarebbe pari a circa euro 2.300,00 lordi mensili.

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

Ti saluto cordialmente.

E. P.



QUALE È LA MIA POSIZIONE PREVIDENZIALE?

Egregio presidente, iscritto all'università nel novembre 1968, dal 1974 ho esercitato la libera professione come generico e poi dipendente di una casa di cura, per poi esercitare come anestesista a tempo pieno nel Ssn dal 1979 fino ad oggi. Prevedo di andare in pensione nel 2011, con quarant'anni di contribuzione. Qual è la mia situazione con l'Enpam? In particolare che pensione avrò? E a che età?

Ti ringrazio dell'attenzione.

(lettera firmata)

Caro Collega, preliminarmente devo precisarti che i quesiti pensionistici rappresentati nella tua nota, concernenti la tua attività di medico anestesista dipendente del Ssn, dovranno essere posti presso la sede Inpdap di competenza, dove confluiscono i relativi contributi previdenziali. Per quanto riguarda, invece, la tua posizione presso l'Enpam, ti informo che il Fondo di Previdenza Generale ("Quota A" e "Quota B"), al quale risulti iscritto, eroga esclusivamente pensioni di vecchiaia; pertanto, per poter percepire un trattamento pensionistico dovrai attendere il compimento del 65° anno di età. In particolare, la con-

tribuzione minima obbligatoria da te versata presso la "Quota A" ti darà diritto a percepire una pensione annua lorda pari a circa euro 2.100,00. A carico della "Quota B", invece, tenuto conto dell'esiguo importo dei contributi fino ad oggi accreditati presso tale gestione (pari ad euro 1.531,01) e dell'opzione da te esercitata in favore del versamento in misura ridotta, ti verrà corrisposta una prestazione di circa euro 240,00 annui lordi. Ti saluto cordialmente.

E. P.



È POSSIBILE AUMENTARE LA PENSIONE?

Illustre Presidente, laureato nel 1972, iscritto all'Ordine dal 1973, ho lavorato come dirigente medico di I livello dal '73 al 2003 quando mi sono pensionato dall'ospedale con quasi 36 anni di anzianità, avendo riscattato gli anni di laurea. Come dipendente ospedaliero ho pagato e continuo a pagare il minimo contributivo Enpam. Credo di aver maturato nel 2008 il versamento di 35 anni. Se decidessi di andare in pensione nel prossimo anno, chiedo a quanto ammonta con 35 anni di contributi e in alternativa a quanto ammonta la pensione se continuo i versamenti fino al compimento del 65° anno di età. Non

avendo svolto attività libero-professionale dopo il pensionamento, vi è una possibilità di aumentare la pensione che percepirò? Grazie e cordiali saluti.

(lettera firmata)

Caro collega, i contributi minimi sono obbligatoriamente dovuti alla Quota A da tutti gli iscritti all'Albo professionale fino al compimento del 65° anno di età, ovvero, in via facoltativa, fino al 70° anno di età. Ti faccio presente che, avendo avuto un'altra copertura previdenziale, avevi optato per il versamento del contributo minimo in forma ridotta; pertanto, l'importo del trattamento pensionistico cui avrai diritto a carico della gestione in parola risulterà particolarmente esiguo, ammontando a circa euro 170,00 mensili lordi. Qualora volessi incrementare il suddetto importo, potresti chiedere di effettuare il riscatto per allineare alla contribuzione prevista per gli iscritti ultraquarantenni che contribuiscono in misura intera (pari per il 2009 a euro 1248,96) uno o più anni a contribuzione inferiore. Gli uffici della Fondazione dietro presentazione di apposita domanda, provvederanno a inviarti una proposta specificando l'onere a tuo carico ed il conseguente incremento della prestazione. La domanda non è vincolante quindi, se non reputassi conveniente la proposta, non sarai tenuto ad aderirvi. Ti faccio infine presente

che l'accettazione del riscatto comporterà automaticamente il passaggio al versamento del contributo in misura intera. Un caro saluto

E. P.



POSSO NON VERSARE I CONTRIBUTI?

Illustre Presidente, mi sono laureata nel 1984 e iscritta all'ordine nel 1985. Verso i contributi Quota A dal 1986, non svolgo l'attività professionale in quanto impiegata presso una Ausl dal 1976 con altra qualifica. Data l'età non credo di avere più la possibilità di essere inquadrata nel ruolo medico, pertanto chiedo se è possibile non versare i contributi e cosa succede degli importi versati in tutti questi anni?

In attesa di risposta cordiali saluti.

(lettera firmata)

Gentile collega, i contributi minimi sono obbligatoriamente dovuti alla "Quota A" da tutti gli iscritti all'Albo professionale, almeno fino al compimento del 65° anno di età, indipendentemente dall'effettivo esercizio della professione medica e/o odontoiatrica e dalla contribuzione ad altre forme di previdenza obbligatoria. Tale obbligo contributivo, quindi, viene meno solo a seguito della cancellazione dall'Albo.

In tal caso, comunque, ti faccio presente che i contributi fino ad oggi da te versati ti daranno diritto a percepire, al compimento del 65° anno di età, un trattamento pensionistico. Confidando di aver fornito i chiarimenti richiesti, ti porgo cordiali saluti.

E. P.



A QUANTO AMMONTERÀ LA MIA PENSIONE?

Caro presidente,
gradirei sapere a quanto ammonterà la mia pensione al compimento dei sessantacinque anni di età sommando i contributi del Fondo di Previdenza Generale (Quota A e B), quelli del Fondo di medicina generale e quelli del Fondo Ambulatoriali. Ti chiedo inoltre se i versamenti sui suddetti Fondi danno luogo a rendite pensionistiche indipendenti o se è necessario ricongiungerli in un unico Fondo. Grato di tutto, ti saluto cordialmente.

(lettera firmata)

Caro Collega,
al compimento del 65° anno di età ti verrà erogato, dietro presentazione di apposita domanda, un trattamento pensionistico a carico di ogni Fondo di Previdenza presso il quale risulta accesa una posizione previdenziale, il cui

importo sarà calcolato sulla base dei contributi accreditati in tuo favore presso la singola gestione interessata. In particolare, con riferimento al Fondo Generale, la contribuzione minima obbligatoria da te versata alla "Quota A" ti darà diritto a percepire una pensione annua lorda pari a circa euro 2.700,00; mentre, a carico della "Quota B" ti verrà corrisposta una prestazione di circa euro 440,00 annui lordi. L'importo da ultimo indicato è stato determinato tenuto conto dell'aliquota ridotta del 2% con la quale contribuisce al Fondo e ipotizzando costante, fino al 65° anno di età, la contribuzione relativa all'attività libero professionale. In merito alla tua posizione contributiva presso il Fondo dei Medici di Medicina Generale, ti faccio presente che risultano accreditati in tuo favore contributi previdenziali dal febbraio 1987, per un importo complessivamente pari ad euro 81.542,47.

Cessando l'attività professionale al 65° anno di età, l'importo che ti verrebbe erogato a carico del Fondo in parola sarebbe pari a circa euro 12.200,00 annui lordi. Qualora invece optassi per il trattamento misto, convertendo in indennità di capitale una quota pari, nel massimo, al 15% della pensione maturata, avresti diritto ad una pensione annua lorda pari a circa euro 10.400,00 e ad una indennità di circa euro 22.300,00 lordi.

Analizzando, da ultimo, la tua posizione assicurativa presso il Fondo degli Specialisti Ambulatoriali, ti faccio presente che risultano accreditati contributi previdenziali dal febbraio 1989, per un importo complessivo pari ad euro 85.441,07.

Anche tale contribuzione ti darà diritto a percepire un trattamento pensionistico il cui importo, tuttavia, non è al momento ipotizzabile, in quanto gli uffici non sono a conoscenza del numero medio di ore settimanali di lavoro tenute durante la tua carriera professionale, elemento fondamentale per il calcolo della prestazione pensionistica presso tale Fondo. Devo, infine, precisarti che, a fronte di eventuali modifiche della normativa previdenziale di riferimento, le ipotesi sopra rappresentate potrebbero subire variazioni.

Ti saluto cordialmente.

E. P.



NON HO RISCATTATO GLI ANNI DI LAUREA

Caro presidente,
sono un medico ospedaliero a tempo pieno dal giugno del 1988; non ho riscattato gli anni di laurea e specializzazione. Volendoli riscattare adesso qual è l'importo totale? E a quanto ammonta la detrazione sul-

l'importo da pagare? Mi conviene riscattare? Se sì quando potrei andare in pensione con il riscatto?

Grato colgo con la presente l'occasione per formularvi fervidi saluti.

(lettera firmata)

Caro Collega,
i contributi previdenziali dovuti per l'esercizio della professione medica in qualità di dipendente sono versati in tuo favore, con trattativa alla fonte, dal datore di lavoro all'Inpdap (Fondo previdenziale dei dipendenti pubblici). Pertanto, i quesiti pensionistici rappresentati nella Tua nota dovranno essere posti presso la sede di competenza del suddetto Ente pubblico.

Presso la Fondazione Enpam, invece, risultano da te versati i contributi minimi obbligatori dovuti al Fondo di Previdenza Generale ("Quota A") per l'iscrizione all'Albo professionale.

Tale gestione eroga esclusivamente pensioni di vecchiaia; pertanto, per poter percepire un trattamento pensionistico dovrai attendere il compimento del 65° anno di età; inoltre, presso la Quota A non è possibile attivare l'istituto del riscatto. A titolo informativo, la contribuzione in parola ti darà diritto a percepire una pensione annua lorda pari a circa euro 4.100,00.

Ti saluto cordialmente.

E. P.

di Gian Piero Ventura

«**N**el mezzo del cammin di nostra vita, mi ritrovai per una selva scura, ché la diritta via era smarrita». Questa terzina di Dante, forse la più celebre del sommo poeta, è stata usata per rappresentare a pieno titolo la Giornata della lingua italiana, festeggiata lo scorso 21 ottobre all'interno del Festival Internazionale della Filatelia di Roma. La celebrazione si è manifestata anche con la stampa congiunta tra Vaticano, San Marino e Italia, di una emissione filatelica che ha come tema proprio la Divina Commedia. Sui francobolli è raffigurata una miniatura tratta dal codice Urbinato Latino 365 (conservato presso la Biblioteca Apostolica Vaticana). Questa, che ha come sfondo un paesaggio roccioso, ritrae Dante accanto a Virgilio, la guida che lo accompagnerà nella visita dell'Inferno, davanti a tre fiere che ne impediscono il cam-

Dante e Virgilio sull'emissione di Vaticano, San Marino e Italia

I versi del primo Canto dell'Inferno sono i simboli scelti per onorare la Giornata della lingua italiana festeggiata il 21 ottobre scorso. Sui francobolli è raffigurata una miniatura tratta dal codice Urbinato Latino 365

mino. Ogni singolo francobollo è inserito all'interno di un minifoglio di cinque valori dove, inoltre, troviamo anche sulla bandella chiudilettera un verso della prima terzina di questo capolavoro simbolo della lingua italiana. Ed è proprio questa particolarità a creare una continuità tra i francobolli dei tre paesi accomunati, in primo luogo, dalla stessa lingua. Il primo verso del primo Canto dell'Inferno è stampato dalla Città del Vaticano, quello successivo è riportato sulle bandelle di San Marino e l'ultima parte sul francobollo di Poste Italiane. Ora invece desideriamo, con vero piacere, segnalare

diverse iniziative comunicateci da alcuni lettori.

Francesco Bovenzi, direttore dell'unità operativa di cardiologia dell'ospedale Campo di Marte a Lucca, organizza dal 26 al 28 novembre la quinta edizione del Congresso Cardiolucca (www.oic.it/cardiolucca2009), dove per l'occasione si userà un annullo speciale preparato da Poste Italiane, che verrà messo sul francobollo della Scuola medica salernitana, da noi segnalato alcuni numeri fa... ottimo!!! Poi Carlo Negri, medico di medicina generale di Mantova e presidente del Circolo filatelico numismatico locale che, a cadenza bimestrale, edita la pubblicazio-



Annullo postale del congresso Cardiolucca 2009

ne "Noi con la Lente" che può anche essere scaricata gratuitamente dal sito internet www.cifinuma.it. Maria Christina Taddei ci ha segnalato invece la nuova edizione del Premio Columbus, organizzato dal Rotary Club Firenze est, una sorta di evento commemorativo dei legami intercorsi fra il capoluogo toscano, Colombo e le Americhe dove, anche qui, è stato proposto un annullo speciale. Infine ricordiamo ad Antonino Amico e molti altri che ce lo chiedono, di rivolgersi per la compravendita sempre a commercianti professionisti, di cui segnaliamo le principali associazioni come www.afip.biz (Associazione dei filatelisti professionisti) e www.borsafilatelica.com a volte anche un timbro... di garanzia può essere utile! •

gp.ventura@enpam.it



Giornata della lingua italiana, foglietto emesso da Poste italiane con l'ultimo verso della terzina



a cura dell'avv.
Pasquale Dui (*)

La Corte di Cassazione con la sentenza del 3 ottobre 2008, n. 37992, sez. IV, si è pronunciata in ordine alla ritenuta sussistenza del nesso di causalità anche omissiva tra la condotta del medico e la morte del paziente, ed alla graduazione della colpa per il concorso di terzi rimasti estranei al giudizio. Il Tribunale, assolveva in ordine al reato di omicidio colposo il medico, responsabile primario della struttura ospedaliera nel quale esercitava, commesso ai danni di un paziente ricoverato. Considerando il comportamento tenuto dal sanitario, quale fattore eccezionale ed imprevedibile al punto di interrompere il nesso di causalità tra

Responsabilità del medico e concorso di terzi

la condotta dell'imputato e l'evento.

Il paziente anche egli medico, era stato ricoverato con diagnosi di accettazione di embolia polmonare, in presenza di significativi ed univoci segni amnestici, clinici e strumentali (radiografie del torace, scintigrafia polmonare perfusionale, scintigrafia polmonare ventilatoria), e di una marcata sintomatologia presentata al momento dell'ingresso e durante il ricovero.

La diagnosi iniziale veniva nel corso del ricovero mutata con una diagnosi di focolaio broncopneumonico (broncopolmonite), veniva altresì sospesa la terapia anticoagulante in atto a base di eparina sodica e sostituita con terapia a base antibiotica e cortisonica domiciliare. Le dimissioni del paziente e la nuova terapia farmacologia però, determinarono un peggioramento delle condizioni di salute e la morte dello

stesso sopravvenuta per embolia polmonare.

I successivi accertamenti, cui si era sottoposto il paziente, erano stati sottovallutati anche se avevano rivelato un peggioramento delle condizioni di salute fornendo elementi significativamente riconducibili ad una diagnosi di embolia polmonare. Tale comportamento si poneva quale fattore eccezionale ed imprevedibile al punto da interrompere il nesso di causalità tra la condotta dell'imputato e l'evento.

La Corte d'Appello ribaltando la decisione del primo giudice, riteneva provata la responsabilità del Primario dell'ospedale, riteneva di riconoscere le attenuanti generiche, e dichiarava estinto il reato per intervenuta prescrizione, essendo decorso il tempo di sette anni e sei mesi in relazione alla pena prevista per il reato contestato all'imputato.

Il primario dell'ospedale veniva condannato in solido con i responsabili civili dell'Ausl e di due compagnie di assicurazioni al risarcimento dei danni in favore delle parti civili, da liquidarsi in separato giudizio, oltre al pagamento delle spese dell'intero giudizio a favore delle parti civili stesse. La Corte territoriale rigettava la richiesta, di una compagnia di

Sussistenza del nesso di causalità anche omissiva tra la condotta del medico e la morte del paziente

assicurazioni, di declaratoria di inoperatività della garanzia oggetto della polizza, poiché detta garanzia non ricopriva anche l'attività svolta dal sanitario.

Il responsabile civile di una compagnia di Assicurazioni ricorreva, dunque, per Cassazione, lamentando un vizio di motivazione in ordine alla ritenuta sussistenza del nesso di causalità tra la condotta del sanitario e la morte del paziente.

La Suprema Corte nel dichiarare inammissibile il ricorso, sottolinea la pretestuosità di una simile doglianza, posto che la polizza in parola riguardava ogni aspetto dell'attività svolta dal sanitario nell'esercizio della professione quale medico chirurgo cardiologo, attività che comprendeva anche quella svolta da primario. •

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



POSTAZIONE INFORMATIVA PRESSO L'ORDINE DI CREMONA

L Il Consiglio dell'Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Cremona, alla luce anche delle molte richieste avanzate dagli iscritti, ha deliberato di organizzare una postazione informativa Enpam. Tale iniziativa è stata benevolmente accolta dal Presidente della Fondazione, prof. Eolo Parodi.

Il 17 settembre è stata quindi attivata la postazione informativa che ha ampiamente soddisfatto le esigenze degli 83 iscritti grazie alla competenza dei funzionari Ombretta Fabiani, Teresa Di Mercione, Grazia Nestola, Carlo Frezzotti, Stefania Pigliacelli, Benedetta Vizzaccaro e Paolo Fioravanti. Nel corso della giornata si è anche svolta una riunione durante la quale sono stati discussi temi previdenziali.

MOGLI DEI MEDICI, NOMINATA LA PRESIDENTE

La dottoressa Lilia Tatò Fortunato di Bari è stata eletta, per il triennio 2009-2012, presidente nazionale dell'Associazione mogli dei medici italiani. L'elezione premia l'impegno della dottoressa Tatò che è stata anche presidente della sezione barese dell'associazione ed attualmente è Console generale onorario della Lituania per l'Italia e coordinatrice della Lega tumori per la macroarea del Sud.

AL VIA IL PREMIO "PAOLO MICHELE EREDE"

L Il primo dicembre scade il termine per la presentazione degli elaborati utili alla partecipazione al concorso della Fondazione Erede. Tema di quest'anno: "Scienza e religione sono incompatibili?". Il concorso - bandito dalla Fondazione prof. Paolo Michele Erede - è rivolto a tutti coloro che sono interessati al tema dei rapporti tra filosofia, scienze e religioni. Lo scopo è quello di promuovere studi nel campo filosofico, scoprire nuovi talenti, diffondere la cultura, divulgare la filosofia, stimolare la mente alla ricerca di nuove idee nel campo degli studi filosofici. Il prof. Paolo Michele Erede si è laureato con lode in Medicina e chirurgia nel '54 ed ha conseguito la Libera docenza in Patologia generale due anni dopo. Ha ricoperto numerosi e prestigiosi incarichi nell'ambito delle attività medico-scientifiche e culturali ed è stato insignito della medaglia d'argento al merito della sanità Pubblica della Repubblica Italiana.

Per informazioni: Fondazione prof. Paolo Michele Erede, Via Fiasella 4/5, Genova - tel. e fax 010 540008
www.fondazione-eredede.org - segreteria@fondazione-eredede.org

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

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

Editore: Fondazione ENPAM

DIREZIONE E REDAZIONE

Via Torino, 38 - 00184 Roma

giornale@enpam.it

Direttore: EOLO PARODI

Direttore responsabile: GIULIANO CRISALLI

PROGRAMMAZIONE E COORDINAMENTO

Carlo Ciocci

Fax 06 48294793

email: c.ciocci@enpam.it

CULTURA

Claudia Furlanetto

email: c.furlanetto@enpam.it

CONGRESSI, CONVEGNI E CORSI

ARCHIVIO E DOCUMENTAZIONE

Andrea Meconcelli: Tel. 06 48294513

Fax 06 48294260/793

email: congressi@enpam.it

SCIENZA E SOCIETÀ

Andrea Sermonti

email: studio.sermonti@gmail.com

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Paola Boldregghini: Tel. 06 48294258 - Fax 06 48294260

email: giornale@enpam.it

Foto: Archivio ENPAM - Jupiterimages Unlimited

MENSILE - ANNO XI - N. 9

DEL 22/10/2009

**Di questo numero sono
state tirate 431.370 copie**

L'autore è a disposizione degli aventi diritto con i quali non è stato possibile comunicare, nonché per eventuali omissioni o inesattezze delle fonti delle immagini riprodotte nel presente numero

Stampa: COPTIP Industrie Grafiche

41100 Modena (MO) - v. Gran Bretagna, 50

tel: 059 312500 - fax: 059 312252

email: centralino@coptip.it

Servizio Accoglienza Telefonica

06.4829.4829 - 06.4829.4444 (fax) - e-mail: sat@enpam.it

Servizio di consulenza telefonica. Rispondiamo a quesiti su Previdenza, Polizza sanitaria, Servizi integrativi, Patrimonio...

NOTIZIE FLASH

Quota A - pagamento contributi 2009

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

Quota B - redditi professionali 2008

Mancato ricevimento modello D - Coloro che non sono in possesso del modello D possono utilizzare il "modello D generico" disponibile sul sito www.enpam.it, presso la sede dell'Enpam in Roma - via Torino n. 98 (II piano) o presso gli Ordini dei Medici provinciali.

Ricevimento del bollettino MAV - Coloro che hanno inviato la dichiarazione (modello D) entro il 31 luglio riceveranno il bollettino MAV precompilato con scadenza 31 ottobre. Coloro che, invece, hanno presentato tale dichiarazione successivamente al 31 luglio dovranno attendere il bollettino MAV.

Pagamento del contributo - Il pagamento dovrà essere effettuato non oltre il termine indicato sul bollettino MAV precompilato e dovrà essere effettuato in unica soluzione, **non sono ammesse rateazioni**. Il bollettino MAV è pagabile presso qualsiasi Istituto di Credito o Ufficio postale.

Mancato ricevimento del bollettino MAV - La mancata ricezione del bollettino MAV non esonera dall'obbligo del versamento. In tal caso è necessario contattare il numero verde della Banca Popolare di Sondrio 800.24.84.64 e chiedere un duplicato.

Utenti registrati - Gli utenti registrati presso il portale www.enpam.it possono reperire on-line il duplicato dei bollettini Mav già emessi a loro carico. In questo caso il pagamento potrà essere effettuato esclusivamente presso gli Istituti di Credito.

Sanzioni per il ritardato pagamento - Il vigente regime sanzionatorio, in caso di pagamento dei contributi oltre il termine regolamentare, prevede:

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

Aliquota modulare su base volontaria - medici di medicina generale

Per le informazioni riguardanti la possibilità di elevare la quota contributiva a carico dell'iscritto fino ad un massimo di cinque punti percentuali si rinvia alla notizia pubblicata sul sito internet www.enpam.it "Rinnovo accordi collettivi nazionali".

Area riservata

Per accedere all'area riservata ed usufruire dei servizi on-line è necessario essere registrati al sito www.enpam.it.

Per informazioni riguardanti la registrazione contattare il SAT al numero 06.4829.4829 oppure scrivere a sat@enpam.it indicando nome, cognome e recapito telefonico.

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

Servizi disponibili per gli utenti registrati:

- visualizzazione dei dati contributivi e dei riscatti;
- dati pensionistici;
- duplicati dei bollettini RAV e MAV smarriti o non ricevuti;
- stampa cedolini di pensione e del CUD;
- attivazione della carta di credito Enpam (accedere all'Area Riservata, selezionare la voce "Carta di credito, richiesta e servizi connessi" e compilare il modulo di richiesta).

Versamento on-line

Tramite carta di credito Enpam è possibile effettuare il versamento on-line (previa registrazione al portale) di tutti i contributi previdenziali dovuti all'Enpam.

Pagamento fuori termine - In caso di ricevimento di una cartella relativa agli anni precedenti del contributo obbligatorio "Quota A" versato fuori termine, per chiederne l'annullamento, è necessario trasmettere alla Fondazione Enpam, Servizio Contributi, al numero di fax 06.48.294.696, copia della cartella, copia della ricevuta o delle ricevute, copia di un documento di riconoscimento.

Riscatti - Acconto - Gli iscritti che hanno presentato domanda di riscatto e sono in attesa di ricevere il prospetto di calcolo possono effettuare il versamento di un acconto, entro e non oltre il 31 dicembre 2009 mediante bonifico bancario presso la Banca Popolare di Sondrio IT06 K 05696 03200 000017500X50.

Nella causale del bonifico indicare i seguenti dati: cognome e nome, codice Enpam, tipologia del riscatto, Fondo sul quale è stato richiesto il riscatto. La copia della ricevuta del bonifico dovrà essere trasmessa al seguente numero di fax 06.48.294.978.

Deducibilità

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

Sono pertanto interamente deducibili dal reddito: il contributo Quota A, il contributo Quota B, gli importi versati a titolo di riscatto, le somme corrisposte a titolo di ricongiunzione.

