

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



Nel corso di una suggestiva cerimonia svoltasi all'Ospedale Celio di Roma lo scorso 9 giugno, è stato celebrato il 178° anniversario della fondazione del Corpo della Sanità Militare. Alla commemorazione hanno partecipato oltre una grande folla di cittadini, le maggiori Autorità politiche e militari. Nella foto sono ritratti medici e infermieri intenti a portare in salvo un ferito vittima di un attentato

PARODI
**Collegi
parliamoci chiaro**

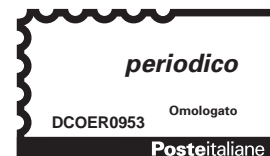
2

PREVIDENZA
**È l'unione
che fa la forza**

3

GIOVANI
**Convegno Adepp-Enpam
"Un giorno per il futuro"**

8



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

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

in questo numero

2	Parliamoci chiaro...	32	Accadde a... Luglio
3	L'unione fa la forza	33-36	Congressi, convegni, corsi
4-5	È l'ora delle riforme	37	A proposito di Normotensione
6-7	In partenza i modelli D	38-39	Medicina, notizie in breve
8-10	Giovani e previdenza	40-41	Il dolore nel disagio sociale
11	Congresso Federspev	42-43	Lateralizzazione cerebrale
12-13	Indebiti di pensione	44-45	Majorana, dove sei?
14	Giovani, informarsi per il futuro	46-49	Recensioni libri
15	Un nuovo Servizio per gli iscritti	50-51	Società, il ruolo della polemica
16	FondoSanità, approvato il bilancio	52-53	Opere d'arte, recupero e salvaguardia
17	Sifop, formazione professionale	54	Le sculture di Marisa Lambertini
18-19	L'intervista/1: agopuntura	55	Mostre ed esposizioni in Italia
20-21	L'intervista/2: donne ed emicrania	56	Cinema, il montaggio
22-23	L'intervista/3: trapianti	57	Musica, le "corde" di Mazzini
24-25	Medico condotto, storie dal passato	58-59	Viaggi, tra i canali di Amsterdam
26-27	Alcol, tra stile di vita e disagio	60-61	Lettere al Presidente
28-29	Sindrome fetto-alcolica	62	Filatelia
30	Bambini e malattie neuromuscolari	63	L'avvocato
31	Medici, sport e beneficenza	64	Parliamo di noi



IN COPERTINA

Il 4 giugno 1833 nel Regno di Sardegna un editto dispose il riordinamento dell'organizzazione sanitaria militare, definendo l'uniforme ed il grado che dovevano vestire i medici militari. In quel giorno, dunque, nacque il Corpo sanitario dell'Esercito italiano: all'inizio era prevista l'istituzione di un Corpo di 100 allievi medici militari, studenti in medicina che, assegnati agli ospedali militari di Torino e Genova, seguivano un tirocinio pratico e contemporaneamente frequentavano l'università. Ne è passato

del tempo da quei giorni... Oggi centinaia e centinaia di medici, farmacisti, veterinari, psicologi, odontoiatri, infermieri, tecnici, aiutanti di sanità e i soldati del Servizio sanitario dell'esercito continuano a svolgere un lavoro intenso, silenzioso e generoso, in Patria e all'estero, condividendo con i soldati di tutte le Armi e Corpi i sacrifici della vita militare ed offrendo ad essi, sempre e dovunque, assistenza esolidarietà. Questi alti meriti sono stati ricordati dal comandante della Sanità Militare, generale Federico Marmo, in occasione del 178° anniversario della fondazione del Corpo sanitario dell'Esercito, durante una esaltante commemorazione svoltasi presso l'Ospedale Celio di Roma

Parliamoci chiaro...



di Eolo Parodi

Stiamo attraversando un periodo irto di difficoltà. Politica, economia, insomma il vivere civile, lasciano per vari motivi “un po’” a desiderare. In un momento di crisi più o meno latente viene coinvolto anche l’Enpam, il nostro Ente di previdenza, che ho cominciato a guidare molti anni fa e che ha progredito non certo con lentezza. Affermo questo non per difendere il mio operato, ma per invitare i colleghi che insieme a me hanno trascorso gli anni difficili e i conseguenti progressi, a considerare con attenzione questa strana nuova attualità. Ad un occhio attento e disincantato la situazione potrebbe sembrare costruita artatamente per colpire quelli come me – e siamo in tanti –

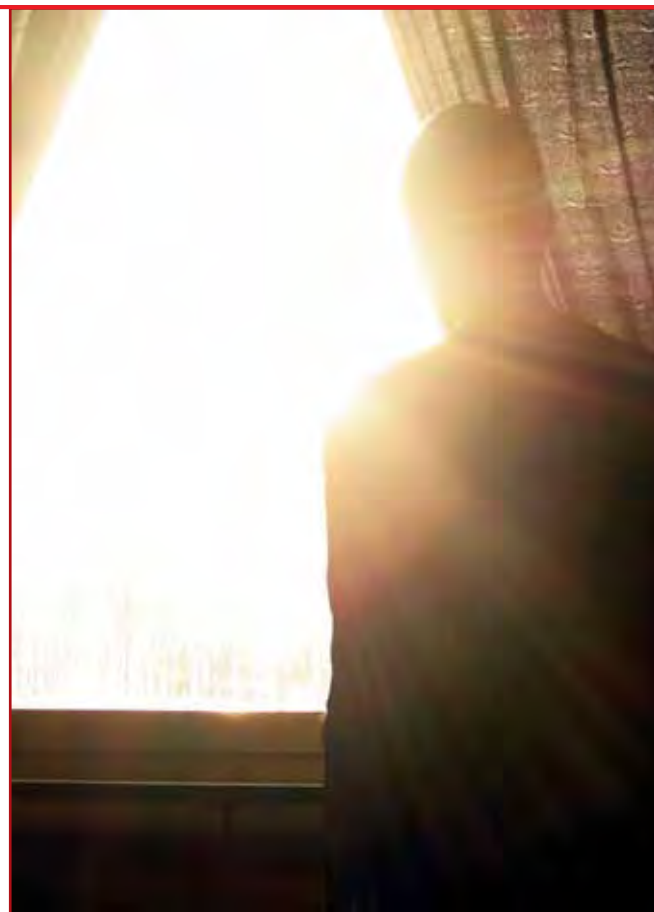
che da una vita sono al servizio della professione e del conseguente avvenire previdenziale.

Mi spiego meglio: vengo accusato più o meno larvatamente - e ciò che avviene in queste ore lo dimostra - di cattiva amministrazione, di incuria, se non addirittura di egoismo. Esiste qualcuno che mi muove critiche e pseudo accuse invitando (è questo il fine?) i colleghi a diffidare del mio operato. Un agire che mi fa del male e tende a creare intorno a me un’aura ingiustificata di diffidenza che sfiora il sospetto.

Collegli parliamoci chiaro: qui nessuno si è riempito le tasche affondando le mani in quelle dei medici e degli odontoiatri o, peggio, dei pensionati. Qui nessuno ha raccontato fandonie.

Quando per oltre sedici anni ho retto la Federazione Nazionale degli Ordini, lo ricordo con una certa emozione, ho avuto tanti colleghi intorno a me nelle assemblee degli Ordini, nelle piazze e lungo le strade allorchè insieme andavamo in corteo per rendere pubblici i nostri diritti consci, però, dei nostri doveri.

Poi arrivò l’Enpam, un “servizio” che esigea il



tempo pieno. Un impegno difficile e, nello stesso tempo, privo di gloria. Questa attività è stata supportata anche con la mia entrata in politica non solo nel Parlamento italiano, ma anche in quello, altrettanto prestigioso, che vede riuniti tutti i rappresentanti dell’Europa civile e libera. Qui, centinaia di interventi in difesa della libertà dei medici e degli odontoiatri italiani hanno sempre riscosso unanimi consensi. Ora per la prima volta nella mia vita, che non è poi così breve, mi vengono rivolte accuse, addirittura con un esposto alla Procura della Repubblica, sulla gestione dell’Enpam, accuse infondate, che non meritiamo né io, né i tanti

collegli, medici e odontoiatri, che in questi lunghi anni mi hanno accompagnato nella faticosa amministrazione della Fondazione. Non è mai mancata a nessuno la possibilità di porre domande ed avere puntualmente risposte.

Attenzione: non accetto né calunnie né diffamazioni provenienti da qualsiasi parte. Non c’è da difendere la mia persona, ma l’Enpam. L’Ente non è un campo di battaglia dove tanti, forse troppi, vogliono soltanto “industrializzare” i nostri soldi ed il nostro patrimonio.

Quanto affermo è il pensiero di chi, con assoluta serietà, ha sempre lavorato nell’esclusivo interesse della categoria. •



di Alberto Oliveti (*)

L'Enpam ha i conti in rosso e tra un po' non pagherà più le pensioni. Lo dice la Corte dei Conti.

C'è un ammanco di un miliardo di euro. Lo dice SRI Group, un Advisor in una relazione commissionata dal CDA della Fondazione, che ha indotto cinque presidenti di Ordine ad un esposto alla Procura della Repubblica, alla Commissione bicamerale di controllo delle Casse previdenziali e alla stessa Corte dei Conti.

E c'è chi la "spara" sui giornali per indurre allarmismo e vendere di più.

I medici, giustamente, si preoccupano.

Proviamo ad esaminare la questione.

Conti in rosso: già da diverso tempo si sapeva dei problemi di tenuta negli an-

L'obiettivo è riequilibrare i Fondi senza toccare il pro rata anche nei riscatti

È l'unione che fa la forza

ni dei Fondi e dell'esigenza di interventi di riequilibrio per una maggior sostenibilità.

L'intervento è reso necessario perché la politica ha cambiato le regole - richiedendoci una sostenibilità a trent'anni e non più a quindici - non perché siano peggiorati i conti dei bilanci annuali, anzi il bilancio consuntivo 2010 è ottimo.

Va aggiunto che l'aspettativa di vita negli ultimi anni si è allungata e, indipendentemente dalle modifiche di legge, saremmo stati comunque costretti a cambiare qualcosa nel nostro sistema previdenziale.

Tutto ciò ci fa capire che il problema non riguarda il bilancio consuntivo e la sua approvazione. La questione ruota invece attorno ai bilanci tecnici attuariali, documenti che analizzano la situazione futura sulla base di proiezioni. L'ultima di queste elaborazioni - che vengono realizzate a cadenza triennale - è stata effettuata al 31-12-2009 e costituisce il primo bilancio tecnico disponibile dopo il repentino cambiamento di regole voluto dalla politica. La Corte dei Conti ha già espresso il suo doveroso giudizio critico su questo documento. Tuttavia l'organo di controllo non ha sottolineato nulla che già non sapessimo, tant'è vero che nel programma elettorale di questa legislatura al primo punto era prevista

proprio la riforma dei Fondi.

Ora la questione è questa: se in un sistema calibrato a quindici anni di equilibrio nel tempo, in una notte si raddoppia la proiezione temporale, crediamo sia lecito, per quella stessa garanzia di equità alle generazioni subentranti che costituiscono la catena base del patto generazionale, chiedere un passaggio progressivo al nuovo equilibrio, con una gradualità applicativa che preveda per ogni anno in più di equilibrio richiesto un anno di corrispondente adeguata transizione.

Chiediamo quindi di raggiungere i trent'anni richiesti di equilibrio prospettico con un percorso di quindici anni da documentare con il controllo triennale di cinque bilanci tecnici attuariali.

L'obiettivo è riequilibrare i Fondi senza toccare il pro rata, anche nei riscatti.

Certo dovremo dire ai medici che prenderanno un po' più tardi un po' meno di quanto si aspettano.

In che misura? Tutto dipende dalla gradualità di in-

Chiediamo di raggiungere i trent'anni richiesti di equilibrio prospettico in quindici anni

tervento che la politica ci concederà.

Abbiamo la forza di chiedere questa equa progressività alla politica? Uniti si vince, *intelligenti pauca*.

Per quanto riguarda la sbandierata perdita di più di un miliardo di euro, semplicemente non esiste!

In via prudenziale e nel pieno e tradizionale rispetto delle norme civilistiche nella redazione dei bilanci si è creato, già nel 2008, un fondo a copertura RISCHI di 400 milioni di euro che, grazie alle ristrutturazioni ed alla ripresa di valore dei titoli, è decrementato a 296 milioni di euro nel bilancio consuntivo 2010. La tendenza, ormai ben evidente, è di una progressiva riduzione di tale valore. Ad oggi, giugno 2011, non è già più di 296 milioni, ma è calato ulteriormente di diversi milioni di euro.

Per il futuro abbiamo adottato un nuovo modello di governance dell'investimento patrimoniale che riduca la possibilità dell'errore umano separando i decisori dai controllori, proceduralizzando i comportamenti e diversificando gli investimenti sulla base dei migliori esempi (best practice) internazionali.

Sicuramente, il passato insegna, certi investimenti che in quel periodo hanno fatto tutti, da comuni a province a banche ad assicurazioni, non li faremo più e la nuova gestione prevederà nuovi operatori qualificati e selezionati specificamente.

Le pensioni dei medici sono sacre, per cui chiunque

(segue a pag. 4)

(segue da pag. 3)

abbia indebitamente lucrato nella gestione finanziaria dei contributi verrà perseguito a tutti i livelli di responsabilità. A tal fine stiamo operando le indagini del caso e il CDA si costituirà parte civile verso chi risultasse implicato in vicende poco chiare.

C'è forte interesse a farci apparire cattivi gestori del Patrimonio. Per sottrarcelo o governarlo.

A causa del ricorso al Governo e alla Magistratura, pur nell'obiettivo comune dell'efficienza trasparente della Fondazione, il pericolo per il nostro ingente patrimonio è che l'impostazione della nuova governance degli investimenti confermata dal supporto scientifico del prof. Monti, che si è espresso in modo lusinghiero sulla qualità della Fondazione in comparazione con analoghe realtà internazionali, ceda il passo ad indirizzi che, per condivisibili esigenze di stabilità internazionale del sistema Italia, mantengano la tassazione delle rendite del Patrimonio, orientino gli investimenti verso politiche di interesse pubblico come social housing e fondo anti-scalate - a bassa redditività e a capitale NON garantito - e indirizzino esclusivamente ad investimenti in Titoli di Stato con grande esposizione all'area di rischio del debito sovrano.

Attenzione all'emotività per false notizie ad effetto... e a non apparire divisi. •

(*) *Vice Presidente vicario Enpam*

Dallo Statuto agli investimenti è l'ora delle riforme

"Si deve aprire prima possibile la stagione delle riforme".

Lo dicevo un anno fa, poco prima del rinnovo degli organismi statutari. Ora, ad un anno da quelle elezioni, siamo nel vivo del cambiamento, e i passi fatti dalla Presidenza e dal Consiglio di amministrazione sono numerosi e importanti.

Stiamo ridefinendo gli assetti organizzativi e i modelli di lavoro in quattro aree fondamentali della Fondazione: previdenza, patrimonio, sistema informatico, comunicazione. L'obiettivo è di rafforzare e di consolidare la capacità dell'Enpam di tenere fede al patto di responsabilità con i propri iscritti per:

- garantire la sostenibilità del sistema;
- garantire pensioni adeguate;
- costruire un'interazione sempre più stretta con gli iscritti e tutti i portatori di interesse perché gli strumenti di gestione e di organizzazione diventino sempre di più un segnale di appartenenza.

Mettere la previdenza al centro

La previdenza è l'asse portante della Fondazione. Ma che cosa vuol dire?

Noi abbiamo due compiti fondamentali: gestire bene i fondi e garantire il massimo della pensione sostenibile. Questo significa che i problemi della previdenza determinano le scelte di investimento nel patrimonio e definiscono gli strumenti di lavoro, le tecnologie informatiche, la comunicazione.

Significa anche che la tenuta del nostro sistema di pensioni è un problema prioritario, perché prioritario è il patto con gli iscritti. Di qui la necessità di mettere mano a una riforma, preannunciata, che sia equa, adeguata, sostenibile.

In stretta collaborazione con l'Attuario della Fondazione, stiamo impostando le riforme per il riequilibrio dei Fondi secondo i criteri di legge.

È iniziata la sessione per revisionare lo Statuto della Fondazione. Siamo ancora a una fase di confronto e di dibattito, ma è chiaro lo schema del progetto:

- confermare o ridefinire la missione istitutiva dell'Enpam, valutando l'ipotesi di una gestione diretta della previdenza complementare e se coinvolgere le nuove professioni sanitarie per intercettare il crescente consumo sanitario in un Paese che in-

vecchia allargando così la platea dei contribuenti;

- confermare o rivedere l'attuale numero dei fondi gestiti oppure semplificarne l'assetto mediante accorpamenti funzionali per evidenti economie di scala;

- dare maggiore equilibrio di rappresentatività tra gli Ordini e le associazioni sindacali.

La Commissione che si occupa della riforma ha elaborato un questionario che sarà occasione di confronto con i rappresentanti di tutti i legittimi portatori di interesse nel corso di apposite audizioni.

Patrimonio e investimenti

Poco importa avere una splendida villa se non ho poi i soldi per mantenerne i costi, o avere tanti soldi liquidi in tasca non messi a reddito se tra vent'anni, con l'inflazione, al massimo ci potrei comprare un monolocale. In sostanza, gli investimenti vanno pianificati tenendo d'occhio le dinamiche demografiche e tecnico previdenziali dei nostri Fondi. La durata degli investimenti e le aspettative di rendimento vanno valutate sulle prevedibili scadenze del debito previdenziale dei vari Fondi. Questo è il criterio che stiamo seguendo per mi-

gliorare la capacità del patrimonio della Fondazione. Abbiamo ripreso in mano la gestione degli immobili di diretta proprietà della Fondazione, attraverso la **Ere – Enpam Real Estate srl**, una società a responsabilità limitata che ha come socio unico la Fondazione Enpam e che fu costituita per riqualificare al minor costo fiscale i nostri alberghi. L'obiettivo di questa nuova operazione è di migliorare la gestione degli immobili rispetto al passato e di realizzare plusvalenze che servano a pagare le pensioni dei medici e dei dentisti.

Le destinazioni d'uso degli immobili sono: residenziale, commerciale/servizi, alberghiero, per un valore storico di oltre 2,2 miliardi di euro, che noi puntiamo ad aumentare. Ad Ere srl va la gestione di tutto questo patrimonio, la manutenzione degli stabili, il rapporto con gli inquilini. Sarà sempre Ere a trattare la vendita degli stabili ad uso abitativo.

Le scelte di investimento, d'ora in poi, punteranno esclusivamente su immobili di prestigio con un alto rendimento.

Il **Fondo Ippocrate**, con quote di proprietà dell'Enpam ma gestito dalla società esterna First Atlantic Real Estate SGR S.p.A, ha di recente comprato il prestigioso palazzo della Rinascente di Milano, che si va ad aggiungere a un

ulteriore patrimonio di quasi 1,4 miliardi di euro. Il fondo immobiliare è uno strumento di investimento vantaggioso perché consente di risparmiare tasse a tutto beneficio degli iscritti e delle loro future pensioni.

Sempre a tal fine abbiamo acquisito la quasi totalità di un altro fondo immobiliare, Q3, che possiede due edifici direzionali a Milano, tra questi un palazzo interamente affittato al gruppo Il Sole 24 Ore.

Per quanto riguarda invece gli investimenti finanziari, stiamo lavorando in

la **Busta Arancione**. È un servizio on line, semplice e veloce, attraverso il quale medici e dentisti possono visualizzare la propria posizione previdenziale, simulare quanto prenderanno di pensione a 65 anni e verificare costi e benefici di forme di integrazione volontaria, come, per esempio, riscatti, allineamenti, aliquota modulare.

È uno strumento pensato per accorciare le distanze, in ogni senso: tra Fondazione e iscritti, perché semplifica l'accesso alle informazioni; tra iscritto e futuro previdenziale,

responsabilità, intesa nel suo aspetto di "rendere conto".

Noi siamo il primo Ente previdenziale privatizzato ad aver predisposto un **regolamento di accesso ai documenti amministrativi**. Il testo è stato pubblicato su internet insieme a un modulo per effettuare le richieste.

Stiamo lavorando per **semplificare** in modo sistematico i nostri testi, lettere, email, i testi on line, i regolamenti, la comunicazione istituzionale in generale.

È un percorso lungo ma inevitabile. Se vogliamo dare ai medici e ai dentisti gli strumenti tecnici e conoscitivi per fare le scelte giuste, dobbiamo fare in modo che possano capire i nostri testi, che non siano cioè costretti a studiarli invece che semplicemente leggerli.

Il plain language, così lo chiamano nel mondo anglosassone, la lingua chiara e semplice deve diventare per noi l'unica scelta possibile.

La trasparenza, in tutti questi aspetti – informazioni facilmente reperibili, diritto di accesso alle informazioni, chiarezza dei testi – è un motore di cambiamento e una grande risorsa strategica per l'Enpam perché:

- semplifica le scelte dei nostri iscritti
- snellisce l'iter burocratico a beneficio degli iscritti e dei nostri uffici. •

Alberto Oliveti

È attiva su www.enpam.it la Busta Arancione attraverso la quale medici e dentisti possono visualizzare la posizione previdenziale

collaborazione con una personalità prestigiosa per ridefinire la governance, gli obiettivi di redditività e i rischi, per determinare i modelli di investimenti interni ed esterni e circoscrivere il campo dei rapporti di consulenza.

La trasparenza è una risorsa strategica

Quando parliamo di **trasparenza** pensiamo ad aspetti come l'accesso alle informazioni e ai documenti, ma anche alla chiarezza di quei documenti e dei testi informativi in generale.

Da gennaio è attiva sul sito dell'Enpam (www.enpam.it)

perché consente di vedere nel concreto l'eventuale rendita pensionistica e i possibili risultati di una scelta di investimento.

Il nostro impegno, dunque, è anche quello di trasferire una "buona pratica", un "saper fare" che deve essere di tutti i nostri medici e i nostri dentisti: fare scelte giuste e tempestive per costruire, anche nell'autonomia, la propria pensione. Solo nel primo mese di attivazione, la Busta arancione ha registrato 19mila contatti; è questo un segnale che siamo a buon punto.

La trasparenza è la condizione indispensabile della

In partenza i modelli D per la dichiarazione dei redditi

di Vittorio Pulci (*)

I professionisti iscritti all'E.N.P.A.M., come è noto, sono tenuti a comunicare entro il prossimo **31 luglio** il reddito derivante dall'esercizio della professione medica e odontoiatrica prodotto nel corso dell'anno 2010. Tale dichiarazione può essere effettuata utilizzando i Modelli D 2011 recapitati al domicilio degli iscritti nelle prime settimane del mese di giugno. Tali modelli (oltre **380.000**) sono stati personalizzati in base alla posizione contributiva del singolo iscritto presso il Fondo della Libera

Professione – Quota B del Fondo Generale:

- iscritto attivo con contribuzione intera (Modello D_CO);
 - iscritto attivo con contribuzione ridotta (Modello D_CR);
 - iscritto attivo che ha optato irrevocabilmente per la contribuzione intera (Modello D_IR);
 - iscritto che ha compiuto il 65° anno di età nel corso dell'anno 2010 (Modello D_65);
 - iscritto di età superiore ai 65 anni (pensionato del Fondo generale “Quota A” - Modello D_P).
- È opportuno sottolineare

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

L'invio del modulo personalizzato, infatti, ha la so-la funzione di agevolare i professionisti nell'adempimento di un obbligo dichiarativo al quale essi possono ottemperare utilizzando anche strumenti alternativi. Coloro che non sono venuti in possesso del proprio modello o che lo hanno smarrito possono, di fatto, reperire il modello D 2011 non personalizzato sul sito Internet della Fondazione www.enpam.it, presso la sede dell'E.N.P.A.M. in Roma, via Torino n. 98 (II piano), o presso l'Ordine dei Medici di appartenenza.

La dichiarazione dei redditi soggetti a contribuzione presso la “Quota B”, infine, può essere effettuata in via telematica, sempre entro il suddetto termine, **previa registrazione** presso l'Area riservata del sito Internet della Fondazione www.enpam.it. L'accesso all'Area riservata consente, inoltre, di usufruire di ulteriori servizi **on-line** personalizzati, quali, ad esempio:

- la visualizzazione dei ver-



samenti effettuati a titolo di contributi previdenziali obbligatori o di riscatto;

- l'accesso ai dati relativi alla pensione in godimento;
 - la stampa di duplicati di bollettini MAV o RAV smarriti o non pervenuti;
 - la stampa delle seguenti certificazioni ai fini fiscali:
 - contributi di “Quota A” corrisposti tramite RID;
 - contributi di “Quota B”;
 - pagamenti effettuati a titolo di Regime sanzionatorio presso la “Quota B”;
 - importi corrisposti a titolo di riscatto;
 - CUD;
 - certificazioni fiscali relative agli importi erogati a titolo di indennità di maternità;
 - la carta di credito Fondazione ENPAM, emessa dalla Banca Popolare di Sondrio.
- Il reddito soggetto a contribuzione presso la “Quota B” del Fondo Generale, da indicare nel modello D 2011, è quello derivante dall'esercizio, anche in for-

CONTRIBUTO PROPORZIONALE RIDOTTO

La richiesta di contribuzione ridotta alla “Quota B” del Fondo Generale può essere presentata entro il **31 luglio 2011** dagli iscritti dotati di altra copertura previdenziale obbligatoria, dai titolari di un trattamento pensionistico derivante da contribuzione previdenziale obbligatoria **ovvero dai partecipanti ai corsi di formazione in Medicina generale**. Coloro che negli anni precedenti hanno regolarmente prodotto la predetta domanda non devono ripeterla.

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

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

PENSIONATI DEL FONDO GENERALE E.N.P.A.M.

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

Essi, tuttavia, se titolari di reddito professionale, possono chiedere entro il **31 luglio 2011**, nell'apposito spazio previsto nel Modello D o con domanda in carta semplice, di essere ammessi al versamento del contributo nella misura intera del 12,50% o ridotta del 2%.

Si rappresenta, in ogni caso, che con delibera n. 53/2009, il **Consiglio di Amministrazione dell'E.N.P.A.M.**, visto il quadro giuridico di riferimento ed al fine di evitare possibili contenziosi con la Gestione Separata INPS, **ha proceduto all'abolizione dell'esonero contributivo per i pensionati del Fondo che proseguono nell'esercizio dell'attività. Tale modifica regolamentare è attualmente al vaglio dei ministeri vigilanti ed esplicherà i propri effetti successivamente alla relativa approvazione.** Si consiglia, pertanto, di effettuare la dichiarazione reddituale, indicando l'aliquota contributiva prescelta.

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

ma associata, della professione medica e odontoiatrica, al netto delle spese sostenute per produrlo. Concorrono, altresì, a formare tale reddito i compensi, anche se equiparati ai fini fiscali ai redditi di lavoro dipendente, che derivano dallo svolgimento di attività attribuite all'iscritto in ragione della sua particolare competenza professionale. Gli Uffici della Fondazione provvederanno a determinare l'importo del contributo dovuto detraendo dal reddito dichiarato nel Mo-

dello D il reddito già assoggettato a contribuzione presso la "Quota A" del Fondo di Previdenza Generale. Il relativo pagamento dovrà essere effettuato in un'unica soluzione (non sono ammesse rateazioni) entro il **31 ottobre** del corrente anno e comunque non oltre il termine indicato sul bollettino MAV precompilato (pagabile presso qualsiasi Istituto di Credito o Ufficio Postale) che la **Banca Popolare di Sondrio** invierà in prossimità della suddetta scadenza a tutti gli

iscritti tenuti al versamento. Unitamente al MAV sarà inviato un prospetto esplicativo del calcolo effettuato per determinare l'importo del contributo.

Tale Banca, come sopra ricordato, offre in esclusiva agli iscritti alla Fondazione una carta di credito gratuita che, oltre alle ordinarie funzionalità di acquisto, consente di pagare direttamente on-line, anche con addebito rateale, i contributi dovuti all'E.N.P.A.M.. 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 E.N.P.A.M. è a disposizione il numero verde **800.190.661**; per ottenere chiarimenti sull'accesso all'Area Riservata è possibile contattare il n. 06.48.29.48.29 (*attenzione: per l'abilitazione all'accesso all'Area Riservata e l'emissione della carta di credito è neces-*

sario attendere i relativi tempi tecnici).

Il mancato ricevimento del bollettino non esonera dal pagamento del contributo. In tal caso dovrà essere contattata tempestivamente la Banca Popolare di Sondrio al numero verde:

800.24. 84.64

Gli utenti registrati presso il portale www.enpam.it possono reperire un duplicato del bollettino accedendo all'Area riservata di tale sito. In questo caso il pagamento può essere effettuato esclusivamente presso gli Istituti di Credito.

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

(* *Dirigente Servizio contributi e attività ispettiva*

SANZIONI

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

- una sanzione in misura fissa pari all'1% del contributo, qualora il versamento sia effettuato entro 90 giorni dalla scadenza (entro il 29 gennaio 2011);
- 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.

Giovani e pensioni, connubio possibile

Organizzato alla “Sapienza” di Roma il convegno “Un giorno per il futuro” con l’obiettivo di avvicinare gli studenti universitari all’ambito previdenziale. Per l’Ente erano presenti e sono intervenuti al dibattito Alberto Oliveti e Giampiero Malagnino. Tra i tanti ospiti il presidente dell’Inps Antonio Mastrapasqua e il segretario generale del ministero del Lavoro e politiche sociali Francesco Verbaro

LAdepp, l’Associazione degli Enti previdenziali privatizzati, e l’Enpam, grazie al coordinamento del Servizio relazioni istituzionali e servizi integrativi, hanno organizzato un convegno dal titolo “Un giorno per il futuro” che si è svolto presso l’Università di Roma “La Sapienza”. Il tema in discussione riguardava soprattutto il rapporto tra la popolazione giovane e l’ambito previdenziale. Tra le personalità erano presenti anche esponenti del mondo uni-

versitario: il prof. Luigi Frati, Magnifico rettore de “La Sapienza”, ed Eugenio Gaudio, Preside della Facoltà di Medicina III della stessa università.

L’incontro, moderato da Giampiero Malagnino, vice presidente vicario dell’Adepp e vice presidente Enpam, aveva lo scopo di suscitare interesse per l’ambito previdenziale tra i colleghi più giovani e coloro che diverranno colleghi.

Malagnino ha dato la parola a Massimo Angrisani, professore Ordinario di Tecnica attuariale per la previdenza presso “La Sapienza”.

“La mia non sarà un’esposizione tecnica – ha esordito Angrisani - ma il tentativo di rispondere ad alcune domande pratiche. Perché un giovane si dovrebbe occupare oggi della sua pensione? Il quesito è opportuno, in quanto sappiamo che le generazioni che ci hanno preceduto, nonni e padri in primo lu-

go, non si sono occupati di tale argomento se non in vista della pensione. Oggi, invece, rispetto al passato le condizioni sociali, economiche e finanziarie sono mutate e sin da giovani deve essere sentita l’esigenza di costruire la propria pensione; per far questo è necessario avere conoscenze tecniche utili ad affrontare in modo proficuo la questione.

Per quanto riguarda, poi, le Casse privatizzate, da un punto di vista normativo va sottolineato che il decreto che le istituì, parliamo del ’94, è un testo che meriterebbe oggi una revisione sostanziale perché apparve subito una norma che non sarebbe stata in grado di garantire la sostenibilità del sistema. Basti pensare che la norma di controllo sulla Cassa sottolineava che questa era sostenibile se garantiva le prestazioni a quindici anni: successivamente, siamo nel 2007, questo orizzonte venne spostato a trenta anni dimenticando di prevedere un controllo delle ipotesi previsive”. Tra gli interventi più ap-



Giampiero Malagnino, vice presidente Enpam

prezzati quello di Alberto Oliveti, vice Presidente vicario dell’Enpam, che si è a lungo soffermato sulla tematica proposta dal convegno. *“Lo Stato al nostro Ente sottrae all’anno 60 milioni di euro con la doppia tassazione. Siamo qui per parlare di come le giovani generazioni possano costruire il proprio futuro. Og-*



Luigi Frati, Magnifico Rettore Università “La Sapienza” di Roma



Massimo Angrisani, professore ordinario di Tecnica attuariale per la previdenza



Alberto Oliveti, vice presidente vicario Enpam

nomico, ma anche dalle scelte che soprattutto in previdenza devono essere fatte scegliendo bene. Intanto è utile per i giovani professionisti “fare per tempo previdenza” dal punto di vista dei versamenti: tocca a noi studiare un modello prendendo l’impegno di iniziare un percorso di laurea con la possibilità, da parte dello Stato, di concedere i versamenti dei contri-

gi non c’è più il futuro di una volta e dobbiamo accettare questo cambiamento come una dinamica evolutiva senza piangere sulla nostra sorte: ai nostri padri ed ai nostri nonni toccò invece affrontare la guerra. Ogni generazione ha un suo futuro che dipende sì dal contesto sociale ed eco-

nomico. Il problema oggi dal punto di vista previdenziale è “Dopo e tardi” in un sistema che non permette adattamenti in corso. Come si può intervenire? Sul “tardi” un’ipotesi è quella di favorire già all’inizio degli studi la possibilità dei versamenti; mentre per il “dopo” in previdenza dob-

biamo rifarci alle dinamiche del lavoro di cui si devono fare carico gli organismi politici, in primo luogo il governo. Le Casse privatizzate nascono nel ’94 attraverso questa proposta: in cambio di maggiore autonomia. Fu sostanzialmente tolta la rete di sostegno del trasferimento fiscale, vale a dire che le Casse potevano fare previdenza e assistenza all’interno di una categoria. Ci venne detto: noi vigileremo sul vostro operato, ma sappiate che se andate in default il problema è vostro. D’altra parte ricordiamo tutti come in una sola notte, nel corso della finanziaria, il governo ci disse che passava da quindici a trenta anni la



Andrea Camporese, presidente Adepp

capacità di garantire le prestazioni. Questo ha determinato che i conti sono andati in rosso proprio perché è stato in corsa cambiato il parametro. Dunque è chiaro come regole chiare e certe siano indispensabili. Chiediamo allora alla parte pubblica di essere coerente nelle scelte che attua, di far sì che la volatilità non sia anche legislativa oltre che finanziaria, che non si attuino cambiamenti legislativi troppo rapidi che non tengano conto della realtà delle generazioni che verranno.

Altro messaggio importante che mi sento di dare ai giovani è quello di integrare la previdenza. Iscriversi ad un fondo pensione significa crearsi, il più presto possibile, le condizioni di anzianità contributiva”.

Il vice presidente Malagnino ha poi dato la parola ad Andrea Camporese, presidente dell’Associazione de-



Da sinistra: il dirigente Enpam Vincenzo di Bernardino, il dottor Andrea Camporese e il presidente della Cassa dei ragionieri Paolo Saltarelli



Antonio Mastrapasqua, presidente Inps

gli Enti previdenziali privati, secondo il quale *“la previdenza non è un ambito che vive fuori dal mondo, ma si colloca nel cuore vivo della società: è un ambito che non si nutre solo delle proprie regole, ma anche dell’orientamento politico del Paese, delle platee degli iscritti, dell’andamento della società, degli atteggiamenti critici, tutti elementi che incidono fortemente sulla tenuta dei sistemi pensionistici. Un insieme complesso di elementi che incidono sulla vita concreta delle persone. In particolare – ha proseguito Camporese – va anche detto che non ci può essere un futuro previdenziale certo per i giovani se non si affrontano seriamente alcuni temi tra i quali, in modo prioritario, il ritardo dell’ingresso dei giovani nel mondo del lavoro. Se ragioniamo sul futuro non possiamo non pensare ai giovani e con questi ragionare per creare*

oggi una cultura previdenziale che dia i propri frutti al termine dell’attività lavorativa”.

Ha concluso i lavori il presidente dell’Inps Antonio Mastrapasqua il quale, dopo aver rassicurato sulla solidità dell’istituto da lui presieduto, si è rivolto ai giovani spiegando che la pensione ci sarà anche per loro e facendo il punto sul riscatto di laurea, un istituto che stenta a decollare. *“Molti giovani non sanno cos’è il riscatto della laurea e questo significa che c’è scarsa informazione nei confronti dei laureati. Questa carenza nella conoscenza del mondo previdenziale può contribuire a creare oggi pensionati po-*

veri. Basti pensare che attualmente abbiamo circa 300mila laureati l’anno e solo il 9 per cento, 27mila, propongono domanda di riscatto: questo è un dato allarmante e la differenza con altri Paesi europei è enorme. Solo conoscendo me-

glio certi meccanismi i giovani potranno ovviare alle difficoltà del futuro e per far questo dovremmo essere tutti impegnati nell’organizzare corsi, anche e soprattutto nelle università, per creare maggiore informazione previdenziale”. •

“UN GIORNO PER IL FUTURO problemi e opportunità per le giovani generazioni di professionisti di costruirsi una pensione”

Moderatore: Giampiero Malagnino, vice Presidente Enpam e vice Presidente vicario Adepp (Associazione degli Enti previdenziali privatizzati)

Introduzione: Andrea Camporese, Presidente Adepp; Massimo Angrisani, Professore Ordinario di Tecnica attuariale per la previdenza, Università “La Sapienza”

Interventi: Luigi Frati, Magnifico Rettore dell’Università di Roma “La Sapienza”; Eugenio Gaudio, Preside della Facoltà di Medicina III, Università di Roma “La Sapienza”; Alberto Oliveti, Vice Presidente vicario Enpam; Antonio Mastrapasqua, Presidente Inps; Filippo De Romanis, Lorenzo Mancuso, Mirko Rugolo, Giulio Nevi e Francesco Macrì Gerasoli



Il consigliere Roberto Lala (a sinistra) e il dirigente Enpam Stefano Villeggia

“Previdenza non Prowidenza”, lo slogan della Federspev

Si è recentemente concluso ad Abano Terme il 48° Congresso Nazionale della Federspev. Emblematico lo slogan “Previdenza non Prowidenza”, che ha attratto, anche in virtù della sua carica emotiva, all’Hotel Alexander nella città termale, una folta rappresentanza, proveniente da tutte le provincie italiane, dei medici, farmacisti e veterinari pensionati, nonché delle loro vedove, iscritti alla Federazione. Quella dello slogan è una peculiarità, non solo semantica, ribadita con forza da Eumenio Miscetti, presidente della Federazione che, istituita nel 1961, quest’anno celebra mezzo secolo di attività. I sanitari in pensione hanno voluto così esprimere malcontento e rabbia per l’inadeguatezza dell’assegno previdenziale, rispetto agli ingenti contributi a valore reale versati nel corso della vita lavorativa, che avvicina sempre più anche i pensionati appartenenti al ceto medio (a torto, considerato agiato) alle soglie della povertà. Sul tappeto congressuale rilanciati e dibattuti i problemi previdenziali di ieri (che attendono ancora una soluzione) e di oggi: recupero del potere d’acquisto delle pensioni, ormai pressoché dimezzato, l’assurda de-

curtazione delle pensioni di reversibilità, l’adeguamento Istat al 100% della rendita previdenziale per ogni fascia d’importo. Temi tutti che infiammano la platea dei quiescenti (si fa per dire). Momento clou del dibattito la tavola rotonda “Previdenza non assistenza” alla quale hanno partecipato Eumenio Mi-

in godimento che con il (perverso) sistema previdenziale in vigore perdono potere d’acquisto, presenza di almeno un rappresentante dei pensionati nei Consigli di amministrazione degli Enti previdenziali, in particolare dell’Enpam, Enpaf, Enpav e Onaosi. Inoltre, sarà valutata l’opportunità di ricor-

Ricorrere alla Corte Europea di Giustizia contro le norme previdenziali che ledono i diritti dei pensionati italiani e dei coniugi superstiti

scetti, Marco Perelli Ercolini, Michele Poerio, rispettivamente presidente, vice presidente vicario e segretario Federspev, Carlo Sizia past president della Cimo-A.S.M.D. (Associazione sindacale medici dirigenti) e Oriana Venturi, responsabile nazionale CIL (Confederazione Intercategoriale Lavoratori) Pensionati. Gli obiettivi prioritari, scaturiti dal Congresso, delineati nella mozione finale da presentare nelle opportune sedi istituzionali che la Federspev perseguirà con inflessibile determinazione sono: eliminazione dei tagli sulle pensioni di reversibilità in rapporto alla consistenza del reddito del beneficiario superstite, perequazione automatica delle pensioni

ricorrere alla Corte Europea di Giustizia contro le norme previdenziali che ledono i diritti, costituzionalmente tutelati dei pensionati italiani e dei coniugi superstiti. Sarà altresì istituita una commissione di esper-

ti in materia al fine di razionalizzare quanto rivendicato sotto il profilo della compatibilità economica e proponibilità politica. Infine, non mancheranno azioni volte ad incentivare sinergie operative con associazioni sensibili alle problematiche dei pensionati. Su questa direttrice un esempio concreto è giunto dalla Confedir-Mit. Tutto questo è previsto nello scenario di eventuali iniziative di protesta quali sit-in davanti alle sedi parlamentari, sciopero dei consumatori, disobbedienza civile. A tal proposito ha dichiarato il presidente della Federspev, Eumenio Miscetti: “Non ci fermeremo!”. •

Info FEDER.S.P.EV.
(Federazione nazionale sanitari pensionati e vedove)
tel. 06.3221087, 06.3208812,
fax 06.3224383,
tel. ufficio stampa:
347.6843236
e-mail federspev@tiscalinet.it
www.federspev.it

Premio letterario Federspev

Capita a volte che storie raccontate da scrittori clamorosi ci precipitino nell’indifferenza, o ci deludano. Non è il caso di *Stagioni di vita* pubblicato da una minuscola ma illuminata casa editrice “Città aperta”. Si tratta della struggente vicenda autobiografica di Maria Lucia de Pinto, radiologa colpita da una malattia degenerativa autoimmune e perciò costretta ad interrompere una carriera esemplare. La prefazione è di Mario Falconi. Alla discepolo d’Ippocrate, appena affacciata alla letteratura, è stato conferito il premio Federspev per la narrativa. Non diremo altro per lasciarvi l’emozione della scoperta di un messaggio che certamente rimarrà tatuato nel cuore e nella mente di chiunque voglia leggere *Stagioni di vita*.

Indebiti di pensione, recupero possibile o no?

di **Claudio Testuzza**

In passato, con una specifica circolare (la n. 50 del dicembre 2005), l'Inpdap aveva fatto il punto sulle situazioni regolamentari e giuridiche che l'istituto riteneva essere alla base dei criteri relativi al recupero delle somme indebitamente attribuite al pensionato in misura superiore al dovuto. L'istituto distingueva due condizioni, quella del trattamento definitivo, per il quale le somme eventualmente corrisposte in più devono intendersi non recuperabili (ex art. 206 del T.U. n. 1092/73) e i debiti che scaturiscono dal conguaglio tra il trattamento provvisorio e la pensione definitiva, per i quali il recupero dell'indebito veniva indicato obbligatorio. Con una sentenza (la n. 7 dell'11 luglio 2007) la Corte dei Conti ha invece affermato che ove il ritardo della liquidazione della pensione definitiva vada oltre i termini prefissati per la sua definizione, l'istituto di previdenza non può pretendere il rimborso delle eventuali somme indebitamente corrisposte, per il consolidarsi di una situazione fondata sull'affidamento nella pubblica amministrazione.

La Sezione centrale della



Corte, con ordinanza n. 024/2007/A, aveva rilevato la sussistenza di un contrasto anche tra le Sezioni giurisdizionali d'appello, e, all'interno di esse, tra l'orientamento che, in condizione di precedente sentenza, la n. 1/99/QM delle Sezioni Riunite, negava l'irripetibilità del cre-

dito erariale derivante da indebita erogazione di maggiori somme sul trattamento pensionistico provvisorio pur in presenza della buona fede dell'interessato, e l'opposto indirizzo, che ravvisava, nel sistema previdenziale pubblico, un principio idoneo a legittimare una spe-

Ove il ritardo della liquidazione della pensione vada oltre i termini prefissati per la sua definizione l'istituto di previdenza non può più pretendere il rimborso delle somme indebitamente corrisposte

cie di giustizia equitativa, collegando l'irripetibilità alla situazione di fatto della lunga protrazione nel tempo dell'erogazione non dovuta, tale da indurre il pensionato nella convinzione che le somme fossero dovute.

La stessa Sezione centrale di conseguenza aveva disposto la trasmissione degli atti alle Sezioni Riunite per la risoluzione della questione:

1) se, dal combinato disposto degli artt. 162 e 206 del T.U. 1092/73 possa ricavarsi un "principio" che consenta l'irripetibilità del credito erariale ogni qual volta il lungo lasso di tempo abbia ingenerato nel percipiente, in buona fede, la convinzione di ricevere quanto spettante;

2) o se, invece, occorra procedere ad una interpretazione letterale delle citate disposizioni, tenuto conto di come ciò possa, in alcuni casi, adombrare un contrasto con l'art. 38, secondo comma, della Costituzione in quanto, a causa di una insufficiente tutela della buona fede, sarebbe diminuito il trattamento pensionistico diretto a soddisfare i bisogni primari del titolare e della sua famiglia."

A riguardo era stato richiamato il termine di 180 giorni, stabilito ex art. 2 secondo comma della legge n. 241/1990 con i decreti del Ministero del Tesoro n. 304 del 1992 e n. 325 del 1997, per la conclusione del procedimento di liquidazione della pensione de-

finitiva, da cui si deduceva che il recupero dell'indebitato formatosi sul trattamento pensionistico provvisorio può effettuarsi solo nei limiti del termine stabilito di 180 giorni, decorso il quale il recupero non può più essere effettuato, stante il consolidamento della situazione.

La Corte dei Conti a Sezioni Riunite ha rilevato, in via di diritto, che quale che sia la natura che viene attribuita a detti termini, essi, comunque, rappresentano un limite oggettivamente predeterminato *ex lege*, e si configurano quale elemento essenziale del procedimento destinato a eliminare ogni possibile incertezza, vigendo, ai sensi dell'art. 2 della legge n. 241 del 1990, l'obbligo per l'amministrazione di concludere il procedimento con un provvedimento espresso, entro un limite certo. In buona sostanza l'entrata in vigore delle disposizioni, di cui alla legge n. 241 del 1990 quali integrate dalle disposizioni di legge e regolamentari ex art. 2 della legge stessa, ha innovato non tanto con riguardo all'obbligo, già esistente, di portare a compimento atti dovuti, quanto rispetto alle modalità stesse dell'adempimento, per le quali vige il dovere di adottare un provvedimento entro il termine univocamente applicabile.

Tale condizione è destinata a tutelare i pensionati oggetto dell'azione della pubblica amministrazione,



e a confermare il convincimento del pensionato in ordine alla legittimità del trattamento erogatogli.

La novità di questo ampliamento delle garanzie introdotte nell'ordinamento emerge con maggiore evidenza laddove si consideri che, secondo la giurisprudenza della Corte Costituzionale, attinente al regime di indeterminatezza della durata del procedimento, antecedente all'entrata in vigore della legge 7 agosto 1990 n. 241, la persistenza della fase di provvisorietà della liquidazione del trattamento di quiescenza comportava l'impossibilità di attribuire significatività ad eventuali errori dell'Amministrazione e/o di configurare la "buona fede" in capo al percettore di eventuali indebiti pensionistici. Il termine di legge o regolamentare amministrativo entro il quale l'Amministrazione deve procedere all'emissione del provve-

dimento definitivo di quiescenza assume dunque, atteso l'inequivoco dettato normativo relativo alla contestualità dell'emissione del provvedimento di pensione definitiva e dell'eventuale, conseguente, conguaglio, portata identificativa del connesso limite temporale da ritenersi sussistente per l'eventuale esercizio legittimo del potere di recupero destinato ad incidere sfavorevolmente sull'assetto economico del percettore.

Alla scadenza del predetto limite temporale non si può dunque ravvisare alcuna ulteriore possibilità di esercizio del potere di recupero, e ciò nella considerazione che i limiti temporali fissati nella materia sono previsti a tutela (e non già a discapito) degli interessi privati coinvolti nella procedura. Per tutto quanto argomentato la Corte ha indicato che, nell'ambito della disciplina sopravvenuta contenu-

ta nella legge n. 241 del 1990, a decorrere dall'entrata in vigore di detta legge, decorso il termine posto per l'emanazione del provvedimento definitivo sul trattamento di quiescenza, non può più effettuarsi il recupero dell'indebitato, per il consolidarsi della situazione esistente, fondato sull'affidamento riposto nell'Amministrazione.

La Corte ha indicato, comunque, che va rimesso all'accertamento e alla valutazione dei giudici di merito l'individuazione del limite temporale posto per l'emanazione del provvedimento definitivo sul trattamento di quiescenza, decorso il quale non può più effettuarsi il recupero dell'indebitato, nonché le valutazioni derivanti dall'operatività della presente pronuncia di massima solo per le fattispecie successive alla data di entrata in vigore della richiamata legge 7 agosto 1990 n. 241. •

Informarsi da subito per costruire il futuro

a cura di
Gian Piero Ventura Mazzuca (*)

Abbiamo deciso di intitolare questo articolo con il nostro slogan “Informarsi da subito per costruire il futuro”. Il motivo è chiaro e semplice: dopo un mese dedicato totalmente alla previdenza come è stato quello di maggio, dove abbiamo ascoltato problemi e quesiti a tutto campo, dobbiamo e vogliamo essere ancora più chiari ed incisivi.

La situazione per tutte le nuove generazioni, dunque anche quelle di medici e odontoiatri, appare davvero incerta nella costruzione della vita post lavorativa: poche le informazioni

che girano, ancor meno le persone che si interessano, mentre i problemi aumentano.

Insomma il nostro futuro sarà ben diverso da quello in cui vediamo gli attuali pensionati e, seppur possa apparire secondario parlarne sotto i quaranta anni, così decisamente non è.

ti generazioni rinunciano anche ad un minimo dei diritti acquisiti... magari a vantaggio delle nuove; e quest'ultime navigano a vista, senza porsi domande e spesso senza guardare oltre il proprio naso.

Invece la situazione è davvero preoccupante, almeno se si spera di mantene-

**Le principali richieste:
poter versare tutti i contributi durante
la specializzazione in Enpam e riscattare
prima e sempre all'Ente dei medici**

È cambiato tutto, il sistema previdenziale generale da retributivo è diventato contributivo (ovvero si avrà solo in proporzione al versato), non esiste alcun patto per cui le precedenti

re nel futuro quello che è il tenore di vita avuto durante il periodo lavorativo. Anche i giovani iscritti Enpam non hanno vita facile: gli specializzandi devono versare parte dei contribu-

ti all'Inps e chi volesse effettuare un utile riscatto di laurea deve aspettare ben 10 anni di contributi effettivamente versati, quindi non vale la sola Quota A. Sono infatti proprio queste le principali richieste che le organizzazioni di specializzandi hanno fatto allo Stato: versare tutti i contributi durante la specialità in Enpam e poter riscattare prima, naturalmente sempre in Enpam. Adesso addirittura, per chi ha deciso invece di riscattare in Inps (?!?), alcune direzioni locali dicono che è possibile, altre no... c'è una confusione incredibile!

Ecco perché è nato Progetto Giovani, per costruire insieme ai giovani medici e dentisti una comunicazione bidirezionale, utile ad approfondire opportunità e vantaggi, ma anche a capire le criticità del sistema per rafforzare le eventuali “battaglie” da portare avanti.

Un esempio è quello di trasmettere l'importanza di costruirsi un secondo pilastro previdenziale integrativo come, tra gli altri, “Fondo Sanità”. Tale operazione, oltre a permetterci di avere pensioni maggiori in futuro, è attualmente deducibile dalla dichiarazione dei redditi ed inoltre, prima la si inizia, prima si pagheranno meno le tassazioni abbinate a tale percorso... Insomma tutti vantaggi, basta informarsi... da subito però! •

(*) progettogiovani@enpam.it



Nuova struttura al servizio degli iscritti

Il CdA dell'Enpam ha istituito il Servizio relazioni istituzionali e servizi integrativi: tra gli obiettivi curare ed armonizzare le relazioni esterne della Fondazione ed ampliare la gamma dei servizi integrativi offerti agli iscritti

di Vincenzo di Berardino (*)

Nuove sfide e nuovi obiettivi per la Fondazione ENPAM. Ebbene sì, la relazione esaminata dal Consiglio di Amministrazione del 10 giugno scorso illustra i motivi e gli obiettivi che hanno portato all'istituzione del nuovo Servizio denominato Servizio Relazioni Istituzionali e Servizi Integrativi. La Fondazione ha deciso di demandare ad un unico soggetto – appunto il neo istituito Servizio - la gestione e lo sviluppo dei propri rapporti con l'esterno (per es. enti e istituzioni private e pubbliche, associazioni di categoria ed iscritti etc.). L'idea è quella di dotarsi di un Servizio che, fungendo da referente con il mondo esterno, possa supportare gli organi della Fondazione nello svolgimento di alcune funzioni istituzionali e relazionali loro proprie, agevolare l'attuazione delle politiche della Fondazione stessa, massimizzare la visibilità delle iniziative dalla stessa intraprese nei vari settori, stabilire rapporti a livello nazionale ed internazionale a servizio dell'attività

della Fondazione etc. In un mondo sempre più caratterizzato da complessità e velocità dei rapporti, l'ENPAM affida al nuovo Servizio il compito di gestire e sviluppare i propri rapporti a livello istituzionale affinché tali rapporti consentano alla Fondazione di essere presente, attiva, propositiva, visibile e trasparente.

Un primo obiettivo è quello di curare ed armonizzare le relazioni esterne della Fondazione al fine di promuoverne l'immagine e la conoscenza e di rafforzarne il ruolo nel contesto istituzionale, sociale e culturale, sviluppando i rapporti della Fondazione con analoghe

istituzioni nazionali ed estere, nonché associazioni di categoria, università e istituti di ricerca, organizzazioni sindacali, organi di governo e relativi uffici, Enti locali ed associazioni rappresentative degli stessi. Ed è proprio per il raggiungimento di questi obiettivi, che all'interno del Servizio sarà istituita una task-force che garantisca il monitoraggio e l'analisi della produzione legislativa parlamentare e regionale, con particolare riferimento alle tematiche del welfare.

Se da un lato il nuovo servizio svilupperà i rapporti istituzionali, dall'altro dovrà anche ampliare la gamma dei servizi integrativi of-

ferti agli iscritti, individuando un paniere di convenzioni di interesse per i medici e con condizioni vantaggiose. Oggetto delle convenzioni potranno essere, a titolo esemplificativo, i trasporti, la telefonia, viaggi ed alberghi, le polizze assicurative, etc. A tal fine, si sta sviluppando una procedura che consenta indagini di mercato con canali di accesso sia telematici che tradizionali. Le modalità di informazione e promozione verso gli iscritti rappresenteranno il principale traino nello sviluppo di nuove e concorrenziali convenzioni. Una sfida, quella descritta sopra, tanto interessante quanto impegnativa per la Fondazione e per la struttura. Soprattutto considerate le potenzialità di tale funzione rispetto ad uno scenario sempre più globale (e meno locale) e sempre più aperto. Permettetemi uno speciale in bocca al lupo ... visto che il benvenuto non compete a me!!! •

(*) *Dirigente Servizio relazioni istituzionali e servizi integrativi*



Una riunione del nuovo Servizio

FondoSanità, approvato il Bilancio 2010

di Luigi Mario Daleffe (*)

Il 13 maggio si è tenuta l'Assemblea ordinaria di FondoSanità che ha approvato il bilancio di esercizio per il 2010. Nel corso dell'anno l'attività è stata essenzialmente mirata a favorire la crescita del Fondo: nella ancora precaria generalizzata percezione della "questione previdenziale", è stata intensificata l'attività di informazione sulla previdenza complementare ed in particolare sulle opportunità offerte da FondoSanità per gli esercenti le professioni sanitarie.

Inoltre, sempre nel corso del 2010, sono state portate alla piena attuazione altre importanti iniziative:

- è stata conseguita la piena operatività della nuova banca depositaria individuata dal Fondo: BNP Paribas Securities Services. Nell'ottica di rendere sempre più conveniente la partecipazione al Fondo sono stati ulteriormente ridotti i costi del servizio: BNP Paribas, garantisce, infatti, un risparmio dello 0,028% rispetto alla precedente banca depositaria;
- è stata ampliata la possibilità di scelta di investimento offerta agli aderenti: in particolare è ora possibile all'atto dell'adesione scegliere tra quattro comparti essendo stato istituito, in aggiunta ai tre comparti preesistenti (Scudo, Progressione, Espan-

sione) anche un quarto comparto Garantito. Resta ferma la possibilità di far confluire i propri versamenti contributivi non solo su un unico comparto ma anche su più comparti, indicando le rispettive quote;

- la partecipazione al Fondo è stata arricchita dall'ingresso, tra le fonti istitutive, del Sindacato SIVeMP, che ha consentito di estendere la potenziale platea degli aderenti a FondoSanità anche ai veterinari iscritti al sindacato.

Per quanto riguarda la gestione finanziaria, i risultati dei tre comparti pienamente operativi nel corso dell'esercizio sono qui di seguito illustrati.

Comparto Scudo - Il 2010 è stato un anno particolare per quanto riguarda tale comparto, la cui asset allocation è rappresentata esclusivamente da titoli obbligazionari con duration posizionata su archi di breve-medio termine. La crisi finanziaria, originatasi nel settore privato, ha man mano contagiato anche gli emittenti sovrani: dapprima la Grecia, in seguito l'Irlanda e, nell'ultima parte dell'anno, anche il Portogallo e (in misura più limitata) la Spagna. I movimenti registrati nei prezzi delle obbligazioni di questi emittenti sono stati spesso scomposti e hanno generato livelli di

volatilità più accentuati rispetto alla norma.

Nonostante le turbolenze del mercato obbligazionario, il Comparto Scudo ha realizzato nel complesso una buona performance sia in valore assoluto sia in termini relativi rispetto al benchmark. I dati elaborati dal servizio di controllo interno (quindi al lordo degli oneri fiscali, delle commissioni di gestione e degli oneri amministrativi) indicano un risultato del 1.596%.

Comparto Progressione -

Il comparto Progressione, stante le sue caratteristiche di portafoglio bilanciato, ha subito in parte i movimenti di mercato già illustrati con riferimento al comparto Scudo. In particolare, la componente obbligazionaria del portafoglio è stata colpita dalla forte volatilità dei mercati seguita alla crisi greca e irlandese. Per quanto attiene invece alla componente azionaria, un'attenta attività di industry selection e idonee scelte tattiche hanno consentito una performance positiva rispetto al benchmark. I dati elaborati dal servizio di controllo interno indicano un risultato del 7.015%.

Comparto Espansione - Il comparto Espansione, per la sua composizione prevalentemente azionaria, non è stato penalizzato dalle condizioni che abbiamo prima ricordato in relazione agli altri

comparti. Le valutazioni emerse dai confronti con il Gestore hanno evidenziato che, a fronte di una buona contribuzione alla performance offerta dalla asset allocation strategica, ciò che ha determinato performances soddisfacenti, in confronto agli altri fondi, anche se non in linea con i risultati dell'anno precedente, sono state le scelte di stock picking e in particolare quelle relative a titoli non europei.

I dati elaborati dal servizio di controllo interno indicano un risultato del 10.506%.

Comparto Garantito - Con l'anno 2010, è stata formalizzata l'istituzione del nuovo comparto garantito. Il completamento dell'iter procedurale ha consentito l'avvio dei conferimenti solo nel dicembre 2010. Il ristretto arco temporale di riferimento dell'operatività del gestore non consente perciò di fornire indicazioni relativamente alla gestione di tale comparto.

Ancora più soddisfazione ed orgoglio per i risultati ottenuti nel 2010 ci deriva dalla lettura di un articolo apparso sul numero 23 di "Panorama", nel quale sono evidenziati i rendimenti dei principali fondi negoziali e dei numerosi fondi aperti operanti in Italia. Considerando che oltretutto FondoSanità costa molto meno della metà di quanto costano i meno cari fra i fondi aperti, siamo davvero convinti di poter offrire ai nostri aderenti un ottimo servizio. •

(*) *Presidente FondoSanità*

Formazione professionale e medical humanities

di Pasquale Marano (*)

La crisi attuale della medicina clinica è da riportare, in parte, a una non corretta utilizzazione della comunicazione nella formazione professionale del medico, con studenti e pazienti soggetti passivi della propria formazione e malattia.

La formazione professionale che ha preparato, negli ultimi decenni, generazioni di medici è definita modello di *medicina centrata sulla malattia* che si converte nella pratica in *metodo centrato sul medico* conoscitore delle malattie.

Questa medicina, accanto a noti riscontri positivi presenta punti di debolezza, conosciuti da tempo, evoluti con lo sviluppo delle conoscenze, tra cui il suo aspetto disumanizzante, responsabile, in gran parte, dell'attuale crisi.

Un forte movimento di pensiero, coordinato inizialmente dalla stessa OMS, tentò di introdurre, sin dagli anni Ottanta, accorgimenti metodologici finalizzati a valorizzare *una medicina centrata sul paziente* con studenti e pazienti partecipi della loro formazione e malattia.

Molti docenti, incluso chi scrive, frequentarono in quegli anni gli ateliers per la formazione dei formatori finalizzati a definire gli scopi del-



l'educazione medica, derivare da questi scopi gli obiettivi educativi, valutarne il raggiungimento e, con il risultato della valutazione, riesaminarli se necessario.

Innovazioni impegnative che pur condivise formalmente non riuscirono a diventare sistema per l'incapacità del mondo medico di allora, formativo e professionale, di anticipare, indirizzare e gestire i cambiamenti della società civile.

Consapevoli dell'importanza delle *medical humanities*, s'interveniva anche per studiare come inserirle e come dosarle, in una formazione medica centrata solo sul dato biologico.

Nella mia attività ho notato, con soddisfazione, l'interesse della maggioranza degli studenti per queste problematiche. Poi ho constatato, con altrettanto disappunto, il progressivo disimpegno degli stessi dalle scienze

umane per i loro impegni calibrati solo sul dato biologico.

La mancanza di una struttura teorica che supporti questi cambiamenti condiziona, tuttora, il modo di operare dei medici, per cui l'occuparsi delle persone stenta a diventare sistema, restando solo compito agiuntivo.

In questi ultimi decenni l'informatica, valorizzando la comunicazione relazionale e l'apprendimento informale, ha portato i *"nati digitali"* ad acquisire un modo diverso di lavorare, di apprendere e divertirsi, in contrasto con i *"nati analogici"*, improduttivamente arroccati solo sulla formazione formale.

Di conseguenza il problema di oggi della formazione professionale non è più anticipare, indirizzare e gestire i cambiamenti culturali della società civile, come si spe-

rava avvenisse in passato, quanto avvalersi della comunicazione relazionale propria dell'attuale società informatizzata.

Perché questo cambiamento avvenga, è necessario che il mondo medico, formativo e professionale, si riappropri del significato dell'accademia di Platone finalizzata a rafforzare l'abilità dei discepoli nel porre problemi, nello sviluppare linee di pensiero e avanzare critiche, con studenti compagni di apprendimento e non obiettivi passivi per la trasmissione di conoscenze.

Concetto dell'accademia di Platone che traslato nel mondo medico dell'attuale società coinvolge direttamente anche medici e pazienti, demandando al mondo professionale il compito di educare il cittadino, sano o malato.

Recuperare l'orgoglio tradizionale e moderno dell'accademia può sembrare problema marginale, la classica goccia nel mare dei problemi attuali della sanità e dell'università; ma può essere anche l'utilizzazione di un virus culturale, innocuo in apparenza, in grado, invece, di mettere in fibrillazione sistemi culturalmente statici quali quello universitario e sanitario.

E' una speranza, forse più di una speranza. •

(*) *Direttore nazionale SIFoP del Settore Radiologia, già Direttore della Radiologia e Preside dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma*



Roberto Pulcri è iscritto all'Ordine dei medici di Roma nel Registro medici esperti in agopuntura e omeopatia. Diploma in Agopuntura "Accademia di Medicina Tradizionale Cinese" Centro addestramento OMS per medici stranieri - Pechino-1982; Corsi di formazione avanzata in Agopuntura e MTC "Guang An Men Hospital" Pechino - 1984/1989/1993; Diploma LmFH "Faculty of Homeopathy" di Londra. Professore a contratto, coordinatore didattico e docente del Master 2° livello in Agopuntura Clinica - Università Studi Roma Tor Vergata, Facoltà Medicina Chirurgia- dall'a.a. 2000; professore a contratto e docente Master 2° livello di Medicina Integrata e responsabile area didattica Agopuntura, Facoltà Medicina Chirurgia, Università Studi Siena dall'a.a.

2008. Tutor e garante di branca in omeopatia e medico esperto in agopuntura, Ospedale di Medicina Integrata di Pitigliano (ASL9 Grosseto) da gennaio 2011

Agopuntura, sinergia con le metodologie classiche

di Carlo Ciocci

Professor Pulcri, nel nostro Paese c'è attenzione da parte dei medici nei riguardi dell'agopuntura? Ci può descrivere brevemente i presupposti di tale terapia?

Prima di tutto è necessario chiarire che l'Agopuntura è solo una branca di un vasto corpus medico come la Medicina Tradizionale Cinese. Di questo complesso sistema clinico fanno parte oltre all'Agopuntura anche la Farmacologia, il Tuina (tecniche di massaggio), la Dietetica e le tecniche psico corporee come il Taiji quan ed il Qi Gong. L'Agopuntura è stata definita una medicina energetica ed in quanto tale ha da sempre suscitato e creato notevoli difficoltà nell'essere accolta e compresa dalla Comunità scientifica occidentale. In effetti il dialo-

go tra le due medicine, che fino a pochi anni fa era quasi inesistente, si è notevolmente sviluppato ed arricchito perché è cresciuto ultimamente il livello di ricerca sperimentale e lo scambio di informazioni sulle esperienze cliniche relative ai campi di applicazione dell'agopuntura. E' sufficiente cliccare "acupuncture" sul più importante motore di ricerca mondiale come PubMed per rendersi conto della numerosissima letteratura scientifica sia sulla ricerca sperimentale che clinica. Sulla base di questi presupposti stanno nascendo delle opportunità concrete per prospettare un paradigma, per certi versi rivoluzionario, centrato non più sulla supremazia di un sistema medico sull'altro, ma sulla complementarietà e l'integrazione delle risorse terapeutiche per raggiungere

l'obiettivo fondamentale di una Medicina Integrata impegnata nella lotta comune alle malattie. Il numero di medici che in Italia praticano l'agopuntura è cresciuto in modo esponenziale in questi ultimi dieci anni, attestandosi su circa diecimila professionisti. Tra i medici specialisti che praticano agopuntura i più numerosi risultano essere gli anestesisti ed i fisiatri, che la utilizzano quasi esclusivamente

per trattare il dolore, ma anche molti medici di base si stanno sempre di più avvicinando allo studio e alla pratica dell'agopuntura.

Una strada in salita?

In Italia l'Agopuntura è considerata atto medico chirurgico dal 1982, grazie ad una sentenza della Corte di Cassazione. Fino ad allora qualsiasi persona poteva praticare l'agopuntura senza essere perseguito dalla legge. Il riconoscimento della figura del medico agopuntore non è ancora stato decretato da una legge dello Stato ma a tutt'oggi in alcune Regioni come la Toscana, per citare quella più all'avanguardia, è stata approvata nel 2007 una Legge regionale che prevede una regolamentazione dell'esercizio delle medicine complementari (agopuntura, omeopatia, fitoterapia) per medici, odontoiatri, veterinari e farmacisti. Precedentemente un primo importante riconoscimento dell'agopuntura e della altre medicine complementari è stato quello effettuato dall'Ordine dei Medici di Roma nel 1989, a cui anche io ho partecipato in-

Linee guida O.M.S. per le Medicine Complementari strategia 2002-2005

- Integrare nei limiti di un uso appropriato le MC con i sistemi sanitari nazionali
- Promuovere la sicurezza, l'efficacia e la qualità delle MC espandendone la conoscenza di base
- Accrescerne la disponibilità e l'economicità
- Promuovere l'uso approfondito delle MC dal punto di vista terapeutico agli operatori e ai consumatori

Agopuntura dati riferiti da O.M.S

- **Situazione Mondiale**
- 2 milioni di Medici la praticano
- 800 milioni di utenti (anno 1999)
- 250 protocolli codificati dall'OMS
- **negli USA**
- 20.000 medici la praticano
- 12 milioni di prestazioni (anno 1997)
- 500 milioni di dollari spesi dagli utenti
- 50 milioni di dollari stanziati per la ricerca
- 9 centri universitari per la ricerca
- 34 stati è regolamentata anche per figure non mediche
- **in Europa**
- 20.000 medici la praticano
- 30 milioni di utenti
- **In Italia**
- 5000 medici
- 5 milioni di utenti
- 4 Università con Master in Agopuntura a carattere formativo
- 2 Università con Corsi di perfezionamento a carattere informativo
- 18 scuole private FISA presenti sul territorio nazionale si occupano da oltre 20 anni di formazione diplomando a tuttoggi il 90% degli agopuntori

sieme ad altri colleghi, attraverso la formazione di un Forum sulle medicine complementari e l'istituzione dei registri dei medici agopuntori, omeopati e fitoterapeuti. Anche la Fnomceo, nel 2002, ha svolto un ruolo fondamentale nel riconoscere l'agopuntura e le altre medicine complementari.

Veniamo all'insegnamento dell'agopuntura.

Da circa dieci anni l'agopuntura è entrata in molte Facoltà di Medicina. Personalmente sono uno dei coordinatori didattici del Master di secondo livello in Agopuntura Clinica della Facoltà di Medicina dell'Università di Roma Tor Vergata, dove, tra l'altro, quest'anno svolgeremo il decimo Congresso di agopuntura. L'insegnamento di questa disciplina ha permesso a molti medici di qualificarsi come medici esperti in agopuntura. Non è sufficiente, a mio avviso, essere medici per praticare l'agopuntura, perché riten- go necessario aver compiuto

una formazione specifica frequentando non solo Master universitari formativi, ma anche scuole private accreditate, come ad esempio quelle aderenti alla Federazione italiana società agopuntura. A Tor Vergata nell'ambito del Master di Agopuntura oltre alla didattica frontale, è prevista una formazione pratica con il tutor. Dall'anno accademico 2000 ad oggi nel Master di Tor Vergata abbiamo formato più di duecento medici agopuntori.

Parliamo ora dei pazienti.

In questi ultimi anni c'è un crescente interesse da parte dei pazienti nei confronti

dell'agopuntura per affrontare molte malattie e il loro numero è in costante aumento. Questo aspetto significa che il cittadino, in genere, ha ormai raggiunto una buona conoscenza che gli permette di essere autonomo nelle scelte.

Una soddisfazione particolare avuta con l'agopuntura?

C'è un motivo di particolare orgoglio per noi agopuntori: possiamo annoverare tra i nostri pazienti tanti colleghi medici. Si rivolgono a noi per affrontare problematiche complesse che altrimenti non riescono a risolvere.

L'agopuntore lavora in sinergia con i colleghi medici?

A questo proposito vorrei citare un interessante progetto che si sta attuando in una realtà ospedaliera del servizio sanitario pubblico della Regione Toscana, rappresentato dalla esperienza clinica presso il centro Ospedaliero di Medicina Integrata di Pitigliano, un Ospedale pubblico della ASL9 di Grosseto, in cui da circa cinque mesi sono impegnato con altri cinque

colleghi esperti in agopuntura ed omeopatia nel realizzare un processo di integrazione terapeutica nei reparti di degenza e negli ambulatori pubblici. Questa è sicuramente la prima volta che medici agopuntori ed omeopati possono interagire con colleghi ospedalieri per creare una sinergia terapeutica, non per essere alternativi alle metodologie classiche, ma per poter apportare anche il beneficio dell'agopuntura e dell'omeopatia integrandosi nelle terapie farmacologiche in un ampio campo della patologia. L'agopuntura non deve più essere considerata una medicina alternativa o non convenzionale, ma a mio avviso può e deve essere alleata ed integrata nel nostro sistema terapeutico.

Campi di impiego specifici?

Dopo trenta anni di attività clinica posso dire che l'agopuntura si sta dimostrando molto efficace anche in alcuni campi molto particolari come, ad esempio, quello oncologico nel combattere gli effetti collaterali della chemioterapia e della radioterapia. Recentemente l'agopuntura viene sperimentata anche nel campo della infertilità di coppia, con risultati incoraggianti. Risultati eccellenti si verificano nelle patologie dolorose come le cefalee e le algie del rachide lombare, due patologie che hanno, come noto, un impatto sociale notevole e che gravano fortemente sul welfare sanitario. •

Patologie riconosciute da OMS curate con efficacia da Agopuntura

- Malattie Osteo articolari
- Malattie del Sistema nervoso centrale e periferico
- Malattie allergiche
- Malattie dell'apparato respiratorio
- Malattie della cute
- Malattie genito urinarie
- Malattie dell'apparato gastro intestinale ed epatiche



Il professor Giuseppe Nappi è direttore scientifico della Fondazione Casimiro Mondino dell'Università di Pavia (IRCCS). È stato professore di Neurologia prima presso il Dipartimento di Scienze neurologiche dell'Università di Pavia (dal 1986) e poi presso l'Istituto di Malattie nervose e mentali dell'Università Sapienza di Roma (dal 1998). Ha fondato e diretto il Centro Cefalee e Circolazione encefalica dell'Università di Pavia, il Centro regionale Parkinson e Malattie extrapiramidali della Fondazione Mondino ed il Centro di Neurobiologia sperimentale IRCCS C. Mondino – IRCCS Santa Lucia – Università di Roma Tor Vergata

Donne ed emicrania? Colpa degli ormoni

di **Claudia Furlanetto**

Professor Nappi, qual è il meccanismo fisiopatologico dell'emicrania?

Attualmente si ritiene che l'emicrania rappresenti una malattia complessa, caratterizzata da una condizione di disfunzione neurovascolare che rende il soggetto vulnerabile a numerosi fattori in grado di precipitare i suoi attacchi. Questi possono ripetersi più o meno frequentemente nel corso della vita sia per condizioni di ridotta "soglia emicranica", sia per l'intervento di fattori di innesco di particolare intensità e/o frequenza (o per entrambe le condizioni). La componente genetica condiziona la soglia individuale per gli attacchi emicranici. Alla vulnerabilità individuale ereditata, tuttavia, viene a sovrapporsi, agendo in senso modulatore, tutta una serie di determinanti ambientali, in un complesso gioco di interazioni genotipo-ambiente, condizionante l'espressi-

vità fenotipica in funzione del genere maschile/femminile, dell'età, dello stile di vita, della reattività neuroendocrina, ecc. Su questo terreno di predisposizione – il "tratto emicranico" – intervengono poi fattori precipitanti o favorevoli, interni ed esterni, quali le fluttuazioni ormonali, il ritmo sonno-veglia, fattori psicosociali (cicli stress-relax, disturbi ansioso-depressivi, ecc.), sostanze vasoattive, gli antalgici, ecc. che modificano e/o determinano il superamento della soglia agli attacchi, causando l'innesco e la ricorrenza di crisi emicraniche e rendendo così conto della loro estrema variabilità nel tempo.

Qual è il ruolo delle variazioni ormonali caratteristiche della donna in età riproduttiva?

L'emicrania è presente in entrambi i sessi in egual misura fino alla pubertà, ma è prevalente nel sesso femminile dall'adolescenza alla menopausa (18 per cento di donne emicraniche verso il 6 per cento di uomini). La

differenza tra i due sessi è senza dubbio da attribuire al complesso ruolo degli ormoni femminili, in particolare degli estrogeni, nei meccanismi che scatenano gli attacchi di emicrania. Le principali tappe della vita riproduttiva (menarca, gravidanza e menopausa) spesso condizionano la storia naturale dell'emicrania nella donna. Un netto incremento dell'incidenza si verifica tra i 10 e i 12 anni, periodo in cui si manifestano i fenomeni tipici della pubertà nel sesso femminile. L'emicrania con esordio al menarca tende più spesso ad assumere una periodicità mestruale nel corso degli anni, ed è favorevolmente influenzata dalla gravidanza e dalla menopausa. I livelli di estrogeni potrebbero spiegare questo fenomeno, dato che l'inizio dei flussi mestruali è accompagnato da cicliche fluttuazioni di questi ormoni, mentre la gravidanza e la menopausa si associano a livelli ormonali che rispettivamente aumentano o diminuiscono,

ma non in maniera ciclica. Le crisi correlate al ciclo mestruale sono spesso fortemente invalidanti e resistenti alle terapie di profilassi: si parla anche di "stati di male emicranico" se l'attacco dura più di 72 ore e non cessa con i farmaci antiemicranici (triptani/ergotaminici; antinfiammatori non steroidei). Si associano talvolta ad una serie di sintomi premestruali (alterazione del tono dell'umore, del comportamento alimentare, del ritmo del sonno) e al dolore mestruale (dismenorrea).

Qual è la relazione tra emicrania, contraccettione ormonale e terapia ormonale sostitutiva?

La relazione tra pillola contraccettiva ed emicrania non è ancora stata del tutto chiarita, dal momento che la risposta della donna al trattamento ormonale risulta estremamente soggettivo e dipende da molti fattori (familiarità, epoca della vita fertile, stress, abitudini di vita, tipo di pillola). Quel che è certo è che la cefalea è uno degli effetti collaterali più frequenti dei contraccettivi orali (CO) e l'interesse dei ricercatori negli ultimi anni si è concentrato sulla cosiddetta "cefalea da sospensione di estro-progestinici" cioè in una forma di dolore molto severo, di durata prolungata e resistente agli analgesici, che accompagna la donna anche per i 7 giorni della pausa di assunzione del CO, quando si verifica il flusso mestruale. I meccanismi con cui le manipolazioni ormonali inducono attacchi di cefalea da sospensione non so-

no ancora del tutto chiari, ma è noto che l'improvvisa caduta dei livelli plasmatici degli estrogeni immediatamente prima del flusso mestruale rappresenta un fattore critico. Il medesimo meccanismo può essere coinvolto anche nell'insorgenza di crisi di emicrania in corso di terapia ormonale sostitutiva (TOS), soprattutto in quelle donne che presentano marcate oscillazioni degli estrogeni prodotti dall'ovario in età perimenopausale.

Quali sono i comportamenti preventivi che la paziente deve tenere e i presidi terapeutici a sua disposizione?

Un aspetto importante è certamente conoscere come la propria emicrania si relazioni al ciclo mestruale tenendo per alcuni mesi un diario che annoti le crisi dolorose e le principali informazioni relative alla mestruazione. Uno stile di vita regolare (sonno/veglia, orario dei pasti, fasi di attività/riposi, ecc.), soprattutto in fase pre-mestruale, svolge un ruolo nel ridurre durata, intensità e sintomi associati al dolore correlato al ciclo mestruale.

Supplementazioni cicliche con sali di magnesio, agnosta, partenolide possono coadiuvare i farmaci preventivi convenzionali.

Parliamo dell'emicrania durante la gravidanza.

La gravidanza è fattore di protezione sull'espressione clinica dell'emicrania. Numerosi studi hanno dimostrato che circa il 60-70 per cento delle donne manifesta un miglioramento nell'andamento delle crisi di cefalea, soprattutto se gli attacchi erano correlati al ciclo mestruale, un effetto riconducibile ai livelli progressivamente sempre più elevati di estrogeni circolanti. La gravidanza è una condizione fisiologica in cui la soglia del dolore si innalza grazie all'aumento estrogeno-dipendente dei peptidi oppioidi endogeni. Inoltre, il progesterone, anch'esso a livelli progressivamente elevati, contribuisce al rilassamento e al controllo dell'ansia grazie all'azione dei neurosteroidi che rappresentano i suoi principali metaboliti con funzioni di modulazione sull'eccitabilità neuronale, sull'umore e

sulle risposte adattative di stress. In donne con emicrania con aura è più probabile che gli attacchi continuino nel corso della gestazione o che un attacco di emicrania che si manifesta per la prima volta in gravidanza sia con aura. Dati recentissimi suggeriscono che il mancato miglioramento delle crisi di emicrania, o la comparsa della forma con aura, possano predire il rischio di ipertensione gestazionale e di preeclampsia con potenziali ripercussioni negative sulla salute del feto. Dopo il parto, evento che è accompagnato da un drammatico calo degli estrogeni e del progesterone, è comunemente osservabile un ritorno dell'emicrania all'andamento prima della gravidanza, con modalità differenti in relazione all'allattamento. In alcuni casi, infine, l'emicrania può esordire proprio nel post-partum. Esistono cinque categorie di rischio per i farmaci in gravidanza e soltanto il paracetamolo (1000 mg) può essere considerato un analgesico privo di rischi; tutti gli altri, in assenza di dati prospettivi-

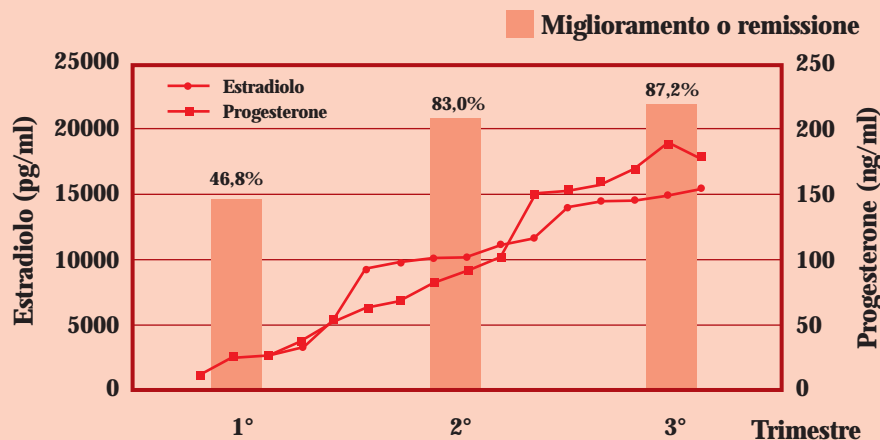
ci, devono essere usati con molta cautela e soltanto quando i rischi di non estinguere l'attacco di emicrania sono superiori ai possibili effetti collaterali per il feto. Le principali aziende produttrici di triptani, antiemcranici specifici, hanno attivato dei registri per ottenere dati prospettici su un vasto campione di donne e quindi, nel giro di qualche anno, avremo dati più certi sugli eventuali effetti sull'embrione e sul feto. Per quanto riguarda i farmaci di profilassi è opportuno ricordare che basta un breve periodo di sospensione prima del concepimento per annullare gli eventuali effetti negativi.

L'Organizzazione mondiale della sanità ha posto l'emicrania tra le venti malattie più disabilitanti, indipendentemente dal sesso. A che punto siamo con il riconoscimento dell'invalidità civile?

Grazie anche all'attivismo delle associazioni laiche italiane, la cefalea è stata riconosciuta come causa di possibile invalidità civile in due regioni italiane: la Lombardia ha fatto da apripista seguita, da poco, dalla Val d'Aosta. La percentuale massima di invalidità non è tale da garantire benefici economici o lavorativi, tuttavia questo riconoscimento rappresenta un passo importante verso la presa di coscienza delle parti in causa (sistema socio-sanitario, classe politica, datore di lavoro, medico di medicina generale, ecc.) di quanto sia importante diagnosticare e curare l'emicrania. •

Per aggiornamenti:
www.cefalea.it

Andamento dell'emicrania senza aura in gravidanza



Rappresentazione schematica dell'andamento dell'emicrania senza aura durante la gravidanza in relazione alle variazioni dell'estradiolo circolante e del progesterone lungo il corso della gestazione (Fonte: Nappi RE, et al. Headaches during pregnancy. Curr Pain Headache Rep 2011 Apr 5)



originali recensiti su PubMed e monografie, di articoli su raccolte monografiche

Franco Filipponi è Ordinario di Chirurgia Generale dell'Università di Pisa e Direttore del Dipartimento di Trapiantologia Epatica, Epatologia e Infettivologia e della UOC di Chirurgia Generale e Trapianti Fegato dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana e Presidente della società Italiana per la sicurezza e la qualità dei Trapianti (SISQT). Nato a Firenze nel 1956 si è laureato in Medicina e Chirurgia nel 1983 e poi specializzato in Chirurgia dell'Apparato Digerente ed Endoscopia Digestiva nel 1988, lavorando dal gennaio 1986 presso l'Unità Trapianto di Fegato dell'Hopital Cochin di Parigi. Autore e coautore di 130 articoli originali recensiti su PubMed e monografie, di articoli su raccolte monografiche

Italia ok per i trapianti, ma ci sono pochi organi

di Andrea Sermonti

Si chiama Thebera il primo progetto di cooperazione internazionale, promosso e finanziato dall'Unione Europea, che vede l'Italia capofila di un programma medico-scientifico e sanitario nel bacino del Mediterraneo, a partire dall'Egitto. Il progetto – presentato in apertura del congresso della SISQT a Firenze dal 17 al 20 maggio scorsi – fa del nostro Paese un importante referente europeo in ambito trapianto logico.

Che posto occupano i trapianti nell'Unione Europea e come può incidere l'Italia sui programmi di trapianto al di fuori dei propri confini?

I trapianti rappresentano nella storia della medicina

un importantissimo esempio di crescita scientifica ma anche culturale e dimostrano come un problema sanitario possa avere conseguenze più ampie nella società. La trapiantologia merita un posto specifico nell'ambito dell'Unione Europea, in quanto rappresenta un eccellente esempio che può contribuire a promuovere programmi che abbiano una dimensione sia medico scientifica che etico-sociale. Ecco perché l'anno scorso è stata emanata la prima Direttiva Europea sui trapianti che esorta alla cooperazione fra gli sta-

ti membri per una condivisione e una diffusione delle competenze in ambito trapiantologico, con il fine di migliorare la definizione di regolamenti e di principi etici. Il progetto Thebera è semplicemente un esempio concreto di come l'Italia abbia recepito tale direttiva e possa rispondere alla domanda di cooperazione internazionale auspicata appunto dall'UE. Il nostro Paese ha delle competenze medico scientifiche e sanitarie che ci hanno consentito di superare i livelli donativi di paesi come Germania e Inghilterra e

di assumere delle responsabilità nel contesto trapiantologico europeo.

L'Italia, seconda solo alla Spagna in termini quantitativi e qualitativi, garantisce maggiori opportunità ai cittadini in termini di trapianti di organi, tessuti e cellule e può incidere anche su sistemi sanitari come quelli dell'Egitto, dove, nonostante le diversità culturali in gioco, attraverso programmi di formazione, ricerca e innovazione tecnologica, è possibile avere ricadute positive sull'assistenza, la qualità della vita del paziente e la collettività.

Cosa distingue il progetto Thebera e perché l'Egitto?

Innanzitutto Thebera è il primo progetto attivato dall'Unione Europea che affronta la tematica delle malattie epatiche (in particolare l'HCV) dall'epidemiologia fino al trapianto. Il progetto va ad incidere in una situazione sanitaria molto particolare poiché l'Egitto detiene il primato mondiale di diffusione dell'epatite C con delle stime di prevalenza della malattia dall'11 al 14%. Studi condotti nei villaggi sul delta del Nilo dimostrano che addirittura circa la metà degli abitanti al di sopra dei 35 anni ha il virus o l'ha avuto in passato.

Tenuto conto che circa il 40% dei trapianti di fegato sono causati dall'epatite C, è chiaro come la malattia rappresenti un delicato problema sanitario

Il progetto Thebera è un esempio concreto di come l'Italia possa rispondere alla domanda di cooperazione internazionale auspicata dall'UE

Le novità del congresso 'SISQT 2011'

Le sessioni scientifiche spaziano su alcune tematiche emergenti: dalla recidiva di malattia dopo trapianto di rene al trattamento dell'ipertensione portale dopo trapianto di fegato; dal reperimento di donatori per il trapianto di polmone all'accreditamento per le attività di trapianto di cellule emopoietiche. Argomenti di particolare interesse sono i dispositivi di assistenza ventricolare – i *Ventricular Assist Device* (VAD) – ovvero dei “ventricoli artificiali” che possono essere oggi considerati una vera e propria alternativa al trapianto di cuore per tutti quei pazienti che presentano chiare controindicazioni al trapianto d'organo. In termini di assistenza al paziente trapiantato, sono state affrontate le più recenti metodologie di medicina partecipativa che rappresentano oggi il “gold standard” nel contesto trapiantologico, al fine di migliorare l'aderenza terapeutica del paziente nel pre e post-trapianto. Sempre nell'ottica dell'attivazione di logiche di coinvolgimento diretto del paziente, nel corso del congresso è stato presentato il volume fotografico “Synthesis”, realizzato in collaborazione con la Fondazione Alinari, che punta letteralmente l'obiettivo sulla community dei pazienti, raccontando efficacemente le loro storie. La “medicina dei trapianti” è così diventata la “medicina dei trapiantati”

ma anche sociale. L'Italia, in un certo senso, è molto vicina all'Egitto poiché condivide con questo paese un tasso di diffusione dell'epatite C molto alto, che ha spinto negli anni la comunità scientifica nazionale ad avviare programmi di ricerca al fine di trattare questa patologia e, in alcuni casi, curarla con il trapianto. Possiamo pertanto dire che abbiamo accumulato una competenza di rilievo in questo settore della medicina che ci permette di fornire il supporto scientifico per insegnare a trattare e diagnosticare correttamente i pazienti egiziani affetti da HCV e contemporaneamente, attraverso un'analisi delle politiche locali, fornire le nostre competenze per sviluppare un piano na-

zionale di trapianto epatico. La cosa importante da sottolineare è che non solo Thebera mira a mettere l'Egitto nelle condizioni di provvedere a se stesso, aumentandone l'*expertise* sanitaria fino al raggiungimento del limite di copertura del proprio fabbisogno nazionale, ma risponde ad una precisa strategia di cooperazione tra l'UE e l'Egitto già attivata dall'*European Neighbourhood Policy* (ENP) per facilitare la sua integrazione nel contesto europeo.

Passando dal piano internazionale a quello nazionale, a suo avviso, quali sono le problematiche con cui si scontra ancora oggi il mondo trapiantologico italiano?

Ci sono due ordini di problemi sui quali la comuni-

tà scientifica ma anche le istituzioni si interrogano da tempo: il primo è la scarsità degli organi; il secondo è relativo ai problemi organizzativi.

La differenza tra l'aspettativa di cura e la sua reale applicazione, ovvero la differenza tra il numero dei pazienti in lista e la disponibilità di organi, da sempre un problema caratteristico dei trapianti, è attualmente dovuta all'aumentata età dei donatori, con tutto ciò che questo può comportare in termini di reale utilizzo degli organi (i donatori utilizzati nel 2010 sono calati del 6,2%), alla diminuita percentuale dei decessi di pazienti cerebrolesivi (-8,7%) e anche ad una certa opposizione alle donazioni che, pur rimanendo stabile (+0,7% nel 2010), con-

tribuisce ad incidere sulla casistica. I dati recentemente divulgati dal Centro Nazionale Trapianti (CNT) dimostrano che l'Italia continua a mantenere livelli qualitativi molto alti, con una percentuale di sopravvivenza dei pazienti trapiantati che si attesta all'85,9% ad un anno dal trapianto. Tuttavia, continua a sussistere nelle regioni italiane una significativa disomogeneità dei tassi di donazione (da 7,5 a 40,7% donatori effettivi pmp nel 2010) che produce diseguaglianze nell'accessibilità dei pazienti al trapianto.

E' proprio questa la sfida che rimane ancora da superare e che prevede un differente approccio a livello regionale attraverso un coinvolgimento più diretto degli assessorati alla Salute (nell'attribuzione di obiettivi di *budget* ai direttori generali delle Aziende Sanitarie e ai responsabili delle rianimazioni), una fattiva collaborazione fra assessore e coordinatore regionale dei trapianti e lo sviluppo di azioni di *governance* da parte dei coordinamenti regionali. In poche parole, le logiche della solidarietà che sono alla base della donazione e del trapianto possono permettere di ottenere risultati efficaci solo quando le componenti sanitarie ma anche politiche sono coinvolte direttamente nel processo e sono concentrate al raggiungimento di un fine comune. •

Medico condotto e amico di famiglia

Per le difficoltà associate agli spostamenti dei malati, la visita domiciliare era molto più comune. Il rapporto con il paziente si basava sulla confidenza, il consiglio, l'amicizia: il dottore era un punto di riferimento. Intervista con Alfonso Bernardo, una vita spesa nella "condotta" di San Vittorino, vicino Roma

di Paola Stefanucci

Emblema di una medicina senza titoli, campione di umanità, il medico condotto, ormai consegnato all'archivio di storia della medicina, è scomparso dalle cronache sanitarie del Terzo millennio. Per ragioni che tutti possono facilmente immaginare. Eppure questa figura di medico, dall'aura ottocentesca, oggetto, da parte dei propri pazienti, di rispetto "per l'uomo di scienza" e persino di attenzioni affettuose espresse con piccoli doni dai dolci di Natale alle primizie dell'orto, appartiene ad un passato poi non così tanto lontano e, forse, ancora vivo.

Il medico condotto ha avuto il merito di curare i mali di tutti i tipi, anche nell'urgenza e nel pericolo, e alleviare le sofferenze ed educare alla prevenzione la povera gente, unico presidio sanitario, nelle zone più sperdute e disagiate del Paese. Una carriera di fatica e sacrificio con un sovraccarico di prestazioni non stop (diurne e notturne) e le festività segnate sul calendario ignorate con sistematica abnegazione: inimmaginabile per un medico di oggi, costretto purtroppo a usare più il timbro che lo ste-



Il dottor Alfonso Bernardo

toscopio. Per questo anche sulla scia dell'interesse e delle emozioni suscitate dall'intervista di Matteo Di Paolo Antonio, apparsa sul numero 4 di questo giornale, al medico condotto bresciano Ugo Tenchini, vogliamo presentarne un altro ai nostri lettori: Alfonso Bernardo, settantadue anni, dei quali quaranta e più spesi nella "condotta" di San Vittorino, alle porte di Roma, in riposo (si fa per dire, è ancora assediato dai suoi pazienti) da un anno. Per il dottore è arrivato il momento di raccontare. L'incontro avviene in una sala della sede dell'Ordine dei Medici capitolino. Qui, pensate un po', il dottor Bernar-

do ritrova il dottor Luigi Pignataro e il dottor Vincenzo Scarpino, colleghi che hanno nel curriculum professionale la "condotta". Ed ecco l'intervista.

Dottor Bernardo, quando e come si è ritagliato il suo spazio nel mondo di Esculapio?

Da sempre. Avevo gli zii medici che esercitavano nel paesino del beneventano dove sono nato, Santa Croce del Sannio. Mio nonno e mio padre erano invece piccoli commercianti, perciò è stato un mio zio, parroco del Rione Sanità, a finanziare a me e mio fratello (ora odontoiatra) gli studi a Napoli al Liceo Vittorio Emanuele e

alla Facoltà di Medicina. Ricordo con allegria quei tempi anche perché eravamo vicini di Totò. Mi sono però laureato e specializzato a Bologna: mi ero trasferito disgustato dalla disinvoltata parentopoli sanitaria partenopea. Sui banchi dell'Università ho conosciuto la ragazza che poi sarebbe diventata mia moglie (ma prima si è fatta corteggiare cinque anni) e primario del laboratorio di analisi dell'Asl RM B. **La medicina è una professione, come tale comporta anche qualche vantaggio economico. Nella sua scelta quanta importanza ha dato all'aspetto pecuniario?**

Nessuna, altrimenti non avrei fatto il medico condotto. La medicina non può essere praticata a scopo di lucro, un principio sacrosanto che ho inculcato anche ai due miei figli, l'uno cardiologo, Vincenzo e l'altro, Mario, anestesista.

Com'era scandita la sua giornata?

Quaranta, cinquanta visite al giorno in ambulatorio, più quelle domiciliari. Ho macinato chilometri, a piedi, con la cinquecento prima e la centoventisette poi. Ne ho consumate di scarpe, di pantaloni, di pneumatici, facendo di tutto, comprese le visite pediatriche. Mi sono capitati anche due parti. Lavoravo fino alle undici di sera e oltre. La saletta d'attesa era sempre piena zeppa. Ferie, mai.

Dal medico condotto al me-

dico telematico, secondo lei, com'è cambiata la professione?

Molto. È sparita l'anamnesi e la semeiotica. Ma non è colpa del medico, bensì del sistema (sbagliato) che lo obbliga ad andare di fretta.

E quanto è cambiato il rapporto medico paziente?

Oggi il paziente arriva allo studio già con l'(auto)diagnosi e la terapia, sa, cioè crede di sapere, tutto, consulta Internet, vede la tv, legge i giornali e la conclusione si riassume in una frase: "Dottore mi prescriviva...".

Invece i pazienti di una volta?

I pazienti di una volta dicevano: "Dottore mi aiuti!". Il medico, specialmente quello condotto, non era solo il medico, ma era il confidente, il consigliere, l'amico di famiglia, il punto di riferimento, assieme al curato, di tutta la comunità. Era amato e rispettato dai pazienti. Un motivo di grande gioia per me che mi ha ripagato anche di tante amarezze.

Per esempio?

Per esempio, quella volta che mi hanno bruciato l'ambulatorio perché mi sono rifiutato di pagare il "pizzo". Ma non mi sono arreso. L'ho ricostruito. Una vicenda che mi è costata cara, a cominciare dall'avvocato, di grido, che avevo scelto. I malfattori sono stati arrestati e condannati. Uno si è suicidato in carcere, ho sofferto per questo, io sono molto religioso. Un altro è stato poi graziato. O gli insulti irripetibili, che ho ingoiato, diretti a me, alla mia consorte, la sceneggiata con relativo in-

tervento dei carabinieri di una signora che pretendeva un'esenzione e non ne aveva diritto. E non le dico quante volte mi hanno rubato i ricettari.

Certo non le sono mancate le avventure...

Decisamente no, neppure tragicomiche. Come quella volta che fu scoperto e arrestato a San Vittorino un finto medico catanese, e stampa e tv pubblicarono, per errore, il mio nome.

Gli errori dei colleghi, quelli veri, come vanno valutati?

È una domanda molto imbarazzante. Dico solo che il medico sbaglia sempre in buona fede.

Lei quante volte ha mancato una diagnosi?

Qualche volta. Si è sempre trattato, comunque, di errori veniali. Qualche giorno prima di andare in pensione ho visitato una signora e ho fatto diagnosi di bronchite. Ho prescritto i farmaci appropriati. Solo che la febbre persisteva e la signora si è recata al Pronto Soccorso. Diagnosi: polmonite. La te-

rapia ad ogni modo era la stessa.

La diagnosi di cui va più fiero?

Ero alle prime armi. Avevo già visitato in studio dal mattino presto fino all'una. Senza sosta. Avevo saltato i pasti. Non mi reggevo in piedi. Una chiamata notturna. Corro. Arrivo. Un palazzone di non so quanti piani, nella periferia estrema. Salgo. Una giovane madre si disperava, urla, un bimbetto è cianotico, dispnoico. L'ospedale, l'ambulanza, improponibile. Non c'era tempo. Non avevo niente con me. Che fare? Una folgorazione. Dico alla mamma: "Diamogli un poco d'acqua!". Si è ripreso subito. Gli ho salvato la vita. Era disidratato. Ho capito, in quell'occasione e in tante altre, che ho fatto bene a fare il medico.

Un paziente o una paziente che ricorda con tenerezza.

Più di qualcuno. Ricordo una vecchietta che veniva a farsi "misurare la pressione" tutti i giorni, puntuale, e mi portava due uova fatte dalle galline del suo pollaio. Una

volta mi sono tanto preoccupato, non si faceva vedere da due o tre giorni. Era ipertesa, poteva aver bisogno o esserle successo qualcosa. L'ho fatta cercare. Si è subito presentata in ambulatorio scusandosi: "Dotto' non volevo venire a mani vuote. Le galline, non so perché, non hanno fatto le uova".

Ora che è in pensione come trascorre il tempo?

È come se non ci fosse andato. C'è sempre qualche mio ex paziente che mi cerca anche solo per un consiglio. Mi sono iscritto alla Federspev, un'associazione di sanitari pensionati che si occupa dei colleghi in difficoltà il cui presidente Eumenio Miscetti è stato medico, prima di me, nella mia condotta. Coltivo rose e ortensie nel mio giardino, ma soprattutto penso a mia moglie Fiorella che un infarto mi ha portata via l'anno scorso.

Se dovesse rinascere rinfarebbe il medico?

Sì, farei il medico o il sacerdote. In fondo, sono entrambi due apostolati. •



Alcol, tra stile di vita e disagio

Il problema coinvolge spesso giovanissimi che, dopo il ciclo delle elementari, passano direttamente dal parco giochi all'aperitivo serale o alla "grande bevuta" del fine settimana



di Lina Vita Losacco

I binge drinking, cioè l'assunzione di 5/6 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione, è un modello comportamentale che pur non avendo l'effetto novità resta comunque in voga; anzi in alcune fasce giovanili è ritenuto un *lifestyle* del giovane doc. Il consumo giornaliero non moderato di alcol riguarda 8 milioni 624 mila persone, circa il 16,1 per cento della popolazione italiana dagli 11 anni in su (Istat 2010)(1). Secondo lo studio multicentrico *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC)

2009/2010, promosso dall'Organizzazione mondiale della sanità, svolto su 77 mila ragazzi e finalizzato a raccogliere dati sui comportamenti relativi alla salute in età pre-adolescenziale (11-15 anni), il 40 per cento dei maschi e il 24 per cento delle femmine di 15 anni dichiara di consumare alcol almeno una volta a settimana(2). Gli stessi adolescenti sostengono che l'abbuffata di alcol "fuori di casa" ha una funzione socializzante, è un rituale di gruppo con una nota euforizzante per affrontare al meglio "la realtà" e acquisire le capacità per integrarsi in un mondo

concorrenziale. E qualsiasi sia la cultura d'appartenenza i giovani hanno comunque bisogno di percepire l'uscita dall'infanzia e l'ingresso nell'età adulta attraverso atti simbolici. La stessa autonomia dagli adulti può essere raggiunta non sempre con comportamenti socialmente competenti, anzi più frequentemente prevalgono i comportamenti a rischio anche in relazione alle caratteristiche personali e al contesto socio-familiare. Il bisogno continuo dell'adolescente è di ridefinire e costruire relazioni, la necessità di creare rituali di iniziazione con i coetanei ne

è un esempio e l'atto del bere è per l'appunto uno di essi. I ragazzi bevono in gruppo e fanno a gara a "chi regge di più" senza pensare che in realtà non sono in grado di fornire un giudizio adeguato sul proprio stato di ubriachezza; anche nella guida, ad esempio, si credono capaci di controllare il veicolo come da sobri. W., di soli 14 anni, si sente orgoglioso e grande mentre afferma: "*Reggo bene* anche 3-4 bicchieri tra alcolici e superalcolici e la prova del palloncino è sbagliata per capire se uno è in grado di guidare". Poi aggiunge: "Per rifornirsi di birre e superalcolici basta andare negli autogrill o nei supermercati dove nessuno ci chiede i documenti". Anche rispetto all'ingresso nei locali (tra l'altro diffusi in maniera sempre più epidemica e che mettono a disposizione dei minori anche superalcolici) i giovanissimi adolescenti non hanno problemi; puntuali all'appuntamento dell'*happy hour*, grazie alla strategia dell'aperitivo corredato di snack o di variegate quantità di cibo, possono fruire di bevande a base di alcol con molta facilità e nei quantitativi desiderati. Un'efficace strategia di mercato dunque che abbina gli interessi economici alle esigenze degli adolescenti bisognosi di acquisire padronanza, disinvoltura nell'espressione di sé e un modo d'essere che, pur attraverso un linguaggio fatto di bicchieri e bevande al-

(1) *L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Report Istat 2010* (www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20110405_00/)

(2) *Convegno di presentazione dei risultati del progetto "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni" sviluppato su tre filoni di attività: sorveglianza Okkio alla SALUTE e studio ZOOM8, per i bambini della scuola primaria, e l'Health Behaviour in School-aged Children, per i ragazzi tra gli 11 e i 15 anni. Nell'ambito del programma strategico "Guadagnare salute - rendere facili le scelte salutari" del Ministero della Salute/CCM (Centro per il Controllo e la prevenzione delle Malattie). Redazione salute.gov.it - 12 ottobre 2010*

coliche, si accordi con il conformismo del momento. Il rituale del bere colorito dà una espressività euforizzante, per certi versi richiama la “cultura asciutta” del bere dei paesi del Nord Europa⁽³⁾ dove gli alcolici, consumati lontano dai pasti e nel fine settimana, oltre alla funzione sociale ricreativa e di evasione dovuta alla loro capacità inebriante, servono ad interrompere i ritmi di fine giornata o della settimana lavorativa.

Anche per i giovani lo sbalzo alcolico può essere un modo per interrompere il martellamento delle angosce esistenziali o del senso di inadeguatezza rispetto ai propri compiti sviluppando convinzioni miste a sollievo come si evince dalle loro affermazioni: “Ho bisogno di alcol per carburare [...] mi fa bene quando sono triste”; convinzioni liberatorie rispetto al conflitto riguardante l'abuso alcolico che si sta agendo. Così che se per alcuni adolescenti l'adozione di comportamenti a rischio si configura come una sperimentazione di sé o una strategia per aumentare la propria accettabilità sociale, per altri gli stessi comportamenti rappresentano un'illusoria via di fuga. La fuga nello sbalzo, soprattutto per gli adolescenti ad alto rischio, rimane sempre e comunque una fuga da conflitti o da un presente in cui non trovano realizzazioni significative. E si finisce col significare azioni che oltre ad essere pericolose non è detto portino

all'obiettivo. Come con la moda del *Vodka Eyeballing*, secondo cui l'alcolico si versa direttamente nell'occhio per mandarlo velocemente in circolo. L'obiettivo è sbalarsi, l'effetto è una forte irritazione delle pupille con possibile lacerazione della cornea e una distorsione sulle immagini: uno sbalzo sia visivo che organico. L'assunzione non moderata di alcol diventa ancor più dannosa se associata a cattive condizioni socio-ambientali o di salute, all'assunzione di farmaci e sostanze stupefacenti o ad altri fattori individuali di disagio. Ne è un esempio la pericolosa abitudine della *Drunkoressia*, molto in voga negli Stati Uniti, in cui il disturbo alimentare si associa all'assunzione compulsiva di alcol. Si fa il digiuno, sostenendosi solo con acqua e fumo, per poter compensare l'apporto calorico derivante dall'ingente ingestione di alcol sen-

za doversi sentire in colpa. Molte giovani adolescenti praticano il digiuno anche per uno - due giorni per prepararsi al week end in cui sbalarsi senza rischiare di ingrassare.

Il problema serio è che gli adolescenti sono soggetti che non hanno ancora completato il loro sviluppo e che per l'alto grado di vulnerabilità psicologica nel corso degli anni potrebbero raggiungere livelli di consumo alcolico sempre più alti e andare incontro ai rischi correlati, sia a livello individuale che sociale, e a seri danni per la salute.

Non a caso l'Organizzazione mondiale della sanità già da anni raccomanda l'astensione totale dal consumo di alcol per gli adolescenti sotto i 15 anni.

Secondo l'Istat (Report 2010) tra i fattori di rischio per i ragazzi di 11-17 anni che incorrono nell'uso smodato di alcol vi è “la presen-

za anche di un solo genitore che consumi alcol in maniera non moderata”. Ancora una volta occorre partire dalla famiglia e per l'adulto essere una buona guida e un valido modello di riferimento è un compito impegnativo.

Di certo è efficace prendere coscienza delle proprie esperienze, anche giovanili, e delle difficoltà personali del percorso di crescita, rielaborando il proprio sistema educativo e la eventuale colpevolizzazione subita. La capacità di entrare in relazione con i reali bisogni dei ragazzi o di essere la loro “cassa di risonanza emotiva” resta di fatto un comportamento vincente.

Anche in base a quanto sostengono gli studiosi del ciclo vitale familiare, è forse indispensabile tenere sotto controllo i livelli di tensione o i conflitti tipici dell'ambito familiare; altrettanto necessaria è la disponibilità dei genitori di permettere ai figli di misurarsi all'esterno e ritornare a sentirsi al sicuro in casa, di uscire dal sistema familiare, ma anche di rientrarvi nel caso di eventuali difficoltà, evitando frasi del tipo “mi hai deluso, non meriti la mia fiducia” oppure “non ti guardo più in faccia”. Solo uno stile educativo autorevole può permettere al genitore di svolgere il ruolo protettivo e aiutare l'adolescente ad acquisire una capacità di autoregolazione, riducendo attraverso il dialogo e il sostegno affettivo i sentimenti di malessere del figlio. •

Per rifornirsi di birre e superalcolici basta andare negli autogrill o nei supermercati dove nessuno chiede i documenti



(3) Guarino F. *Alcol e stile giovane, un'interpretazione sociologica*. Milano: Franco Angeli edizioni, 2010

Sindrome feto-alcolica e danni per il bambino

L'esposizione prenatale all'alcol può determinare alterazioni di sviluppo nel feto. I soggetti affetti da FAS presentano deficit di crescita e anomalie facciali

di **Andrea De Tommasi**

Gli effetti collaterali del bere in gravidanza sono dimostrati da un gran numero di evidenze cliniche e l'alcolismo della donna incinta è addirittura la più frequente causa di ritardo mentale nel bambino. Il riconoscimento delle alterazioni provocate dall'alcol sullo sviluppo intrauterino è avvenuto, però, solo in tempi recenti. Nella letteratura medica moderna le prime segnalazioni al riguardo risalgono alla fine degli anni Sessanta del secolo scorso, con uno studio in Francia di Paul Lemoine. Da allora lavori sempre più numerosi, condotti in tutto il mondo, hanno permesso di definire meglio la gamma dei diversi disturbi del feto, denominata "spettro dei disordini feto alcolici" (FASD). La sindrome feto-alcolica (FAS) è la principale tra queste patologie. In Italia non si dispone di dati attendibili sulla sua incidenza, non essendo stati condotti studi sistematici, ma le conseguenze sul nascituro sono note. I bambini affetti da FAS manifestano anomalie facciali: ri-



me palpebrali brevi, filtro naso-labiale allungato ed appianato, labbro superiore sottile. Anche il sistema scheletrico subisce le conseguenze dell'esposizione

all'alcol: è stato osservato un ritardo rilevante nell'età ossea, ravvisabile in un ritardo di crescita. Altra manifestazione clinica è la presenza di un grado va-

riabile di microcefalia e malformazioni cerebrali. La certezza su cui concordano gli studiosi è che allo stato attuale non esistono quantità di alcol che, se assunte in gravidanza, possono essere considerate sicure, anche se è stato accertato che i figli di madri forti bevitrici hanno un rischio di presentare anomalie congenite superiori rispetto a quelli le cui madri hanno assunto minori quantità di alcol durante la gestazione. L'astensione, appare, quindi, l'unico comportamento sicuro. La sindrome feto-alcolica è stata al centro di un convegno organizzato lo scorso maggio a Roma, nel quale medici e infermieri italiani si sono confrontati con i colleghi del NIA-AA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) degli Stati Uniti. "È stata un'opportunità importante - spiega Mauro Ceccanti, responsabile del Centro Alcológico della Regione Lazio e docente alla Sapienza Università di Roma - visto che la maggioranza degli studi sulla FASD sono stati condotti proprio su popolazioni, come quella americana, caratterizzate da un consumo di alcol eccessi-

L'alcolismo materno è la più frequente causa di ritardo mentale nell'infanzia

L'astensione durante la gravidanza appare l'unico comportamento sicuro

vo, ma episodico (Binge drinking). In Italia, invece, così come in altri Paesi europei dell'area mediterranea, una tipologia del genere non è così frequente, a parte forse nei giovani. Al contrario, il consumo di alcol è di tipo moderato, giornaliero e concentrato durante i pasti. La prevenzione sulla sindrome feto-alcolica è fondamentale: evitare di bere alcol, anche nelle primissime settimane di gravidanza, consente di prevenire la comparsa di

UNA SINDROME CHE PARTE DA LONTANO

Sembra che le prime segnalazioni riguardo agli effetti nocivi dell'alcol in gravidanza risalgano all'antichità, come suggerito da un ammonimento di Aristotele: "...le donne sciocche, ubriache e sventate molto spesso concepiscono bambini cupi e lamentevoli...". Nella società cartaginese vi era il divieto di assumere alcolici durante la prima notte di nozze ed anche nella tradizione cristiana venivano riconosciuti gli effetti deleteri del bere sul prodotto del concepimento, come evidenziato da alcuni versi del Vecchio Testamento. Tuttavia, appare ancora controversa l'interpretazione di queste fonti. È nel corso del 1700, invece, che l'attuale concezione degli effetti teratogeni dell'alcol inizia a trovare conferme, quando alcuni medici inglesi notarono come i figli delle donne alcoliste fossero "...deboli e stupidi...raggrinziti e vecchi, come se avessero molti anni...". (Royal College of Physicians di Londra, 1726). Nel 1899, William Sullivan, ufficiale medico presso la prigione inglese di Parkhurst, effettuò uno studio sui bambini nati dalle donne alcoliste che si trovavano in carcere, rilevando che il tasso di mortalità infantile era il doppio rispetto alla popolazione generale. Ma fu solo nel 1968, quando Paul Lemoine in Francia pubblicò il rapporto "Les enfants de parents alcooliques", che si stabilì un collegamento tra consumo di alcol in gravidanza e malformazioni del feto.

FAS". Negli ultimi trent'anni, in numerosi studi epidemiologici condotti negli USA, sono stati riportati tassi di prevalenza di

FASD che variano da 0.3 a 3 ogni 1000 nati vivi, mentre quelli della FAS sono compresi tra 0.5 e 1.5 per 1000 nati vivi. Molti studi

hanno stimato che il 25-45% delle donne alcoliste darà alla luce un bambino affetto da FASD se continuerà a bere durante la gravidanza e il rischio sembra aumentare nelle alcoliste che bevono nel corso del periodo fertile. "Utilizzando un approccio multidisciplinare, che comprende la valutazione del comportamento, test neuropsicologici e di imaging cerebrale - dichiara Edward P. Riley, psicologo della San Diego University - sono stati riscontrati una miriade di effetti provocati dall'esposizione prenatale all'alcol. In termini di cambiamenti nel cervello, alterazioni nei gangli basali, nel corpo calloso, nel cervello e in varie aree della corteccia. E poi, deficit nelle funzioni esecutive, comportamenti motori e una varietà di disturbi neuropsicologici". •

SCREENING E INTERVENTO BREVE

Negli USA sono i due concetti chiave nell'approccio ai problemi alcol correlati. Fondamentale è il ruolo svolto dai medici di medicina generale nell'individuare i soggetti a rischio e avviare iniziative di prevenzione e trattamento. Con lo screening possono identificare i pazienti su cui va effettuata una valutazione più approfondita del comportamento. Il primo tipo di screening comprende questionari self-report ed interviste strutturate, il secondo test clinici di laboratorio in grado di rilevare i cambiamenti biochimici associati all'abuso di alcol. Lo screening per le donne in gravidanza è sempre più importante, alla luce delle nuove ricerche che mostrano come anche livelli bassi di esposizione all'alcol possano danneggiare il feto. Secondo uno studio del NIAAA, la proiezione dello screening è stata poi confermata da una diagnosi nell'80% dei casi.

A differenza del trattamento tradizionale, che dura settimane o mesi, il "brief intervention" (intervento breve) è una tecnica di counseling che può essere fatta in pochi minuti e ha bisogno di un follow-up minimo. Si tratta di una sessione "one to one" del medico con il paziente, che comprende colloqui motivazionali e feedback per informare il soggetto sugli svantaggi dell'uso di alcol, motivarlo a cambiare abitudini e aiutarlo a porsi degli obiettivi. "Negli Stati Uniti - descrive il direttore del NIAAA Kenneth R. Warren - l'alcol è la terza causa di morte e 18 milioni di americani, l'8,5% della popolazione sopra i 18 anni, ne sono dipendenti".

Malattie neuromuscolari, un sorriso per i bimbi

Al Policlinico Universitario Gaetano Martino di Messina inaugurata una stanza per piccoli pazienti in età pediatrica. Il fine è quello di ridurre le sofferenze dei bambini e migliorare la qualità della vita dell'intero nucleo familiare del paziente

di Enzo Gallo

Una stanza del reparto degenze di Neurologia del Policlinico di Messina, destinata ai pazienti in età pediatrica affetti da malattie neuromuscolari, che, nell'ambito della loro presa in carico globale da parte dello staff medico, hanno necessità di brevi ricoveri, per prevenire e gestire le possibili complicanze connesse alle

proprie patologie. La prima in Italia di questo tipo, voluta dal direttore generale del Policlinico, Giuseppe Pecoraro, dal direttore del dipartimento di Neuroscienza Giuseppe Vita, che si sono più volte congratulati con il presidente dell'associazione "Amici di Edy Onlus", il dottor Davide Mangiapane. "Il nuovo ambiente, frutto delle donazioni raccolte dall'associazione - ha

sottolineato Mangiapane - vuole essere un dono di speranza per tutti quei bambini che grazie ai colori della stanza, potranno vedere il ricovero con più tranquillità, in un ambiente più consono alle loro esigenze. Un contributo, piccolo, ma tangibile - conclude Mangiapane - per migliorare la qualità della propria vita, scossa dall'impegno quotidiano e costante di tutto il nucleo familiare

e mirato a ridurre le sofferenze dei propri figli, colpiti da malattie, in alcuni casi, altamente invalidanti". La nuova cameretta è dotata di due letti, bagno in camera e componenti colorati verdi e blu messi a disposizione e creati dall'azienda di arredi e complementi Cooperativa Sociale Astu di Barcellona Pozzo di Gotto, che dal 2002 gestisce un laboratorio per la produzione d'arredi e complementi destinato ai reparti ospedalieri pediatrici presso l'ospedale psichiatrico giudiziario del centro tirrenico. Originale e simpatico nell'arredo della cameretta donata il porta flebo a forma di giraffa ed una coloratissima panca a forma di pesce posta davanti alla sala visite. "I cittadini e la città devono adottare e devono imparare a considerare l'ospedale come proprio e con un esempio virtuoso come quello della donazione di oggi non solo il policlinico ma tutta la società potrà trarne beneficio" ha affermato Pecoraro, che auspica di apporare al più presto miglioramenti sostanziali ed innovazioni alla struttura ospedaliera, già a giugno verrà inaugurato l'innovativo Nido Aziendale tra il padiglione NI e Rianimazione, dove tutti i dipendenti potranno lasciare i propri figli da 0 a 3 anni. Apertura importante quella del nido visto che il Policlinico Gaetano Martino sarà la prima Azienda ospedaliera ad averne uno. •



Medici "in campo" per beneficenza

di **Andrea Meconcelli**

Agli inizi degli anni '90 si è costituita a Genova una squadra di calcio composta da medici, alcuni dei quali ex-calciaatori professionisti e semi-professionisti.

Lo scopo di "Liguria Medici F.C." - questo il nome - non è solo quello di partecipare a tornei e campionati amatoriali (A.c.i.i., U.i.s.p., ecc.) ma di organizzare incontri di calcio a scopo benefico per Istituti ed Associazioni O.n.l.u.s. (C.r.i., A.i.s.m., I.s.t., A.i.d.o., A.n.e.d., Lega italiana per la lotta contro i tumori, S.l.a., A.l.f.a.p.p., Gigi Ghirotti ecc.). Fiore all'occhiello il grande successo del triangolare di beneficenza disputato allo stadio L. Ferraris di Genova tra una rappresentativa italiana medici e le vecchie glorie di Genoa e Sampdoria, patrocinato da Comune, Provincia, Regione e Ordine dei Medici. Tale manifestazione è stata ripetuta per altre tre volte a favore di differenti Associazioni O.n.l.u.s. e pubblicizzata su tv, giornali e sulla rivista "La Voce del Medico". Sarebbe troppo lungo ricordare tutte le partite disputate in Liguria ed a Genova nell'arco di oltre 20 anni.

A far la storia di questa encomiabile iniziativa è il dott. Giovanni Mallamaci. Più



che un racconto il suo è un "entusiastico ciclone".

"Noi ci siamo incontrati la prima volta nei campionati del mondo dei medici a Jesolo. Al ritorno abbiamo deciso di formare un gruppo nostro che potesse anche partecipare a tornei amatoriali interni nella provincia di Genova. Si è così formata una squadra che allora si chiamava Genova Medici. Tale squadra si è ampliata ulteriormente per le molte adesioni, e quindi si è divisa in due squadre Genova Medici e Liguria Medici; quest'ultima si è poi divisa in altre due squadre, la Liguria Medici e un'altra che ha preso soltanto medici ap-

partenenti all'ospedale San Martino di Genova, allora grossa struttura con mille medici.

Come se non bastasse si era formato un altro gruppo di medici spostato nella zona di San Remo e Bordighera. Tutte queste squadre hanno avuto un grande successo. Il gruppo più entusiasta si è riunito intorno alla squadra della Liguria Medici che, ormai da vent'anni, partecipa a vari tornei. E allo stesso tempo organizza partite di beneficenza non solo a Genova e provincia ma anche in tutta la Liguria, da San Remo a La Spezia".

Continua Mallamaci: "Il mitico Rodolfo Gallo di Fos-

salta di Piave che organizza campionati mondiali della medicina, ci chiese di organizzare a Genova nell'ambito dell'incontro di calcio Italia-Serbia che doveva effettuarsi ma che poi per le intemperanze di alcuni spettatori non si è giocato. Abbiamo, in quell'occasione, creato una sorta di rappresentativa nazionale italiana di medici contro quelli della Serbia e abbiamo giocato in una cittadina, Sori, vicino Genova. L'anno scorso, addirittura, abbiamo fatto un triangolare sempre tra Liguria Medici con vecchie glorie calcistiche di Sestri Levante contro una rappresentativa del Congo.

La nostra particolarità - sottolinea Mallamaci - è costituita dal fatto che siamo tutti ultrasessantenni, e quindi partecipare a tali tornei risulta sempre più difficile, anche se qualche studente di medicina o qualche giovane medico si riesce sempre ancora a recuperare. Allora ci siamo inventati i cosiddetti Tornei della Sapienza, dedicati a medici oltre i sessanta; quindi riusciamo a fare piccoli tornei triangolari o quadrangolari di medici che continuano ancora a sgambettare naturalmente.

Aspetto fondamentale di tutte queste manifestazioni sportive è il loro carattere di solidarietà (verso la cura di qualche malattia o associazione) e la finalità di far conoscere la nostra associazione come abbiamo fatto per Sla e Croce Rossa e per un'infinità di associazioni". •

Luglio e le sue storie...

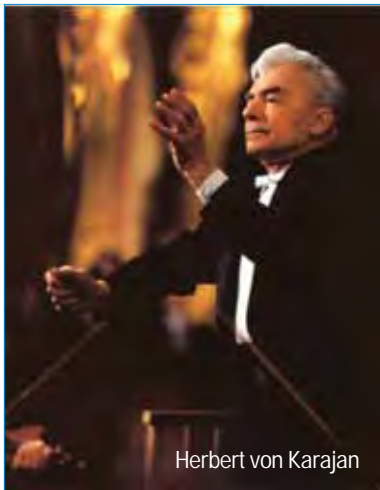
Di solito, coloro che hanno un grande spirito l'hanno ingenuo.

Montesquieu, Cahiers



17 LUGLIO 1994

Nella finale dei mondiali di calcio giocati negli Stati Uniti, l'Italia viene sconfitta ai rigori: il Brasile alza la coppa al cielo per la quarta volta nella sua storia.



Herbert von Karajan

16 LUGLIO 1989

Il grande direttore d'orchestra Herbert von Karajan muore in Austria ad Anif, nei pressi di Salisburgo.

23 LUGLIO 1980

Gli scienziati, con il documento Global 2000, lanciano al mondo l'allarme relativo all'esaurimento delle risorse naturali a seguito della sovrappopolazione ed industrializzazione del pianeta.

6 LUGLIO 1967

In Nigeria scoppia la guerra tra il governo e la regione petrolifera del Biafra. In conseguenza del conflitto alcune stime parlano di circa tre milioni di persone morte principalmente per fame e malattie.



Inaugurazione tunnel Monte Bianco

16 LUGLIO 1965

Inaugurato il tunnel del Monte Bianco che collega Italia e Francia. I lavori per la realizzazione sono durati anni per scavare 11,6 chilometri di galleria. Il presidente della Repubblica italiana Giuseppe Saragat e il presidente della Repubblica francese, Charles De Gaulle inaugurano il tunnel. La circolazione dei mezzi avverrà tre giorni dopo, il 19 luglio.



Fernando Tambroni

19 LUGLIO 1960

Si dimette il governo Tambroni, monocolore DC sorretto da missini e monarchici.

7 LUGLIO 1937

Il Giappone dichiara guerra alla Cina. Combattuta prima e durante la seconda guerra mondiale terminò con la resa del Giappone nel settembre del '45.



Ottavio Bottecchia

19 LUGLIO 1925

L'italiano Ottavio Bottecchia si aggiudica il diciannovesimo Tour de France.

6 LUGLIO 1906

La Convenzione di Ginevra per la protezione dei prigionieri di guerra viene sottoscritta in Svizzera.

Sonda spaziale Viking 1



20 LUGLIO 1976

Grande successo americano nel campo della conquista dello Spazio: si registra infatti l'"ammartaggio" della sonda spaziale Viking 1. Da Marte, il cosiddetto "pianeta rosso", vengono trasmesse numerose interessanti immagini.



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.

Audiologia e Vestibologia

Benevento, 26-28 settembre, UOSD di Audiologia e Foniatria A. O. G. Rummo, Via dell' Angelo 1

Direttore: dott. Luigi Califano

Destinatari: medici specialisti/specializzandi in otorinolaringoiatria, audiologia, neurologia di età inferiore a 35 anni

Argomenti: attività clinica in audiologia e vestibologia in diretta e su casi clinici selezionati preregistrati in "presa diretta" ed in tempo reale; discussione ed approfondimento teorico dei casi osservati con esperti in audiovestibologia, neurologia, neuroradiologia, neurochirurgia

Informazioni: e-mail: vertigobn@hotmail.com, tel. 0824 57407

Ecm: sarà richiesto accreditamento al ministero della Salute

Programmazione neurolinguistica & comunicazione

Roma, settembre-dicembre, agenzia Earth, Corso Trieste 155

Docenti: d.ssa Terry Bruno, dott. Jean-Luc Giorda

Obiettivi: il Corso si articola in 4 moduli (alla scoperta di sé, 17-18 settembre; il mondo e le sue sfaccettature, 22-23 ottobre; oltre i limiti, 26-27 novembre; linguaggio del cambiamento, 17-18 dicembre) ed è diretto ad allargare le proprie capacità percettive, a diventare più consapevoli delle proprie capacità di ascolto e d'attenzione, a capirsi e capire chi ci circonda e a conoscere le convinzioni limitanti e come superarle

Informazioni e iscrizioni: Earth, European agency for relationship and training holistic, Corso Trieste 155, Roma, tel. 06 86580186, 328 6146431, fax 06 89689609, sito web: www.earth-nlp.com, e-mail: info@earth-nlp.com

Ecm: accreditati 50 crediti formativi



Università Politecnica delle Marche

Bioetica per le sperimentazioni cliniche e i comitati etici

Ancona, a. a. 2011-2012

Scadenza iscrizioni: 31 luglio

Informazioni: Segreteria Organizzativa sito web: www.funiber.it, Dipartimento di Biochimica, Biologia e Genetica, tel. 071 2204160, 339 3982164, fax 071 2204123, e-mail: univpm@funiber.org

Ecm: gli iscritti sono esentati dall'obbligo ecm durante il periodo di formazione

Rome rehabilitation

Roma, 10, 11 e 12 ottobre, centro congressi Hotel Ergife, Via Aurelia 417/419

Presidenti: prof. Valter Santilli, prof. Sergio Mameli

Argomenti: sindromi algiche del distretto lombo-sacrale e dell'arto inferiore, sinergie tra medicina del dolore, medicina riabilitativa, ruolo della medicina del dolore e riabilitativa nel paziente con dolore persistente

Informazioni: Segreteria Organizzativa Management srl, Via Casilina 3T, 00182 Roma,

tel. 06 7020590/70309842, fax 06 23328293, e-mail: info@formazioneconsostenibile.it,

sito web: www.formazioneconsostenibile.it

Ecm: l'evento verrà accreditato presso il ministero della Salute per l'assegnazione dei crediti formativi ecm per le seguenti professioni: medico, fisioterapista, terapeuta occupazionale, tecnico ortopedico, infermiere

Fnomceo - ministero della Salute

Corso ecm/fad

Il corso eroga 12 crediti ecm ed è del tutto gratuito. Il materiale del corso, organizzato in collaborazione con il ministero della Salute, è disponibile in formato cartaceo nel numero speciale quaderni ecm/fad de la professione n. 1/2011. All'interno del numero si trova il questionario di valutazione da compilare in ogni sua parte che permette, rispondendo almeno all'80% in modo corretto, di ottenere 12 crediti ecm. In tutti gli Ordini provinciali sono disponibili copie cartacee del corso fad o può essere richiesto direttamente alla Federazione nazionale ordine medici chirurghi e odontoiatri al n. 06 6841121 identificando: il proprio numero di iscrizione all'albo professionale, il cap postale della provincia al cui ordine si è iscritti. Il questionario, correttamente compilato, deve essere inviato via fax al n. 011/0200106

Informazioni: C.G. Edizioni Medico Scientifiche srl, Via Candido Viberti 7, 10141 Torino,

tel. 011 0203250, fax 011 0200106, e-mail: fadfnomceo@cgems.it

Odontoiatria pediatrica

Fiumana, Predappio (FC), Dental Tray, 9-10 settembre - 14-15 ottobre - 25-26 novembre

Relatori: dott. Piero Altieri, d.ssa Pierangela Sciannamè

Obiettivi: il corso intende fornire una preparazione teorico- pratica utile all'odontoiatra di base nell'esercizio professionale di tutti i giorni con particolare riferimento ai bambini poco collaboranti, mediante il ricorso alla sedazione psicologica e farmacologica. L'approccio psicologico specifico insieme all'utilizzo di tecniche che diano maggiori garanzie sulla durata delle terapie effettuate possono inoltre determinare una espansione del target di utenti con beneficio a livello sociale, gratificazione personale e contrasto della "sindrome della poltrona vuota"

Informazioni e iscrizioni: piero.altieri@primisorrisi.it, tel. 06 86890090, fax 06 8272327

Informazioni sul programma scientifico: e-mail: pierangela.scianname@infinito.it, tel. 051 331588

Ecm: in fase di accreditamento

Florence Summer Course

Firenze, 9-11 settembre, Hotel Baglioni, Piazza Unità Italiana 6

Destinatari: medici psichiatri, neurologi, neuropsichiatri infantili e neurofisiopatologi

Relatori: dott. L. Bossini, prof. G.B. Cassano, prof. P. Castrogiovanni, prof. M. Cincotta, dott. Denys D. (The Netherlands), prof. L. Dell'Osso, dott. A. Di Rollo, prof. A. Fagiolini, prof. C. Faravelli, dott. N. Fineberg (UK), dott. W. Fleischacker (Austria), dott. E. Hollander (USA), prof. M. Mauri, prof. S. Pallanti, prof. G. Perugi, prof. P. Pietrini, prof. G. Placidi, prof. V. Ricca, dott. L. Roberts (USA), prof. A. Rossi, dott. W. Strik (Switzerland), dott. J. Zohar (Israel)

Argomenti: ansia, ocd, psicosi e bipolari, stimolazione cerebrale, tms e diagnosi

Informazioni: Segreteria Scientifica prof. Stefano Pallanti, Università di Firenze, tel. 334 7904933, fax 055 581051, e-mail: s.pallanti@cnsonus.org

Ecm: in fase di accreditamento



Patologie croniche: evoluzione dell'assistenza primaria

Spoleto, 16-17 settembre, centro congressi Alborno Palace Hotel, Viale Matteotti 10

Patrocinato da: Regione Umbria, Asl 3 Umbria, Omceo di Perugia

Alcuni argomenti: trasformazione delle cure primarie: dalla medicina di attesa alla medicina di iniziativa, continuità assistenziale ospedale-territorio nella integrazione medicina d'urgenza - medicina di base, diabesi

Informazioni: Segreteria Scientifica dott. Piero Simoni, dott. Cesare Spadoni, dott. Enrico Valeri

Segreteria Organizzativa Etrusca Conventions snc, Via Bonciario 6/d, 06123 Perugia, tel./fax 075 5722232, sito web: www.etruscaconventions.com, e-mail: info@etruscaconventions.com

Ecm: richiesti crediti ecm al ministero della Salute

International course endovascular procedures

Roma, 29-30 settembre e 1 ottobre

Direttori: prof. Gianpaolo Cornalba, prof. Giovanni Gandini, prof. Giovanni Simonetti

Alcuni argomenti: il Corso è indirizzato ai medici che vogliono apprendere e perfezionarsi nelle procedure interventistiche utili alla soluzione della maggior parte dei casi di radiologia vascolare

Destinatari: radiologi interventisti, cardiologi, chirurghi vascolari, medici di base, tecnici di radiologia, infermieri professionali

Informazioni: Segreteria Scientifica dott. Sebastiano Fabiano, dott. Enrico Pampana, dott. Alessio Spinelli, tel. 06 20902314, fax 06 20902404, e-mail: sebas575@yahoo.it; enricopampana@hotmail.com

Segreteria Organizzativa: Giulia Boserman, Patrizia Mariani, Roberto Pasquarelli tel. 06 20902400-2401, fax 06 20902404, e-mail: giovanni.simonetti@uniroma2.it

Ecm: richiesti crediti ecm

International academy laser medicine & surgery

Laser Florence

Firenze, 4-5 novembre, Auditorium Sant'Apollonia, Via San Gallo 25/a

President: prof. Leonardo Longo

Recipients: researchers, physicians, surgeons, biologists, physical therapists, engineers, physics

Information: Organizing Secretary Ialms, Borgo Pinti 57, 50121 Firenze, phone 0039 055 2260619, fax 055 39069632, sito web: www.laserflorence.org, e-mail: ialms@laserflorence.org

Riflessoterapia agopunturale personalizzata painful points

Montegrotto Terme (Pd), ottobre 2011-ottobre 2013

È un innovativo e originale approccio italiano del dott. Barbiero a centinaia di patologie. Efficacia elevata, spesso chirurgica come nelle lombosciatalgie e nelle cefalee. Non punti fissi e meridiani, ma punti dolorosi sempre indicati. Il principio pp rivoluziona medicina, agopuntura e riflessoterapia, riduce molto la teoria e personalizza il trattamento rendendolo più efficace

Informazioni e iscrizioni: sig.ra Alessandra tel. 049 710050, sito web: www.riflessomedica.com

Ecm: richiesti crediti ecm

Medicina trasfusionale

Genova, ottobre 2011 - settembre 2012, Università degli Studi, aula multimediale, Viale Benedetto XV

Presidente: Prof. Marco Gobbi

Coordinatori: prof. Ugo Armani e dott. Paolo Strada

Obiettivi: il Master si propone di formare personale altamente qualificato nel campo della medicina trasfusionale, con capacità manageriale e di coordinamento gestionale. Verranno approfonditi i temi relativi alla responsabilità professionale in ambito medico-legale inerenti le trasfusioni di sangue e agli emoderivati alla luce della normativa trasfusionale italiana ed europea. Successivamente verranno approfondite le conoscenze specifiche di biologia molecolare, genetica, immunologia, e immuno-ematologia relative alle problematiche trasfusionali dei vari elementi del sangue

Informazioni: Segreteria Organizzativa Rosa D'Eventi, Via San Pietro della Foce 2/1, 16129 Genova, tel. 010 5954160, fax 010 585022, e-mail: rosadeventi@rosadeventi.com, sito web: www.rosadeventi.com



Associazione nazionale specialisti in scienza dell'alimentazione

Buone pratiche in campo nutrizionale

Vasto (Ch), 7-9 ottobre, Palace Hotel Vasto, strada statale 16

Presidente: prof. Giuseppe Maria Rovera

Alcuni argomenti: patologie alimentari nel mondo occidentale, figure professionali in campo nutrizionale, medicina estetica, equilibrio nutrizionale e cute, biologia molecolare dell'invecchiamento, chrono e photoaging, nutrigenica, nutrigenomica e functional food

Informazioni: Segreteria Organizzativa OSC Healthcare Srl, Via Santo Stefano 6, 40125 Bologna, tel. 051 224232, fax 051 226855, e-mail: r.pasquini@oscbologna.com, sito web: www.oscbologna.com

Tecnica addominale ipopressiva

Firenze, 21-22-23 ottobre, Centro di Medicina Osteopatica, Viale Europa 139

Obiettivo: le tecniche ipopressive provengono dalla ricerca clinica sperimentale e dalla ricerca di base in neurofisiologia. Obiettivo pedagogico del corso è quello di formare medici, fisioterapisti e ostetriche nella pratica della tecnica ipopressiva nell'ambito di un trattamento rivolto alla prevenzione di problemi funzionali pelvici-perineali, addominali, della statica pelvica, lombo- sacrale, del post-parto

Informazioni: Segreteria Organizzativa C.M.O. Viale Europa 139, Firenze, tel. 055 6532824, e-mail: info@cmosteopatica.it, sito web: www.cmosteopatica.it

Ecm: in fase di accreditamento

Update in neonatology

Cividale del Friuli (Ud), 21-22 ottobre

Presidente: dott. Luigi Cattarossi

Relatori: Avroy A. Fanaroff, Richard J. Martin, Waldemar A. Carlo, Richard Plavka, Giuseppe Miserocchi, Roberto Copetti, Paolo Tagliabue

Argomenti: i più recenti aggiornamenti su ventilazione meccanica del neonato, apnea della prematurità, trattamento della rds, ecografia polmonare

Informazioni: PV Service organizzazione eventi, e-mail: p.v.service@virgilio.it, tel. 0432 233548, cell. 335 1035183

Ecm: richiesti crediti ecm

Ipnosi

Milano, ottobre 2011-maggio 2012, Associazione del Labirinto, Via Giambellino 84

Direzione: d.ssa Luisa Merati

Argomenti: neurofisiologia dell'ipnosi, tecniche di induzione, ipnosi diretta e indiretta, ipnosi classica ed ericksoniana, autoipnosi, l'ipnosi nell'infanzia e nell'adolescenza, nella gestione dello stress, nello sport, in medicina, medicina psicosomatica, in oncologia, nel parto, in analgesia, in sessuologia, nelle dipendenze, psicoterapia ipnotica, ipnosi regressiva, training di assertività, distensione immaginativa, ipnosi ed emdr, la transe terapeutica in danzaterapia

Informazioni: Segreteria Scientifica d.ssa L. Merati, 348 6055289, e-mail: luisa.merati@psicosomatica.org

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

e-mail: assoc-labirinto@libero.it

Olismologia

Milano, ottobre 2011 - maggio 2012, 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 della globalità della persona in un atto medico unico. Possiede un impianto teorico-pratico autonomo, concetti, principi formanti e regole basati sulle conoscenze accademiche dell'anatomia, della fisiologia, della pnei e sulle attuali acquisizioni della fisica applicate alla medicina. Utilizza le tecniche manuali e le tecniche integrative del metodo mas.cur.int.®

Informazioni: dott. Lorenzo Paride Capello, cell. 339 5311459,

e-mail: info@mascurint.com, sito web: www.olismologia.net

di Pietro Cugini

A proposito di Normotensione

per un criterio diagnostico a tre categorie: normotensione, preipertensione, ipertensione.

2. il *concetto stesso di normotensione*, dal momento che i casi con Sindrome di Cugini era-

L'attuale diagnosi differenziale tra normotensione e ipertensione è un procedimento binario di mutua esclusione. Questa usanza va sfatata alla luce del fatto che nel quinquennio 1997-2002 potei dimostrare, mediante Monitoraggio Ambulatoriale della Pressione Arteriosa (MAPA), l'esistenza di uno stato pressorio intermedio, che chiamai "Preipertensione" alias "Preipertensione MAPA-diagnosticabile" (PMD).

Nel 2003, il Joint National Committee, nel suo Settimo Rapporto (JNC-7), riclassificò i regimi pressori tendenti al rialzo includendovi la *preipertensione* con il range di valori sfigmomanometrici e lo stesso significato di fattore di rischio dati da Robinson e Brucer.

La PMD da me descritta consisteva, invece, in un regime pressorio che era associato a iniziali segni di TOD, non avente, pertanto, il semplice significato di potenziale fattore preclinico di rischio quanto, invece, quello di stato clinico attuale capace di danno cardiovascolare.

L'associazione "PMD/incipienti segni di TOD" mi indusse a ritenere che essa fosse una entità nosologica sindromica, che, per l'appunto, chiamai: "Sindrome preipertensione MAPA-diagnosticabile/iniziali segni di danno tensivo degli organi bersaglio". Nel biennio 2007-2009, a tale quadro sindromico è stato riconosciuto l'eponimo di "Cugini's syndrome".

Il fatto che la PMD fosse un regime tensivamente dannoso metteva in crisi:

1. la *diagnosi bipartita* tra normotensione e ipertensione,

no stati identificati tra i soggetti risultati normotesi alla sfigmomanometria casuale (SC) e con valori pressori MAPA compresi entro i limiti alti di riferimento.

Sospettai, quindi, che la normotensione non fosse un "unicum", quanto invece un "insieme" contenente altri possibili forme di "paranormotensione-preipertensione".

Indagai al MAPA, nei cosiddetti normotesi, come si comportava la "Differenza Percentuale Diurna-Notturna" di PAS e PAD [DPDN_(PAS/PAD)], notorio indice della *variabilità nicotomerale del regime pressorio fisiologico*, in quanto espressione di un *ritmo biologico circadiano*.

Nell'*insieme* della normotensione riscontrai vari pattern nicotomerale pressori (cronotipi):

A) Cronotipo di vera normotensione

Cronotipo **dipper** di vera normotensione: LMG_(PAS/PAD) normale e DPN_(PAS/PAD) normale.

B) Cronotipi di paranormotensione/preipertensione

Cronotipo **iperdipper**: LMG_(PAS/PAD) accresciuto e DPN_(PAS/PAD) iperaccresciuto.

Cronotipo **dipper-alto**: LMG_(PAS/PAD) accresciuto e DPN_(PAS/PAD) normale.

Cronotipo **inverter**: LMG_(PAS/PAD) normale e DPN_(PAS/PAD) invertito.

Cronotipo **iperinverter**: LMG_(PAS/PAD) accresciuto e DPN_(PAS/PAD) iperinvertito. Cronotipo **inverter-alto**:

LMG_(PAS/PAD) accresciuto e DPN_(PAS/PAD) invertito.

Cronotipo **non-dipper**: LMG_(PAS/PAD) normale e DPN_(PAS/PAD) ridotto.

Cronotipo **non-dipper-alto**: LMG_(PAS/PAD) accresciuto e DPN_(PAS/PAD) ridotto.

L'individuazione dei cronotipi para-fisiologici (potenziali responsabili della Sindrome di Cugini), avvalorava la necessità di una diagnosi MAPA tripartita tra normotensione, preipertensione e ipertensione, in cui fossero evidenziati anche i cronotipi dei *paranormotesi* (Tabella). •

Tabella

Stratificazione	Singoli valori pressori sistolici e/o diastolici di 24 ore in mmHg	LMG e DPN dei valori pressori sistolici e/o diastolici di 24 ore*
Normotensione	Nessuno superiore a 135/85 mmHg di giorno e a 125/75 mmHg di notte	LMG = 105-120/65-80 mmHg DPDN: tra 10% e 20%
Preipertensione	Nessuno superiore a 135/85 mmHg di giorno e a 125/75 mmHg di notte	LMG = 121-130/81-85 mmHg DPDN: <10% o >20%§
Sindrome di Cugini Preipertensione+segni iniziali di danno pressorio degli organi bersaglio (TOD)	Nessuno superiore a 135/85 mmHg di giorno e a 125/75 mmHg di notte	LMG = 121-130/81-85 mmHg DPDN: <10% o >20%
Ipertensione	Almeno il20% dei valori pressori sistolici e/o diastolici di 24 ore, superiori a 135/85 mmHg di giorno e a125/75 mmHg di notte	LMG ≥130/85 mmHg** mmHg DPDN: tra 10% e 20%*** oppure <10% o >20%****

LMG: Livello Medio Giornaliero. DPN: Differenza Percentuale Diurna-Notturna. *Valori arrotondati all'unità più vicina. §: In caso di paranormotensione inverter o non-dipper il VMG è quello della normotensione. **Il livello medio giornaliero della pressione arteriosa giornaliera negli ipertesi può non essere eccessivamente elevato se, nelle 24 ore, i valori pressori in eccesso si accompagnano a valori pressori in difetto. ***Specie in caso di ipertensione essenziale. ****Specie in caso di ipertensione secondaria.

Prosegue anche questo mese una nuova rubrica volta ad una rapida informazione scientifica su argomenti della medicina ripresi da organi internazionali di aggiornamento in materia medica

di Maurizio Zomparelli

Da una ricerca eseguita in Olanda dalla dottoressa Monique H. Vlak e pubblicata su *Stroke* nel Maggio 2011, è emersa una correlazione tra la rottura dell'aneurisma cerebrale e la contemporanea assunzione, in abuso, di caffè e di una vigorosa attività fisica. Si calcola che circa il 2% della popolazione ha un aneurisma cerebrale. Per questo motivo esiste una particolare attenzione dei ricercatori rivolta alla prevenzione dei rischi di una loro rottura, causa della emorragia sub aracnoidea. Lo studio è in evoluzione ed i dati raccolti sono stati commentati con la cautela del caso.

Il Daily mail ha pubblicato i dati di una ricerca dell'Università di Oxford su una popolazione di 10mila bambini dell'area di Bristol, in Inghilterra, da cui è emerso che quelli allattati con il latte materno risultano possedere un QI più alto rispetto agli altri alimentati con il latte artificiale. Tra le possibili implicazioni su questi dati, sembrerebbe essere influente il rapporto madre-figlio nello sviluppo psico-comportamentale dello stesso, più sicuro in quelli allattati dalla madre, un'altra spiegazione può essere rappresentata da una maggiore presenza di acidi grassi a catena lunga, che migliorano lo sviluppo del cervello.

Dallo studio Pater portato a termine nell'Università di Bologna è stato evidenziato che il test HC2, che identifica il DNA del virus HPV, risulta essere un test specifico da usare nella prevenzione del cancro del collo uterino, la sua sensibilità è del 98,3% e la sua specificità del 75,5% dei casi. Inoltre da questo studio si consiglia di inviare alla esecuzione della colposcopia ed eventuale biopsia, solo chi risultasse positivo al test, ovvero il 30% dei casi complessivi già sottoposti al Pap-test. Il cancro del collo dell'utero rappresenta una notevole minaccia per le donne, perché risulta essere al secondo posto della causa di decesso da tumori, per le stesse, tra i 15 e 44 anni di età, infatti ogni anno si diagnosticano 3.500 nuovi casi con un indice di mortalità del 50%.

Dall'Agi sanità una notizia che viene da Israele: un gruppo di ricercatori ha messo a punto una tecnologia diagnostica, simile ad un naso elettronico, in grado di rilevare dall'alito particolari molecole legate alle cellule cancerose. Lo studio è stato pubblicato dal *British Journal of Cancer* ed i risultati sarebbero clamorosi in fatto di rilevanza, sebbene non si disponga di un'ampia casistica, che ne consacrerrebbe l'uso su vasta scala, con la minima invasività ed impegno clinico, per il beneficio diagnostico, anche nell'ottica dei costi sociali.

In Italia il cancro del rene sarebbe in rapida crescita della casistica, in uno studio statistico del 2010 ci sono 5.568 casi diagnosticati, l'incidenza su una popolazione di 100.000 è di 16,2 di uomini e 6,8 di donne, con un tasso di mortalità di 4,7 di uomini e di 1,6 di donne, il maggiore numero di casi è stato rilevato nel Nord Italia. La riduzione dei casi di mortalità è dovuta alla tempistica della diagnosi precoce, spesso rilevata dalla diagnostica ecografica addominale.

Dall'American Journal of Epidemiology, uno studio australiano ha calcolato che la vita sedentaria aumenta significativamente la percentuale di casi del cancro del colon distale, rispetto a chi svolge un esercizio fisico dinamico costante, rispettivamente del 94% del cancro del colon sigma e del 44% del cancro del retto. La causa risiederebbe in un aumento dei valori glicemici standard nei soggetti sedentari.

È stato presentato il primo spray nasale per il dolore acuto di origine neoplastica. Il dolore acuto si presenta con un decorso temporale limitato della durata variabile di 30 minuti, con una recidiva giornaliera da 1 a 4 casi. La somministrazione dello spray nasale rappresenta una valida e rapida terapia per la risoluzione della sintomatologia, migliorando significativamente la compliance del paziente, anche a livello psicologico.

Per chi soffre di artrite psoriasica una importante novità è stata presentata nelle linee guida dal National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE), che raccomanda il Golimumab per il trattamento dell'artrite psoriasica attiva e progressiva. La casistica di questa patologia è sotto-stimata a causa della complessità diagnostica e riguarda il 5-30% delle persone affette da psoriasi, essa si rappresenta come una oligoartrite soprattutto localizzata nelle falangi, può essere molto aggressiva e mutilante. I farmaci più usati attualmente sono il metotressato, la ciclosporina, la salazopirina, oltre all'idrossiclorochina ed il leflunomide.

Una buona notizia per chi soffre di emicrania viene dall'Ospedale Maggiore di Parma, ove una equipe di medici operando selettivamente con una tecnica di resezione endoscopica facciale sulla zona di innervazione del trigemino è in grado di risolvere benignamente l'80% dei casi. Attualmente il 12% della popolazione soprattutto delle donne ne soffre e ne paga anche il costo sociale di efficienza lavorativa.

Ricordiamoci anche delle malattie rare, in questo numero parliamo della sindrome di Cogan, è dal 1945 che se ne parla, la stessa presenta sintomi come atassia, vertigini, fotofobia, ipoacusia sino alla sordità completa, stenocardia, vasculite, algie muscolo-scheletriche e gastro-intestinali. La terapia consiste nella somministrazione di corticosteroidi. I pazienti colpiti spesso presentano uno stato depressivo ed una profonda solitudine.

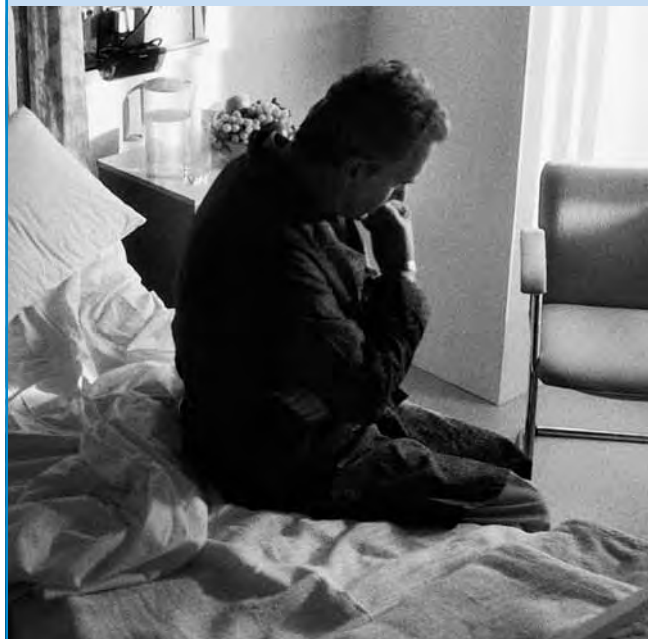
L'ossitocina e la vasopressina sono state utilizzate in uno studio condotto su animali per il modello dell'autismo. Questa terapia migliorerebbe lo sviluppo cognitivo-comportamentale e la socializzazione degli animali sottoposti ad essa.

Per la fibrillazione atriale è stato presentato negli USA un farmaco per la prevenzione delle embolie; si può somministrare il farmaco a patto che il paziente non soffra di insufficienza renale cronica grave, non abbia una protesi cardiaca e/o un'insufficienza valvolare cardiaca severa, oltre ad una insufficienza epatica grave ed avanzata.

Giornata nazionale del malato oncologico

Dal 12 al 15 maggio si è svolta la VI Giornata del malato oncologico. Per l'occasione la Federazione italiana della associazioni di volontariato in oncologia (Favo) ha organizzato, a Roma, una serie di appuntamenti nel corso dei quali è stato presentato il terzo Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici. Tra gli altri argomenti trattati il sostegno e la tutela dei lavoratori malati di tumore, le eccellenze italiane in oncologia e l'impegno italiano per il vertice delle Nazioni Unite sulle malattie non trasmissibili (tumore, diabete, malattie cardiovascolari).

E' giusto ricordare che è stata proprio la Favo, nel 2006, a chiedere e ottenere l'istituzione della Giornata nazionale del malato oncologico, con lo scopo di richiamare l'attenzione sui bisogni di migliaia di persone che affrontano con coraggio e dignità la malattia. Tra i principali obiettivi della Federazione: promuovere la tutela dei diritti dei malati di tumore e dei loro familiari; essere interlocutore delle istituzioni politiche, culturali e sindacali, per affermare nuovi diritti a fronte dei nuovi bisogni dei malati e delle loro famiglie; battersi per la parità di accesso alle cure per tutti i malati in ogni parte d'Italia e migliorare i servizi di diagnosi, terapia e assistenza anche domiciliare; sostenere l'importanza del sostegno psicologico ai malati e loro familiari.



Un dolore necessario

di Daniele Romano

Il termine un po' vetusto "esaurimento" associato al medico condotto e alla relazione di partecipazione empatica alla vita e ai problemi della famiglia, nell'arco di mezzo secolo si è raffinato diagnosticamente. Ormai è stato assorbito dal planetario disagio sociale, almeno dei paesi "pro-

grediti". Nella scala psicodiagnostica ci sono un po' tutti, dalle nevrosi agli stati depressivi, all'amplificata ansia anticipatoria esclusiva del genere umano. D'altronde, oggi, quasi due terzi dei medici a contatto con la società sono in condizioni di "burn out", sia come medici che come cittadini. Si potrebbe dedurre che la società è ammalata, il disagio sociale domina, costringendo tutti ad un ripensamento delle categorie e degli strumenti che utilizziamo e che rischiano di diventare inefficaci nonostante il progresso scientifico e tecnologico.

Cosa è successo in mezzo secolo? È aumentato lo stress acuto e cronico, sono aumentate le pressioni ambientali, oppure l'uomo è diventato più fragile, senza più contenitori, senza più regole, accoglienza e ascolto, dissociato dalla realtà, all'inseguimento di miti e modelli irraggiungibili?

Ne parliamo con Goriano Rugi, neuropsichiatra, responsabile della I Unità di Psichiatria dell'Ospedale S. Giuliana e docente dell'Istituto italiano di Psicoanalisi di gruppo, che sta lavorando sulle forme e linguaggi del dolore nel disagio sociale.

"L'uomo non ama il dolore e la nostra epoca, onnipotente, mira a cancellarlo per sempre. Del dolore l'uomo ha sempre cercato il senso, collegandolo ora alla visione tragica della vita, ora alla colpa e alla giustizia divina, ma conosciamo lo straziante paradosso di Giobbe di fronte all'enigma del dolore. Se il dolore è legato alla colpa, perché il giusto deve soffrire? In realtà non siamo preparati a pensare che il dolore non ha senso, quando ci colpisce, entra nella nostra vita, sovvertendola, distruggendo precedenti equilibri e legami. Di per sé il dolore semplicemente fa parte del nostro mondo, della nostra esistenza, e tutti gli sforzi per eliminarlo sembrano inutili o dannosi. L'anestesia, che annulla il dolore, abolisce anche la nostra coscienza, transitoria e può mettere in serio pericolo l'economia della nostra vita affettiva."

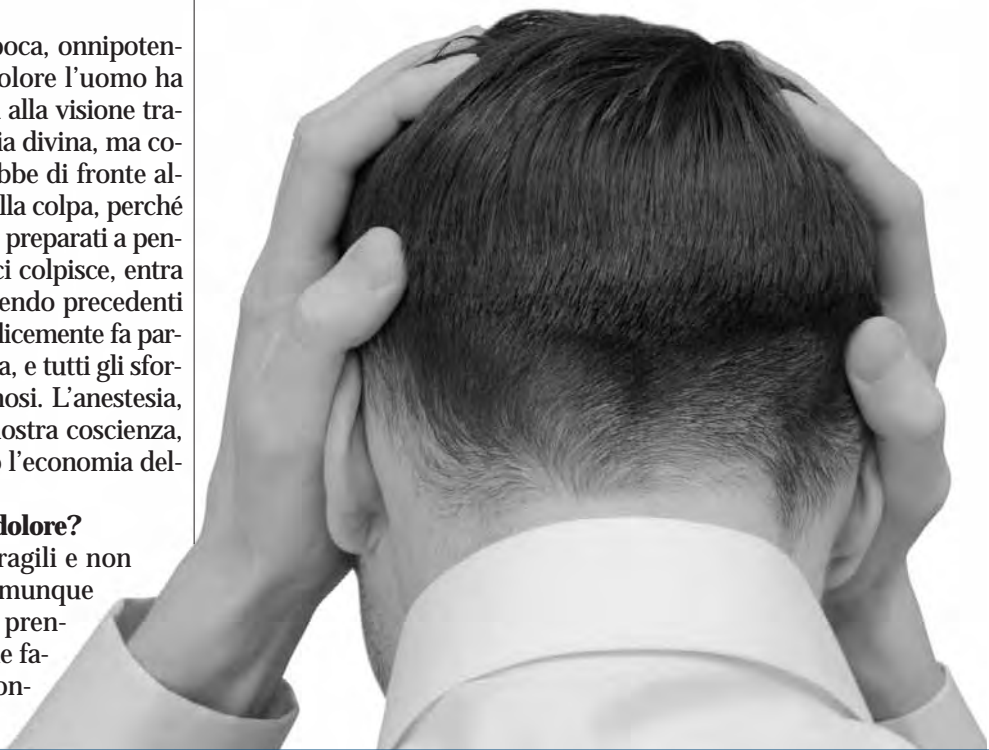
Quali sono le possibilità di contenere il dolore?

Le dighe del dolore tuttavia appaiono fragili e non sempre è facile individuarle. Il dolore comunque non tollera illusioni. È sempre pronto a prendersi una rivincita. Per questo chi ha a che fare con il dolore degli altri non può nascon-

dersi dietro l'indifferenza delle teorie o dei ruoli professionali e deve essere pronto a soffrire, autenticamente (nella nostra civiltà il dolore non ha più un vero luogo di contenimento). Oggi, il dolore sembra appartenere al mondo della superficie, in cui i fantasmi sono già spettacolo e lo spettacolo è realtà. È un dolore in diretta, che trova un contenimento, effimero peraltro, solo nelle memorie dei media che, come noi, non sanno soffrire.

Come si riflette questo sui giovani?

I nostri giovani sono le prime vittime di una società che ha perso la capacità di soffrire, di sopportare il dolore e, naturalmente, anche il piacere. Rimane l'anestesia, di massa, ovviamente. Un'illusione di cui dobbiamo sentirci responsabili. Essa non comincia con gli sballi del sabato sera, ma con le contraddizioni e i falsi miti con cui nutriamo i nostri figli, lacerati tra il miraggio del successo e l'assenza di speranza. Essi non conoscono più il significato di parole come rinuncia, sacrificio, tristezza e per ogni frustrazione, per ogni malessere, viene invocato il mito della depressio-



L'uomo non ama il dolore e la nostra epoca, onnipotente, mira a cancellarlo per sé

ne e della sua panacea chimica. Alla memoria, intessuta di riti e tradizioni, incarnata in gesti e profumi, l'uomo ha sempre affidato la propria identità, e quella dei popoli. La tensione della nostra epoca ad abolire anche la memoria del dolore dovrebbe allora farci riflettere (non si tratta ovviamente di porsi contro la ricerca scientifica, e ben vengano dei farmaci capaci di abolire il dolore o perfino certi ricordi dolorosi). Dobbiamo però essere consapevoli dei rischi, saper distinguere le necessità dai sogni di onnipotenza.

La nostra epoca ha però scambiato il diritto alla felicità in dovere, il diritto di ammalarsi e di essere curato in esigenza di essere in forma, la rivendicazione del piacere in imperativo di godimento. L'uomo moderno mira di fatto ad una realizzazione del sé senza vincoli e responsabilità, al benessere e perfino all'eternità. Non vuole il dolore. Potrebbe essere una illusione?

Il piacere, la felicità e la buona forma, non sono condizioni stabili dell'essere, ma stati dinamici e in equilibrio complesso con i movimenti affettivi dolorosi come la tristezza, il dispiacere, la noia, la frustrazione.

Quando pensiamo ad un uomo senza dolore dobbiamo immaginare un soggetto senza memoria, un soggetto senza identità. L'epoca della tecnica ha già fatto molto per abolire il soggetto e la soggettività sembra ormai ridotta ad un target pubblicitario. La nostra epoca della tecnica non è più capace di guardare ai fenomeni per quello che sono. Tanto meno di guardare alla sofferenza.

La psichiatria e la psicoanalisi non sanno più parlare al soggetto. Perché il dolore è assurdo, come aveva compreso Camus: nel dolore ognuno di noi è come Sisifo, nel suo sforzo, tremendo, di sollevare una enorme pietra sino alla cima di una montagna. Uno sforzo che non ha mai fine, se non per quell'istante in cui Sisifo guarda il masso precipitare in basso. Egli sa che ricomincerà. Ogni volta.

Questo è l'assurdo della vita. Camus ci invita a vedere che in questa lotta c'è spazio anche per la gioia...

Non si tratta di assumere il dolore nella sua interezza per ritrovare in esso la gioia suprema. Il problema non è quindi quello di dare un senso al dolore, né tanto meno di idealizzare il dolore, ma di trovare il giusto aiuto quando il dolore è troppo e ci sovrasta e di accettare la nostra condizione umana, di accogliere i nostri limiti, seppur dolorosi, perché in essi sta la nostra grandezza e la nostra libertà. Il dolore è quindi necessario nella misura in cui esso rappresenta il prezzo della nostra capacità di sentire e provare emozioni. L'anestesia emozio-



I giovani sono le prime vittime di una società che ha perso la capacità di soffrire

nale è una forma di non-vita a cui troppo spesso si riducono i nostri pazienti.

Dobbiamo allora interrogarci sul rapporto tra la nostra incapacità a sopportare il dolore e la nostra epoca dei reality show.

Il vero pericolo infatti non è la civiltà che abbiamo costruito, ma come viene gestita. La democrazia è la possibilità di accedere alla realtà. Troviamo una sorprendente analogia tra la manipolazione delle coscienze a cui ci ha abituati la società mediatica e la manipolazione della sofferenza dei "nostri" pazienti.

Cosa distingue allora il sistema totale dei simulacri da una medicina ipertecnologica, ma senza anima, e da una psicoanalisi raffinata, ma chiusa nella stanza dei desideri?

Il dolore è sempre legato alla realtà. Il pensiero occidentale ci ha abituato a legare il dolore alla conoscenza, ma abbiamo finito per dimenticare che la conoscenza è esperienza del reale o non è niente. In psicoterapia esperienza del reale significa incontro con l'altro, relazione o assenza di relazione. Ed entrambe possono essere dolorose, perfino traumatiche. Trauma e dolore si coniugano nel reale, sono la stoffa dell'esperienza. •

Lateralizzazione cerebrale nell'uomo e negli altri animali

di Nicla Panciera

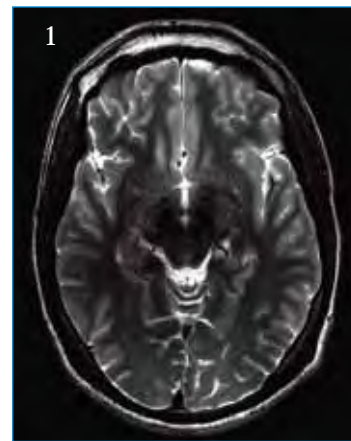
Con il concetto di lateralizzazione cerebrale abbiamo tutti una certa familiarità, a volte senza rendercene conto. Ci sono individui mancini e altri, la maggioranza, che dimostrano invece una preferenza per l'uso degli arti di destra. Ci sono manuali che ci promettono miracoli insegnandoci a potenziare le capacità proprie dell'emisfero sinistro, quella logica, razionale, matematica e discorsiva, e quelle dell'emisfero destro, come le capacità visuo-spaziali, musicali e legate alle emozioni. La maggior parte dei medici ha esperienza diretta del fatto che lesioni all'emisfero sinistro del cervello si accompagnano tipicamente a disturbi nella produzione o nella comprensione del linguaggio, mentre quelle all'emisfero destro danno di preferenza luogo a deficit nella percezione visuo-spaziale. Questo accade perché l'emisfero sinistro controlla la capacità umana per antonomasia, il linguaggio verbale, e perché le connessioni tra corpo e cervello si incrociano facendo sì che ogni emisfero cerebrale controlli la parte contralaterale del corpo. Oggi la lateralizzazione cerebrale, ossia l'asimmetria strutturale e funzionale tra

gli emisferi, è una scoperta sulla quale c'è consenso all'interno della comunità scientifica.

Agli inizi del secolo scorso, le prime conoscenze sono state raggiunte grazie a studi di fisiologia e a studi comportamentali nell'uomo e negli altri animali, ai quali si sono aggiunti poi gli interventi neurochirurgici su malati neurologici e con lesioni cerebrali. E partì studiando pazienti cui erano state recise le fibre del corpo calloso proprio Roger Sperry, che nel 1981 vinse il premio Nobel per la medicina per le sue scoperte sulla specializzazione emisferica delle funzioni cognitive. Oggi è possibile indagare la lateralizzazione cerebrale anche negli individui sani, in particolare grazie alle moderne tecniche di neuroimmagini (foto 1) rese disponibili dai rapidi avanzamenti delle neuroscienze cognitive negli ultimi decenni. Eppure, ancora non sappiamo dire con certezza perché il nostro cervello è asimmetrico. Pensiamo alla simmetria del nostro corpo rispetto ad un asse centrale. Orecchie, occhi, narici, polmoni, reni: destra o sinistra non fa differenza dal momento che la simmetria, strutturale e funzionale, è perfetta. Non così accade per gli emisferi cerebrali.

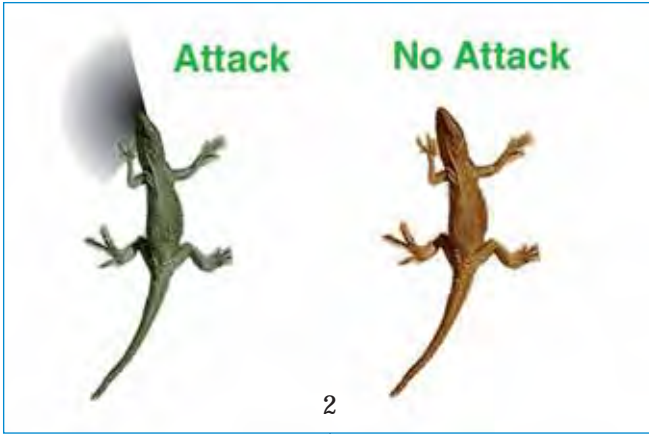
Gli altri animali. Mezzo secolo fa, lateralità manuale e specializzazione cerebrale erano ancora considerate prerogative umane. Da allora gli scienziati hanno documentato un numero crescente di asimmetrie comportamentali in varie specie animali, da quelle più simili a noi, come i primati, fino a quelle filogeneticamente più lontane. In molte specie, le risposte aggressive sono controllate dal lato destro del cervello e gli individui reagiscono più prontamente ad un predatore quando questo compare alla loro sinistra. Rospicini, lucertole, galline, pulcini e babbuini aggrediscono più frequentemente un conspecifico se questo si trova alla loro sinistra (foto 2). Varie specie di scimmie, nel comportamento alimentare, mostrano una preferenza per l'arto sinistro (emisfero destro), mentre usano di preferenza l'arto destro nell'esecuzione di compiti difficili, di manipolazione e nell'uso di strumenti.

Anfibi, pesci, uccelli e mammiferi hanno mostrato di possedere varie forme di asimmetria anatomica e funzionale. Tutti i vertebrati possiederebbero cervelli asimmetrici. E gli invertebrati, animali dal sistema nervoso molto diverso? L'annuncio del varco del



Rubicone del mondo dei vertebrati è arrivato un paio di anni fa da un gruppo di scienziati italiani guidati dal neuroscienziato Giorgio Vallortigara, alle prese con le api mellifere (*Apis mellifera*) e il consolidamento della memoria olfattiva (foto 3). Oltre all'asimmetria funzionale dimostrata dalle diverse prestazioni nei compiti di memoria, i ricercatori hanno documentato anche un'asimmetria strutturale. Lo stesso gruppo di ricerca ha di recente documentato la lateralizzazione anche nel bombo terrestre (*Bombus terrestris*).

L'origine evolutiva. Uno degli obiettivi degli scienziati è quello di enucleare i principi biologici sui quali si fonda l'asimmetria. A questo fine, le indagini si stanno concentrando sul bilancio costi benefici del fenomeno e sul ruolo giocato dalla complessità sociale. La scelta di passare a studiare il bombo terrestre, specie dalla società meno sofisticata di quella delle api, va proprio in questo senso: indagare la lateralizzazione nelle specie di una



stessa famiglia, gli Apidi, ma spostandosi verso quelle a complessità sociale inferiore. Il sospetto è che le relazioni tra conspecifici (intra-specifiche) e con gli esemplari di altre specie (intra-specifiche) possano avere un ruolo determinante nell'apparizione e nel mantenimento della lateralizzazione, in particolare di quella a livello della popolazione.

Vantaggi e svantaggi dell'asimmetria. Dal punto di vista teorico, l'individuo sembrerebbe chiaramente svantaggiato nel possedere un sistema percettivo asimmetrico.

Allora perchè l'evoluzione ha selezionato tali sistemi neurali? Oggi gli scienziati concordano sul fatto che avere cervelli asimmetrici conviene, in termini di fit-

ness (ovvero d'idoneità biologica, che si misura in termini di successo riproduttivo). Meccanismi differenti in grado di funzionare simultaneamente costituiscono un vantaggio per gli individui, in grado così di eseguire compiti cognitivi anche complessi. In altre parole, consentendo l'esecuzione nei due emisferi di processi separati e paralleli, la lateralizzazione potrebbe essere un modo di aumentare la capacità cerebrale. Se le due metà del cervello svolgono attività diverse, per l'esecuzione di ciascun compito è sufficiente il reclutamento di un minor numero di neuroni. Un gran bel risparmio. Di più. Pensiamo agli animali, come certi pesci e uccelli, che hanno gli occhi posti lateralmente e possono quindi vedere due scene anche

totalmente diverse, una distesa verde alla loro destra e un predatore in arrivo alla loro sinistra. Un cervello che abbia una metà dominante per le decisioni è essenziale per la salvezza.

Asimmetria individuale e di popolazione. Tutto questo non rende conto dell'esistenza della direzionalità nell'asimmetria. Infatti, i vantaggi della lateralizzazione cerebrale individuale non richiedono l'allineamento a livello di popolazione, che però si osserva in natura (il classico esempio che riguarda la nostra specie sono i destrimani, che rappresentano il 90%).

Se la lateralizzazione a livello individuale fosse sufficiente a produrre vantaggi computazionali, perchè l'esistenza di asimmetrie a livello della popolazione? A volte, quanto è meglio per un individuo dal cervello morfologicamente e funzionalmente asimmetrico dipende da cosa gli altri individui asimmetrici fanno in gruppo. In un banco di pesci in mare, la tendenza a nuotare svoltando tutti in un'unica direzione avrebbe il vantaggio di tenere il banco compatto e questo compenserebbe lo svantaggio dato dalla prevedibilità per un predatore del comportamento delle prede. Proprio per testare l'ipotesi che l'evoluzione della lateralizzazione a livello di popolazione sia conseguenza delle interazioni sociali tra conspecifici, gli scienziati ora indagano specie dalle relazioni

sociali più primitive. Alcuni si spingono oltre, fino a suggerire che proprio le pressioni selettive di natura sociale siano tra le forze determinanti nell'apparizione della lateralizzazione cerebrale anche a livello individuale. Ma questo è ancora tutto da dimostrare.

In sintesi. L'asimmetria assicura una maggior efficienza funzionale, a livello di specie e di singolo individuo. La lateralizzazione, documentata in punti anche filogeneticamente distanti della scala evolutiva, deve avere accompagnato l'evoluzione fin dai suoi albori, essendo improbabile che essa sia stata di volta in volta "introdotta" nelle diverse specie. Alcune funzioni sono prerogative di uno solo dei due emisferi, per evitare sovrapposizione di comandi e quindi conflitti nei comportamenti di risposta a stimoli vitali (come combattere o fuggire), mentre per altre funzioni non c'è un emisfero dominante. In natura si osservano anche la lateralizzazione a livello della popolazione e si pensa che all'allineamento delle asimmetrie individuali abbiano provveduto pressioni evolutive di natura sociale, per le quali si suggerisce anche un ruolo determinante nella comparsa della lateralizzazione individuale. Nonostante i numerosi passi avanti, la vera origine e il significato della lateralizzazione cerebrale rimangono un enigma affascinante che abbiamo appena iniziato a svelare. •



Majorana dove sei?

Il geniale fisico catanese scomparso 73 anni fa ha lasciato tracce, rimpianti e interrogativi. È un giallo sempre moderno costruito su ricordi. In momenti così frenetici come quelli in cui viviamo proviamo a ricostruire, ricorrendo anche alla fantasia, il mistero che appassionò mezzo mondo

di Ezio Pasero

Se fosse ancora vivo, avrebbe 105 anni. E' ancora tra di noi Ettore Majorana? Dove? E con quale nome? Sulla sorte del geniale fisico catanese, misteriosamente scomparso nel 1938, a soli 32 anni, sono state avanzate congetture di ogni sorta, ma tutte senza uno straccio di prova verificabile. L'ultima ipotesi, ancora tutta da verificare, è quella avvalorata da un testimone che, nel corso di un'intervista televisiva, ha detto di aver visto Majorana a Buenos Aires alla fine della seconda guerra mondiale. Una testimonianza abbastanza credibile, visto che, a ormai 73 anni dalla sua scomparsa, la Procura della Repubblica di Roma ha sostanzialmente deciso di riaprire il caso e ha incaricato i carabinieri del nucleo investigativo di ascoltare questo testimone. Una testimonianza che concorderebbe oltre tutto con la fotografia che ritrarrebbe Majorana nel 1950 sul ponte del piroscafo "Giovanna C." salpato da Genova e in navigazione appunto verso la capitale argentina accanto a uno dei peggiori criminali di guerra nazisti,



Ettore Majorana

Adolf Eichmann. Usare il condizionale, però, è d'obbligo. Perché sull'identità di Eichmann non c'è alcun dubbio: quello ritratto in quella foto è effettivamente l'ex-ufficiale delle SS, l'uomo che aveva materialmente organizzato il trasporto ferroviario degli ebrei nei campi di sterminio e che con falsi documenti cercava di raggiungere il Sudamerica per ricostruirsi una nuova vita. Rintracciato dal cacciatore di nazisti Simon Wiesenthal, era stato poi catturato in Argentina da agenti segreti israeliani, processato a Gerusalemme e condannato a morte. E fu pro-

prio Wiesenthal, nel suo libro "Giustizia, non vendetta", a pubblicare quella foto, senza però essere in grado di dare un nome agli altri personaggi fotografati. Era davvero Majorana, uno dei due? E se sì, è solo per caso che si trovava sulla stessa nave del criminale nazista e accanto a lui? Per certo, Ettore Majorana fu visto l'ultima volta il 26 marzo 1938 mentre si stava imbarcando a Palermo su un battello postale diretto a Napoli, dove però non arrivò mai. Il giovane scienziato, una delle menti più brillanti della fisica, per un certo periodo vicino ai «ragazzi di via Panisperna»

di Enrico Fermi, sparì senza lasciare una sola traccia. L'ipotesi in un primo tempo più accreditata fu che si fosse buttato tra i flutti, ma il mare non restituì mai il suo corpo. Si parlò allora di rapimento da parte di qualche Paese che conduceva studi atomici, e anche di crisi mistica e di fuga in un convento; e la sua famiglia, una delle migliori e più influenti di Catania, indisse un premio in denaro, una cifra enorme per l'epoca, per chi avesse fornito notizie attendibili, ma quel premio non poté mai essere pagato.

Perché, del resto, Ettore Majorana avrebbe dovuto sparire volontariamente? Secondo Leonardo Sciascia, che nel 1975 pubblicò il romanzo "La scomparsa di Majorana", lo scienziato potrebbe aver calcolato la potenza della fissione atomica qualche mese prima che l'avvenuta scissione dell'atomo fosse resa nota, e il presagio di un orrore imminente lo avrebbe angosciato al punto da scatenare un conflitto interiore che l'avrebbe indotto a scomparire. Majorana, insomma, quando i suoi compagni di via Panisperna esultarono nel 1934 perché pensavano di aver creato nuovi elementi chimici transuranici bombardando i nuclei di uranio con dei neutroni lenti, era stato probabilmente tra i primi a capire che in realtà avevano ottenuto un risultato ben più importante: la fissione nucleare. Di conseguenza, aveva intuito prima di altri che l'energia



atomica utilizzata per scopi bellici avrebbe potuto portare alla distruzione dell'umanità, e per questo motivo avrebbe rifiutato la sua stessa scienza. Un'ipotesi, questa, avvalorata dalle competenze scientifiche del giovane, tanto geniale quanto bizzarro e polemico, al punto da avere pesantemente litigato con lo stesso Enrico Fermi e successivamente smesso in pratica di collaborare con lui. Secondo un'altra ipotesi, meno romantica e perfino un po' imbarazzante, Ettore Majorana avrebbe invece liberamente deciso di collaborare con la Germania nazista, della quale indiscutibilmente subiva il fascino fin da quando, nel 1933, era stato a Lipsia ed era stato molto apprezzato da Werner Heisenberg, uno dei padri della fisica quantistica. In una lettera indi-

rizzata a Emilio Segrè, un altro dei "ragazzi di via Panisperna", al quale fu poi assegnato il premio Nobel per la fisica, Majorana aveva scritto a proposito della questione ebraica che "non è concepibile che un popolo di sessantacinque milioni si lasciasse guidare da una minoranza di seicentomila che dichiarava apertamente di voler costituire un popolo a sé...". E proprio da Lipsia, dopo l'approvazione delle leggi razziali, Majorana scriveva alla madre: "Nel complesso l'operazione del governo risponde a una necessità storica: far posto alla nuova generazione che rischia di essere soffocata dalla stasi economica". Ad avvalorare questa ipotesi della "fuga" in Germania, del resto, come spiega Giorgio Dragoni, ordinario di storia della fi-

sica all'Università di Bologna, che ha dedicato molti anni alle vicende dello scienziato siciliano, c'è anche un'altra lettera: scritta, dopo la sua scomparsa misteriosa, da Gilberto Bernardini, al tempo giovane e brillante fisico, a Giovanni Gentile jr, fisico teorico, figlio dell'ex ministro Giovanni. Vi si legge: «Caro Giovanni, come puoi immaginare, la notizia di Majorana mi ha dato una vera gioia. Non è molto bello forse, ma in compenso non è una cosa così tragica come si pensava e ci se ne può rallegrare». Dragoni ha poi raccontato di avere intervistato nel 1974 Bernardini, allora direttore della Scuola Normale di Pisa, e che questi gli confermò: «Ettore si trasferì in Germania per collaborare alle armi del Terzo Reich». Ma perché mai, se davvero aves-

se deciso di fare una scelta simile, Majorana avrebbe dovuto attuarla in modo tanto misterioso, scomparendo addirittura, in anni in cui la Germania nazista e l'Italia fascista erano preziosi alleati?

E tuttavia, a dare ancor più credito all'ipotesi di una fuga volontaria, ci sono altri dettagli: come quelli di aver prelevato nei giorni immediatamente precedenti i propri stipendi arretrati prima di scomparire e il proprio passaporto. E, soprattutto, come lo strano biglietto lasciato alla sua famiglia: «Ho un solo desiderio: che non vi vestiate di nero. Se volete inchinarvi all'uso, portate pure, ma per non più di tre giorni, qualche segno di lutto. Dopo ricordatemi, se potete, nei vostri cuori e perdonatemi». Secondo questa ipotesi, dunque, finita la guerra con la disfatta del nazismo, Ettore Majorana si trasferì in Argentina. Secondo gli esperti che hanno messo a confronto quella famosa foto scattata sul piroscampo con altre di Ettore Majorana, misurando le distanze tra gli occhi, il naso e la bocca, è molto probabile che l'uomo con gli occhiali scuri ritratto accanto a Eichmann fosse proprio lui (vedi foto). E dopo? Dopo, il mistero continua. Perché l'ultima testimonianza potrà al massimo confermare che effettivamente lo scienziato visse sotto falso nome a Buenos Aires, ma non come visse e quando morì. •

Libri ricevuti

di G. F. Barbalace



Quasi favole

Le storie scritte da Giorgio Rifelli sono indubbiamente delle favole. Come queste sono, infatti, ambientate al di fuori di ogni tempo e abbondano di re, di castelli e di personaggi originali. In esse la costruzione della narrazione, la fantasia e l'invenzione, pur non distanziandosi da un sempre aleggiante buon senso, creano situazioni ed eventi sorprendenti che, assieme al sorriso, inducono a meditare su quanto è raccontato e a ricercare e scoprire quanto sottinteso e non detto.

In questo senso non sono fiabe per fanciulli perché, come moderni apologhi, sembrano proprio composte per essere rivolte agli adulti con lo scopo di far riscoprire loro, con la semplicità del fanciullo che ognuno conserva nel suo intimo, il valore delle cose che più contano nella vita.

Giorgio Rifelli
"Quasi favole"

Scione Editore, Roma - pp. 135, € 18,20



Un semplice ricordo

Per ricordare la splendida fanciulla che fu Marianna Boccolini, sottratta diciottenne all'affetto dei suoi cari da un incidente stradale, i familiari, gli amici, gli insegnanti del liceo e di pianoforte assieme alle associazioni culturali "Arte in bottega", di Roma, e "Arte in itinere", di Terni, hanno voluto pubblicare questo libro, i cui proventi saranno devoluti a Medici senza Frontiere. Il volume riunisce,

insieme a tante belle foto della ragazza, le poesie, gli scritti scolastici, le pitture, i disegni, per cui, da quando aveva nove anni, si era fatta apprezzare da tutti. La fanciulla, dotata dalla più tenera età di notevoli capacità artistiche, di amore per l'ambiente e di comprensione per i bisogni delle persone, mostra fin dai suoi primi saggi poetici e in prosa le sue doti che, col passare degli anni, maturano e si affinano, sviluppando una precoce attenzione per il sociale ed una notevole sensibilità per la critica letteraria.

Marianna Boccolini
"Un semplice ricordo"

Publicato in proprio, info: mltomas@alice.it - pp. 127

Primula ambigua

L'atteggiamento dell'uomo occidentale è radicalmente cambiato rispetto alla salute, alla guarigione, al benessere e anche alla bellezza. Quelle che prima erano soltanto delle aspirazioni sono oggi considerate dei diritti, che in molti sono pronti a garantire con le più astruse terapie, cui attribuiscono caratteristiche di scientificità, ma che hanno per base troppo spesso soltanto la capacità imbonitrice con cui vengono propagandate. A questa gara di cure prodigiose, offerte come risposta alle molteplici aspettative dell'uomo moderno, partecipa spesso anche l'industria farmaceutica. Nuovi Dulcamara continuano ad illudere la società che Pierangelo Lomagno coglie nel controcanto delle sue aspettative più insensate proponendo agli uomini le sue pozioni di pura fantasia, come quella composta con la polvere dello schermo del televisore, che assicura l'oblio e le illusioni, per svelare, divertendoli, questa loro debolezza.

Pierangelo Lomagno
"Primula ambigua"

Tipolito Melli, Borgone Susa (TO) - pp. 161, € 12,00



La salute del tuo fegato

Per conto delle associazioni federate nella Liver-Pool Onlus (Federazione nazionale delle associazioni di volontariato per le malattie epatiche), Salvatore Ricca Rosellini ha curato la pubblicazione di questo libro con l'intenzione di informare il più ampio numero di persone sulle potenzialità raggiunte dalla medicina nel campo delle malattie del fegato, mettendone in evidenza tanto i limiti, in cui ancora si dibatte, quanto i notevoli traguardi raggiunti e le incoraggianti prospettive di sviluppo. Il volume è composto da interviste fatte a luminari del settore, i quali danno il loro informato parere sui vari argomenti; da commoventi testimonianze di ammalati o di loro familiari e dalle considerazioni del personale del volontariato. Tutti argomentano su questioni importanti come le diverse patologie epatiche, le relative terapie, le complicanze e la prevenzione, i trapianti, le donazioni e i problemi dell'assistenza.

Salvatore Ricca Rosellini
"La salute del tuo fegato"

Sugarco edizioni, Azzate (VA) - pp. 220, € 16,00



Impotenza maschile, femminile e di coppia



Impostato sull'esperienza trentennale della Scuola di Sessuologia del Centro Italiano di Sessuologia, Giorgio Rifelli e Gabriella Rifelli, dell'Università di Bologna, hanno curato la pubblicazione degli interventi multidisciplinari di specialisti del centro riguardanti i vari aspetti della sessualità. Il testo presenta una panoramica aggiornata delle risposte date in questo settore dalla medicina e

dalla psicologia e offre, come dice il sottotitolo del volume, una lettura della domanda per una clinica delle disfunzioni sessuali. Molte sono anche le notizie storiche riguardanti questa tematica. I punti di vista di varie discipline sono riuniti in un solo testo perché nella clinica sessuologica non è oggi pensabile l'intervento di un solo specialista. Per la terapia di queste patologie sono necessarie conoscenze più ampie e complesse di quanto è nelle competenze di ogni singola specializzazione, affinché non venga trascurata l'interazione organica e psicologica dei pazienti.

Giorgio Rifelli, Gabriella Rifelli
"Impotenza maschile, femminile e di coppia"
 Scione Editore, Roma - pp. 478, € 38,00

Origini ed evoluzione dell'ortopedia, della traumatologia e delle scienze affini



Il libro di Giorgio Graziati riunisce in un'opera unica una visione completa dell'evoluzione dell'ortopedia e delle scienze ad essa affini, colmando così una lacuna della letteratura medica.

Il volume, ricco di immagini, fotografie e ritratti è diviso in sei parti. Nella prima viene fatta una panoramica storica dell'ortopedia egizia, babilonese, indiana, greco-romana, araba, medioevale, rinascimentale, moderna e contemporanea. Nella seconda sono trattate le scoperte e le innovazioni che hanno determinato l'evoluzione di quest'arte: la sepsi e l'antisepsi, l'anestesia, i raggi X, il laccio emostatico, la termocoagulazione, gli apparecchi di trazione, ecc.. Nella terza parte si parla delle patologie dell'apparato locomotore. Poi sono descritte le lesioni traumatiche. Successivamente gli interventi tipici dell'apparato locomotore. Infine sono esaminate le scienze affini e complementari all'ortopedia. La bibliografia e gli indici dei nomi e dei ritratti concludono il pregevole lavoro.

Giorgio Graziati
"Origini ed evoluzione dell'ortopedia, della traumatologia e delle scienze affini"
 Edizioni della Laguna, Mariano del Friuli (GO) - pp. 566, € 100,00

In breve

Domenico Gambi

ASPETTANDO LE LUCI DELL'ALBA

Autobiografia di un medico venutosi a trovare dalla parte del paziente. La narrazione dei sentimenti, dei dubbi, delle preoccupazioni vissute nel corso dell'esperienza chirurgica, della convalescenza e del ritorno alle consuete occupazioni si sviluppano in un interessante intreccio tra i ricordi della giovinezza e meditazioni sul valore della vita.

Edizioni Tracce, Pescara - pp. 127, € 11,00

Autori vari

TABÙ O BELLEZZA?

Sono gli atti di un convegno dell'Associazione Al Confine Onlus che, in favore delle persone anziane cui i moderni centri urbani offrono poche occasioni di socializzare, ha costituito un centro di incontro che faciliti loro, tramite una rete relazionale e conviviale, il recupero delle capacità creative e promuova una nuova cultura della vecchiaia.

Società Cooperativa Editoriale

L'altrapagina, Città di Castello (PG) - pp. 105, € 10,00

Eugenio Morelli

PUNTO DI RIFERIMENTO

Nelle poesie di questa raccolta, il poeta, con espressiva sinteticità, svolge un'indagine psicologica su se stesso usando la stessa acutezza con cui, in altri lavori, ha rivolto la sua attenzione all'umanità sofferente. Ne risulta un poetare introspettivo, rivelatore di una personalità e di una sensibilità meditativa e attenta ai nessi che uniscono la realtà ai sentimenti.

Edizioni Cronache Italiane, Salerno - pp. 27

Giuseppe Salzano

TRA I FILI DELL'ORDITO

Trilogia di racconti di carattere poliziesco, la cui originalità sta nell'essere ambientati in una realtà paesana, nel Cilento. Le atmosfere e le usanze locali sono rese con maestria e i personaggi delle storie sono ben caratterizzati con brevi tratti essenziali. Tra di essi spicca zia Nora, perspicace donna del posto, che si dimostra provetta investigatrice.

L'Opera Editrice, Vallo della Lucania (SA)

pp. 251, € 12,00

Giovambattista Xiumè

OMBRE DELLA SERA

I ricordi di questo medico della provincia di Ragusa costituiscono un interessante spaccato di vita nella Sicilia del XX secolo. La guerra, gli studi, i maestri di scuola e di università, gli amici scomparsi, vicende familiari e di lavoro sono raccontati con profondità di sentimenti ed eleganza di stile e testimoniano un percorso professionale condotto sempre nel rispetto dei malati e dei colleghi di lavoro.

Genius Loci Editrice, Ragusa - pp. 221, € 14,00

Health Technology Assessment



L'interesse per l'Health Technology Assessment (HTA) è uscito dal ristretto ambito dei ricercatori nel quale era confinato facendo fiorire interpretazioni, aspettative, usi. È emersa anche, però, la necessità di un corretto sviluppo della pratica dell'HTA per una sua integrazione

efficace nel sistema sanitario. Questa guida, scritta da Tom Jefferson, medico epidemiologo e consulente di istituzioni pubbliche italiane ed internazionali per la conduzione di attività di ricerca, ne riassume in quarantotto pagine i concetti essenziali, fornendo un pratico strumento metodologico per chi si appresta ad occuparsi di HTA sia come produttore sia come utilizzatore.

Tom Jefferson

"Health Technology Assessment"

Il pensiero scientifico editore, Roma - pp. 48, euro 8,00

Appunti di un chirurgo per vocazione



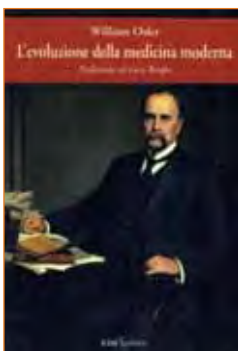
Mario M. Giordani, tra i più eminenti esponenti della chirurgia italiana, testimone "attivo" della rivoluzione epocale che, grazie alla realizzazione o all'affinarsi di tecniche strumentali diagnostiche e operatorie, ha coinvolto la Chirurgia dagli anni '50 in poi, in questo libro riporta con stile agile e accattivante le proprie sensazioni ed esperienze, creando un prezioso documento *storico*.

Così, dopo una simpatica e complessa biografia, egli testimonia, senza mai dimenticare gli aspetti umani della sua professione, eventi vissuti rigorosamente "in diretta" e in prima persona, come il primo trapianto di cuore di Christian Barnard, i primi impianti di *pacemaker*, i prodromi della radiologia invasiva, lo *shunting* intraepatico... Un libro da cui emerge quella che nello stesso titolo l'Autore definisce con orgoglio la propria "vocazione" per la Chirurgia. (*L.Ster.*)

Mario M. Giordani

"Appunti di un chirurgo per vocazione"

info: giordanimario@alice.it



L'evoluzione della medicina moderna

Con questo libro, oggi tradotto per la prima volta in Italia, Osler ci ha lasciato una delle più celebri ed efficaci introduzioni alla storia della medicina.

Un excursus attraverso millenni di storia del pensiero e della pratica medica, dai maestri greci con il loro inappuntabile senso descrittivo, alla medicina medie-

vale con le sue commistioni di esoterismo e alchimia, dalla medicina rinascimentale, epoca d'oro con la nascita dell'anatomia e della fisiologia, allo straordinario decollo della medicina ottocentesca di cui lo stesso Osler fu uno dei grandi protagonisti.

William Osler

"L'evoluzione della medicina moderna"

EdiScience, Edigroup & Co., Florida (SR) - pp. 312, euro 24,00

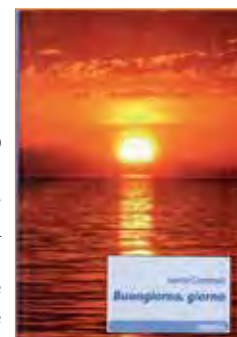
Buongiorno, giorno

Federica è nata al Sud, nella Sicilia degli anni Quaranta. La sua infanzia trascorre fra gli alti e bassi di una famiglia problematica, dove il concetto stesso di affetto è tragicamente distorto. Federica è di corporatura esile, fragilissima all'apparenza, ma la sua forza interiore, la sua insospettabile energia le consentono di andare avanti, di sopravvivere a una madre distratta, a un padre assente che la tradisce e la deruba della sua innocenza, a un'esistenza che le nega quasi tutto. Proiettata nel mondo, con l'unico bagaglio di quei bei ricordi che da sola ha costruito, dovrà affrontare la durezza della realtà, l'insensatezza di una vita sentimentale che non garantisce nulla, che inaspettatamente prende e toglie. Un romanzo, questo di Santa Costanzo, che regala al lettore intense ed indimenticabili emozioni.

Santa Costanzo

"Buongiorno, giorno"

Albatros Il Filo, Roma - pp. 130, euro 14,90



Farmacologia di genere

Le donne sono le principali utilizzatrici di farmaci. Nonostante ciò i trial clinici sono effettuati quasi esclusivamente sui maschi giovani. La farmacologia di genere nasce per cercare di superare questo gap di conoscenze, evidenziando se le risposte ai trattamenti farmacologici sono diverse da uomo a donna, e tenendo in considerazione le variazioni fisiologiche che avvengono nella donna in funzione della ciclicità della vita riproduttiva, dell'età e dell'uso di associazioni estro-progestiniche.

Attraverso questo volume ci si propone di diffondere gli elementi di base della farmacologia di genere, per sottolineare che le donne non vanno intese, nemmeno dal punto di vista farmacologico e clinico, come "piccoli uomini".

F. Franconi, S. Montilla, S. Vella

"Farmacologia di Genere"

Seed, Torino - pp. 168, euro 28,00





Consapevolezza e piacere

Londra, fine Ottocento. Horace Wellington è all'apparenza l'emblema del perfetto dandy ma, pur conducendo una vita dedicata alla ricerca del puro piacere, dietro lo sguardo fiero e distaccato, cela dei turbamenti che soltanto la sensibilità del giovane filosofo Lord William Brenner, suo discepolo e unico amico, riesce a cogliere. Dopo un viaggio a Parigi, Horace non è più lo stesso: è qui che i toni cambiano, le argomentazioni si fanno più serie, quelle che un tempo erano certezze indiscusse iniziano a vacillare, finché il gentiluomo prende atto che in questa vita la verità non gli è concessa. Veri protagonisti sono i dialoghi, che affrontano tematiche filosofiche ed esistenziali cercando di rispondere ai grandi interrogativi della vita.

Alessandro Ferraro

"Consapevolezza e piacere"

Albatros Il Filo, Roma - pp. 130, euro 14,90



Le immagini dell'inconscio. Il contributo di Nise da Silveira

Secondo Jung le immagini che abitano l'inconscio collettivo, gli archetipi, esprimono gli aspetti più autentici e profondi della psiche. Quando si presentano nell'inconscio essi sono in grado di attivare una radicale trasformazione psichica. Quanto più si abbassa il livello della coscienza, come accade nei sogni, tanto più gli archetipi dispiegano il loro potere. Proprio nella follia le immagini archetipiche esprimono tutto il loro potere. Saperle riconoscere e rappresentare in forma artistica, attraverso il disegno ad esempio, consente di contenerle e aiuta a dare senso alla dissociazione e al dolore psichico. Proprio alle immagini della follia e all'opera di Nise da Silveira, grande psichiatra e psicoanalista brasiliana, che le ha sapute comprendere e valorizzare nel loro profondo significato psicologico, è dedicato questo lavoro.

Eugenio Pelizzari

"Le immagini dell'inconscio. Il contributo di Nise da Silveira"

Moretti & Vitali, Bergamo - pp. 156, euro 18,00



1200 giorni con Gesù

"1200 giorni è soltanto un calcolo approssimativo del tempo che i dodici apostoli hanno trascorso col Signore; un tempo relativamente breve, ma oltremodo ricco e prezioso. Proprio prendendo spunto dalle loro esperienze, questo libro esamina e approfondisce molti aspetti della vita cristiana: la chiamata del Signore, le scelte della vita, il privilegio di conoscere la Parola, le paure, le prove, le delusioni, l'ubbidienza, la perseveranza. I discepoli, pur

essendo particolarmente favoriti, erano persone come noi. I loro sbagli sono anche i nostri. Nostri sono i loro dubbi, i loro errori, i loro timori; ma, come loro, possiamo godere anche noi delle stesse indicibili gioie e riportare le stesse gloriose vittorie, se amiamo il Signore con cuore sincero e siamo disposti ad ubbidirgli e a servirlo." (Dalla prefazione del libro)

Alfredo Apicella

"1200 giorni con Gesù"

Il messaggero cristiano edizioni, Rivoli (TO)

pp. 118, euro 7,00

La prova del labirinto

Roberto Contardi, psichiatra, ha affidato a questo testo il compito di interrogare la clinica attuale, in particolare quella delle "patologie non nevrotiche" (stati-limite), secondo gli assunti fondamentali che identificano il metodo psicoanalitico. Riprendendo l'indicazione freudiana della psicoanalisi quale riforante il filo che conduce l'uomo fuori dal labirinto del proprio inconscio, popolato da mostri perturbanti, è con ciò, più in generale, il sapere psicoanalitico ad essere interrogato riguardo alla praticabilità di un lavoro di riorganizzazione del campo teorico che consenta di valorizzare le tensioni cui sono sottoposti i suoi confini in conseguenza degli evidenziati nuovi "fatti clinici", integrandone la comprensione nella coerenza degli assunti che hanno presieduto alla sua originaria delimitazione.

Roberto Contardi

"La prova del labirinto"

FrancoAngeli, Milano - pp. 176, euro 20,50



La nuova banca dati Manuale della professione medica

Il "Manuale della professione medica. Deontologia etica normativa" ed il cd-rom che ne è la versione digitale, fanno parte dell'offerta speciale Fnomceo 2011, in collaborazione con C.G.



Edizioni Medico Scientifiche, che prevede anche: l'accesso al database online (75 articoli del codice deontologico, news, aggiornamenti professionali e case history di giurisprudenza sanitaria) e l'abbonamento alla rivista bimestrale "Professione & Clinical Governance". È possibile usufruire, fino al 31 luglio prossimo, anche del trial gratuito per la consultazione online della banca dati: basta effettuare il login sul sito www.cgems.it/dbase inserendo la user: promo2011 e la password: cgems2011.

Offerta Fnomceo 2011:

Volume +Cd-rom+Database online+Rivista, euro 49,99
C.G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino - info: tel. 011 338507

“Polemose bene”

di Antonio Gulli

La natura umana nel suo disvelarsi trova sempre le forme più bizzarre attraverso cui destare stupore o biasimo. La complessità che la distingue non finisce mai di produrre modi e forme per dare espressione alle sue diverse pulsioni o dare voce alle virtù. Co-

me non esaurisce mai la scoperta di canali attraverso cui – per esempio – dare sfogo all’aggressività che poi, se non educata, si traduce in violenza. Una di queste forme d’aggressività è senza dubbio la polemica. Alcuni ritengono che il dare voce a questo tono nelle relazioni sia connaturato con alcuni caratteri del genere umano. Al contrario, si può pensare che l’essere polemico non affondi le sue radici nelle diverse forme di innatismo quanto scaturisca dalla mancata tesaurizzazione delle esperienze vissute. Facendo propria questa seconda tesi, si può anche immaginare che l’essere polemico è direttamente proporzionale al numero di sconfitte e fallimenti accumulati. Ma la questione è molto più articolata, se non altro perché l’attore – l’uomo –, nella sua polisemica poliedricità, è capace di usare se stesso e le sue potenzialità in maniera molto bizzarra. Il tedesco W. August von Schlegel, pastore luterano, critico letterario e “padre” del romanticismo tedesco, collocò la cosiddetta vis polemica in quella zona in cui “la ragione e la non ragione si toccano”. In quel posto, scrive, è come se avvenisse “una scarica elettrica”. E si sa che le scariche elettriche producono sia corti circuiti che cenere. Nel caso delle relazioni sociali lobotomizzano il rispetto dell’altro. A distanza di duecento anni questa metafora non sembra aver perso il suo fascino se si pensa che l’essere polemico – e la polemica –, effettivamente, nasce dal modo in cui si risponde a una critica e non dai contenuti della critica stessa. Infatti, nella polemica il dialogo viene prima dirottato sulle intenzioni di chi esprime un’opinione e poi trasformato in un “processo” alle stesse per colpire l’uomo. Che cosa rimane del contenuto della tesi o dell’opinione? Non c’è dubbio che la polemica, mettendo a tacere i contenuti, annulla qualsiasi forma di dialogo e trasforma quest’ultimo in una vera e propria disputa. Una guerra di parole che non ha – quindi – come obiettivo l’emergere delle proprie “buone ragioni” quanto il solo “abbattimento” dell’interlocutore. Per trovare un corrispettivo di quanto stiamo descrivendo basta assistere ad una qualsiasi riunione condominiale, a molti dei dibattiti politici, agli innumerevoli talk show di cui sono piene le televisioni o, per altro verso, alle riunioni dei consigli di amministrazione. Non è un caso che poi si dice che le decisioni si prendono, concretamente, o prima o lontani da

queste sedi. I modi attraverso cui innescare una polemica possono essere tanti. Le forme diverse e gli ingredienti vari. Le strategie retoriche possono essere molteplici e i polemisti di professione lo sanno bene. Per capire come funziona, è bene conoscerle. Queste possono caratterizzarsi come “attacco ad personam”, in cui l’argomento esposto perde validità in ragione della persona che lo espone. In altri termini non si punta al merito dell’argomento quanto a squalificare chi lo espone; a “reductio a hitlerum”, in cui la persona polemica tende a squalificare l’argomento accomunando chi esprime l’opinione a un personaggio malvagio (Adolf Hitler è l’esempio più estremo). Con questa falsa locuzione latina, colui che vuole innescare la polemica – di fatto – trasferisce la paternità della tesi esposta da colui che la sostiene a una figura negativa, indipendentemente dai contenuti che la strutturano. Con l’“attacco tu quoque”, per esempio, si adotta la strategia di squalificare la persona che sostiene un argomento affermando che la persona stessa non è coerente con quanto afferma. Questa retorica fa suo il detto “predichi bene e razzoli male”. Mentre la strategia detta “dell’avvelenamento del pozzo”, punta, prima ancora che venga proposto un argomento (o una risposta) a demonizzare colui che potrebbe pensare una cosa simile; con il ricorso alla “petitio principii”, i più sofisticati polemisti ricorrono alla strategia che vede l’argomento che si desidera dimostrare utilizzato anche come base della dimostrazione stessa, portando il discorso ad un “ragio-



namento circolare” che non sempre è di facile individuazione. Come si può leggere la vis polemica è una vera e propria arte, e non è un caso che i più famosi studiosi del linguaggio se ne siano interessati. Lo scorrere di queste strategie – ci auguriamo – forse può aiutarci a renderci meno vulnerabili e a capire che un essere votato alla polemica, è meglio “lasciarlo cuocere nel suo brodo”. I polemisti più abili, per esempio, assumono come strategia l’“argumentum ex silentio”. Questa si attua attraverso la retorica per cui si deduce una conclusione dall’assenza di una premessa; o, l’“argumentum ad ignorantiam”, attraverso cui l’argomento viene considerato valido perché non esistono (ancora) prove del contrario. Se questo può essere accettabile in un tribunale, dove si ipotizza l’innocenza dell’accusato sino a prova contraria, tuttavia non ha alcun senso in tutti gli altri ambiti in cui ogni tesi dovrebbe ricevere lo stesso livello di plausibilità. Ce ne sono altre. Si possono aggiungere all’elenco forme quali la “giustificazione ad auctoritatem o ad iudicium”, in cui si fa leva sull’autorità di chi ha espresso l’argomento prima di allora o sul fatto che siano numerosi coloro che lo sostengono; “l’attacco alle circostanze”, in cui si distoglie l’attenzione dall’argomento alla persona che lo sostiene, e alle circostanze che legano la persona all’argomento; l’“ignoratio elenchi”, in cui l’argomento che si dimostra è differente da quello che inizialmente si intendeva dimostrare; ovvero, la conclusione può dunque essere logica ma irrilevante ai fini della questione (come quasi tutti gli attacchi Tu Quoque: “*I’hai fatto anche tu*”; vero, ma che c’entra?) o, non in ultimo, nelle strategie più semplici, alla



La polemica è spesso una guerra di parole che non ha come obiettivo l'emergere delle proprie "buone ragioni" quanto il solo "abbattimento" dell'interlocutore

forma polemica che si avvale nel riassumere la posizione avversa in termini superficiali per poi controbattere questa versione “semplificata”. Ovvero – come si dice – si erige un uomo di paglia (in inglese, “*straw man*”) per poi abbatterlo.

Come si è potuto leggere nessuna di queste forme ha come “bersaglio” il contenuto della tesi espressa dalla persona, e anche quando questa sembra l’oggetto della disputa è facile cogliere che il principale obiettivo è sempre la persona che l’ha espressa. O che comunque, nessuna affronta in qualche modo il grado di verità dell’argomento. Ma del resto, quando si realizza una guerra si può parlare di un vincitore? E polemizzare non significa – come indica lo stesso etimo della parola che dal greco polemikòs significa proprio “attinente alla guerra” – instaurare una relazione che implica nell’intenzione di partenza, una situazione di potere, dove il polemizzando, non desidera raggiungere un accordo comune, ma voler imporre la propria idea sull’altro, camuffandola come discussione? La polemica nella comunicazione tra adulti è sempre negativa, perché rigira su circoli viziosi, senza apportare nuove posizioni reciproche. Denota – come ricordato – conflitti interiori non risolti e poca autostima. Per altro significa anche l’essere rimasti agganciati a una condizione emotivo-affettiva adolescenziale e – da adulti – mostrare cattiva coscienza e tanta malafede. Ma la polemica in alcuni casi – si pensi alle dispute filosofiche, scientifiche, poetiche ecc. – può significare anche un rendere fertile un terreno che è stato pensato inaridito. In questi casi è importante notare che la distinzione tra i due universi di significato, non dipende da alcun fattore oggettivo legato alla realtà esterna al testo, ma è operata interamente nel e dal discorso. Saranno i testi stessi a dirci, quindi, chi è il Soggetto e chi è l’Antisoggetto. I due attori in queste dispute hanno “programmi narrativi” e punti di vista speculari, potenzialmente altrettanto legittimi e degni di ammirazione o di biasimo. In questi casi, la polemica – proprio perché c’è il “terzo elemento” (testo) può rappresentare un possibile volano di crescita per tutti. Sempre e solo, però, se affrontata con spirito di comprensione e con la volontà di capire e far capire. Quando però ci si arrocca su posizioni irrettrabili e strillate, quando ci si attacca a mo’ di arieti che si caricano a vicenda, è opportuno che si sappia che si sta mettendo in piedi l’ennesimo spettacolo di un funerale: quello almeno del buon senso. •

Alla ricerca del nostro patrimonio "perduto"

La mostra "Arte forza dell'Unità. Unità forza dell'Arte", che si tiene fino all'11 settembre a Castel Sant'Angelo, pone l'accento sull'importanza del recupero delle numerose opere saccheggiate durante la guerra. Intervista con Rosella Vodret, soprintendente per il Polo museale di Roma



di Ludovica Mariani

Solo poco più di due mesi fa è tornata a "casa" la Venere di Morgantina uno dei tanti pezzi pregiati del nostro smisurato patrimonio artistico. La nota vicenda che ha coinvolto la nostra diplomazia e quella americana che rivendicava la proprietà dell'opera (l'acquisto del Getty Museum di Malibu ad un'asta londinese risultava corretto anche se derivato da un furto) è durata anni. Ma quello della statua, capolavoro del V secolo a.C. non è certo l'unico caso, ora una mostra a Castel Sant'Angelo "Arte forza dell'Unità, Unità forza dell'arte" celebra non solo i 150 anni dalla nascita della nostra nazione ma anche l'importanza che le opere artistiche e la loro salvaguardia e recupero hanno nella storia e nella costruzione dell'identità nazionale. Opere di eccezionale importanza storica e di suggestiva bellezza letteralmente strappate alle macerie della guerra, ai nazisti, ai ladri e mercanti d'arte senza scrupoli e alla rovina del tempo, dall'infaticabile lavoro delle forze dell'ordine e

"dalla passione di uomini e donne che hanno dedicato parte della loro vita e competenza per proteggere e ritrovare ciò che era andato perso", come ricorda Rosella Vodret soprintendente per il Polo museale di Roma. In mostra opere "salvate" di autori come Guercino, Della Robbia, Giordano, Barocci, Signorelli, Memling, "Il pianto" di Giovanni Boldini, rubato nel 1977 e recuperato dai carabinieri, "dipinti trafugati dalla chiesa di S. Maria in Trastevere che sono parte di una cupola dipinta da artisti della scuola di Raffaello e quindi estremamente signi-

ficativi dal punto di vista storico artistico" o la "Natività" di Antoniazio Romano.

Soprintendente Vodret, da quando è iniziata la ricerca dei pezzi del nostro patrimonio artistico sparsi per il mondo?

A partire dagli anni '50 si è cominciato a fare un grosso lavoro per il recupero di molte opere che erano state date per disperse durante la guerra, perché illecitamente sottratte o finite, così sembrava, distrutte dai bombardamenti. Negli anni '50 e anche fino all'inizio dei '60 ci sono state indagini a tappeto e io ne ho seguita una relativa al-

la nostra ambasciata di Berlino che aveva avuto in deposito una serie di 26 dipinti provenienti dalla Galleria Nazionale di Palazzo Barberini a Roma. Opere importanti che nel '44 furono poi dichiarate disperse sotto i bombardamenti della capitale tedesca. In realtà grazie all'impegno dei direttori della soprintendenza ben cinque di queste opere sono state recuperate e nelle maniere più strane. Nel 1962 l'allora direttore del Museo di Berlino trovò in un castello tedesco uno dei dipinti scomparsi "Amor sacro e Amor profano" di Giovanni Baglione (vendetta contro Caravaggio, ritratto in una scena di sesso omosessuale, con il suo amico Cecco), un'opera importante che presenta anche una curiosità, il pittore acerrimo nemico del Caravaggio lo rappresenta in questo quadro nelle vesti del diavolo. Successivamente Federico Zeri negli anni '60 trovò nel museo di Hartford nel Connecticut un altro dipinto, la bellissima tavola del tardo manierismo fiorentino "Betsabea al bagno" di Jacopo Zucchi che ora è alla mostra di Castel Sant'Angelo. Il museo



Giorgione, "La tempesta", olio su tela (1505-1508 circa)

americano l'aveva però acquistato legalmente così è stata messa in atto una complicata e lunga trattativa diplomatica e il quadro è rientrato in Italia solo nel 1999. Poi altri ritrovamenti, uno di pochi anni fa sul mercato antiquario dove abbiamo trovato "La Battaglia di Costantino contro Massenzio" di Johannes Lingelbach un quadro gigantesco che faceva parte di quelle opere che risultavano distrutte a Berlino. **Quali sono le caratteristiche che rendono possibile richiedere ad un Paese straniero la restituzione di un'opera?**

Prima di tutto una documentazione possibilmente fotografica che dimostri la provenienza. E questo è naturalmente un problema perché purtroppo prima della guerra le opere fotografate erano pochissime. Allora si cercano stampe o incisioni che dimostrino la collocazione delle opere prima della sparizione o del trafugamento, oppure si cerca sul retro delle tele stesse se ci sono dei cartellini o sigilli che ne consentano l'identificazione e la certezza della provenienza. Ora tutto è fotografato e nella banca dati dei Carabinieri ed è quindi molto difficile che chi ruba un'opera riesca a farla franca.

Una banca dati smisurata, quella del reparto dei Carabinieri per la Tutela Patrimonio Culturale, che viene continuamente aggiornata e che conta tre milioni e mezzo circa di beni culturali descritti, tra questi il "Bambinello dell'Ara Coeli", sparito a Roma nel febbraio del 1994. Se

un'opera rubata finisce in un'asta o sul mercato antiquario internazionale, in genere i più importanti come quelli di Londra o New York e anche Parigi, difficilmente sfuggirà ai nostri reparti specializzati. Naturalmente tutto diventa molto più difficile se la vendita è privata.

Qual è il tema principale della mostra a Castel Sant'Angelo?

Soprattutto l'attività di recupero e la salvaguardia dei beni durante la guerra. Un doveroso omaggio non solo alle forze dell'ordine, polizia, carabinieri e guardia di finanza, ma a personaggi eccezionali come Pasquale Rotondi e Emilio Lavagnino che si sono messi in giro per l'Italia a radunare capolavori che rischiavano di essere depredati dai nazisti o distrutti dalle bombe e li hanno ricoverati in luoghi sicuri. Tutta l'Italia del nord è stata curata da Pasquale Rotondi (allora appena trentenne e Soprintendente ai Beni Artistici e Storici delle Marche) che ha protetto un considerevole numero di opere nella Rocca di Sassocorvaro che era una fortezza insospugnabile. Nel centro sud invece ci fu Lavagnino che era il soprintendente di Roma e che ha percorso la penisola (spesso mettendo a rischio la sua stessa vita) per recuperare opere eccezionali sparse sul territorio e portandole prima all'abazia di Montecassino e poi grazie alla disponibilità di Pio XII, in Vaticano. C'è una bellissima sezione della mostra con un filmato Rai, misto tra documentario e vero e proprio film, "La lista di

Pasquale Rotondi", che racconta la straordinaria avventura di quest'uomo, le sue vicissitudini, i rischi, l'audacia, la furbizia che gli consentirono di sgusciare tra le maglie dell'esercito nazista a caccia di tesori artistici da sottrarre al nostro Paese. Un documentario avvincente come un film giallo che contraddice uno stereotipo. Quella del soprintendente infatti è spesso percepita come una figura non particolarmente attiva, Rotondi invece ha sottratto opere importanti proprio sotto il naso dei tedeschi. Un considerevole numero di capolavori dell'arte italiana per quello che, non a caso, viene chiamato lo Schindler dell'arte, tra cui "La Tempesta" di Giorgione, la "Pala di S. Lucia" e il "Gentiluomo

nello studio" di Lorenzo Lotto, la "Pala Gozzi" di Tiziano, la "Flagellazione" di Piero della Francesca, il "Politico" di Ascoli Piceno con la piccola "Madonna" di Ancona di Carlo Crivelli.

Dopo questa mostra, che si chiuderà a metà settembre, quali sono i prossimi progetti?

Portare all'estero le eccellenze italiane e i capolavori dell'arte legati ai prodotti del nostro Paese. Abbiamo iniziato con il Museo Pushkin di Mosca dove la mostra della "Dama con Liocorno" di Raffaello ha avuto grande successo. Ora pensiamo a New York. A ottobre, poi, Palazzo Venezia ospiterà "Roma ai tempi di Caravaggio" che è la mostra di punta della Soprintendenza. •



Giovanni Baglione, "Amor sacro e Amor profano", olio su tela (1602)

Sculture simbolo di gioia

di Riccardo Cenci

Racconta un universo totalmente al femminile la scultura di Marisa Lambertini, un mondo fremente di sensualità e ricco di umorismo, percorso da un refole di eterna giovinezza, apparentemente immune dalle tragedie della storia. Quello che l'attrae è il dina-

mismo della forma umana, l'aspirazione tratta dall'ammirato Degas a rappresentare il corpo in ogni atteggiamento e da ogni angolazione. In un'epoca caratterizzata da una creatività la quale spesso assume il volto della provocazione, la Lambertini si rifugia in un mondo carnale e mitico, classico e moderno al tempo stesso, di mediterranea solarità e di spensierata armonia. Marisa Lambertini nasce a Russi, nel cuore della Romagna, ma si trasferisce subito a Fano dove vive ancora oggi. Dopo la guerra cerca la sua strada nel teatro amatoriale, ma è nelle festose atmosfere carnascialesche che si manifesta la sua reale passione, dapprima appena accennata nella costruzione dei pupazzi di cartapesta per i carri delle sfilate, ed infine esplosa nell'amore verso la creta e le sue capacità espressive. Nel 1954 sposa Adriano Giombetti, stimato chirurgo dal quale ha due figli. È Augusto Murer che ne intuisce le potenzialità e ne incoraggia il talento, suggerendole di fondere le terrecotte in bronzi. A

partire dagli anni sessanta intensifica l'attività creativa, partecipando a numerose mostre, sia in Italia che all'estero. La sua ricerca artistica si concentra su due tematiche principali: la giovane donna dall'espressione maliziosa, emancipata e libera, la quale appare come una personificazione del desiderio, e la "Pomona", sorta di divinità primordiale, simbolo di una femminilità arcaica e feconda. La Lambertini declina quest'ultima tematica, già frequentata ad esem-

pio da Aristide Maillol, con originale acume, traducendo il mito in un sorriso. Il modello più diretto le viene forse da Marino Marini, da sempre dedito alla ricerca delle origini della forma plastica mediante l'adozione di soggetti vicini all'arte etrusca, anche se il suo percorso figurativo appare esente dalle tensioni che caratterizzano l'evoluzione dello scultore toscano, la sua interpretazione dell'eterno femminile completamente diversa.

L'inusuale dilatazione delle forme che anima queste figure può invece richiamare alla mente le immagini create da Fernando Botero, anche se la Lambertini manifesta un amore per i propri soggetti che è oltremodo dissimile dalla freddezza rappresentativa dell'artista colombiano. Inoltre le sue sculture, pur nelle massicce proporzioni, non sono affatto statiche, anzi appaiono agili, ric-

che di una vitalità spontanea e disinvolta. L'umorismo che anima il suo mondo poetico richiama quello tutto romagnolo di Fellini, il gusto per il gioco, la fascinazione per i girotondi circensi, il continuo balenare di reminiscenze infantili. Le figure della Lambertini si muovono come un corteo colorato e chiassoso, capace di intonare il proprio personalissimo inno alla gioia ed alla giovinezza. La vitalità delle sue creazioni sembra esplicitare con grande immediatezza quello che Giacomo Manzù diceva molti anni or sono agli studenti dell'Accademia estiva di Salisburgo, e cioè che "L'opera d'arte scaturisce unicamente e solo da un moto d'amore". •



"Felicità, volare" (2006)



"Rosalinda"



"Giò" (1995, bronzo)

ed esposizioni in Italia a cura di Anna Leyda Cavalli

HANS PURRMANN (1880-1966). UN MAESTRO DEL COLORE

MENDRISIO – fino al 28 agosto 2011
Prima retrospettiva allestita in Italia e dedicata ad Hans Purrmann, maestro del post-impressionismo tedesco, appartenente al gruppo del Café du Dôme e legato a Henri Matisse, amico, maestro e collega.

telefono: 091 6403350
www.mendrisio.ch/museo

IL FOTOGRAFO FOTOGRAFATO. FOTOGRAFIE, IMMAGINI, DOCUMENTI DALL'OTTOCENTO AI NOSTRI GIORNI

PORDENONE

fino al 18 settembre 2011

Mostra dedicata alla storia della fotografia dall'Ottocento ai nostri giorni in particolare al modo di rappresentare il "personaggio fotografo" nel cinema e in molti altri ambiti con la sua attrezzatura, i suoi atteggiamenti, le sue smorfie e le sue specificità.

Museo d'arte contemporanea
telefono: 0434 392916

LA RIVOLUZIONE DELLO SGUARDO. CAPOLAVORI IMPRESSIONISTI E POST-IMPRESSIONISTI DEL MUSÉE D'ORSAY

ROVERETO (TN)

fino al 24 luglio 2011

In mostra settantacinque capolavori impressionisti del museo parigino, chiuso per restauro fino all'autunno prossimo, e per la prima volta in assoluto arriva "L'origine del mondo" di Courbet, la tela più scabrosa della storia dell'arte.

Mart Rovereto
telefono: 800397760

VANITAS. LOTTO, CARAVAGGIO, GUERCINO NELLA COLLEZIONE DORIA PAMPHILJ

ROMA – fino al 25 settembre 2011

Il tema centrale di questa magnifica mostra è la caducità delle cose terrene attraverso le opere di pittori quali Lorenzo Lotto, Jusepe de Ribera, Caravaggio, Mattia Preti, Domenico Fetti, Andrea Sacchi.

Palazzo Doria Pamphilj
telefono: 06 6797323

ARTISTI RUSSI TRA OTTO E NOVECENTO. GLI ANNI DI FORMAZIONE DI MARIANNE WEREFKIN

ASCONA

fino al 31 luglio 2011

Esposizione dedicata a una delle artiste più originali dello scorso secolo che, tra il 1909 e il 1910, contribuì a fondare i movimenti d'avanguardia della Nuova Associazione degli Artisti di Monaco e del Blaue Reiter.

Museo comunale
d'arte moderna
www.museoascona.ch

CENTOCINQUANT'ANNI D'ARTE.

DA FATTORI A FONTANA

TRIESTE - fino al 31 agosto 2011

Nelle sue linee essenziali la mostra sarà un excursus delle principali correnti artistiche italiane che si sono venute a realizzare nel corso del XIX e XX secolo.

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

IL GIOVANE TIEPOLO. LA SCOPERTA DELLA LUCE

UDINE - fino al 4 dicembre 2011

L'esposizione sarà volta a ricostruire attraverso le opere maggiormente significative il periodo giovanile dell'attività di Giambattista Tiepolo.

Civici Musei e Gallerie di Storia e Arte
Castello di Udine
telefono: 0432 271591

JULIAN SCHNABEL. PERMANENTLY BECOMING AND THE ARCHITECTURE OF SEEING

VENEZIA - fino al 27 novembre 2011

Importante rassegna dedicata a Julian Schnabel, celebre artista newyorkese dal poliedrico spirito creativo con 40 opere che ne ripercorrono la carriera artistica dagli anni Settanta ad oggi.

Museo Correr
telefono: 041 42730892

GLI IRREPETIBILI ANNI '60. UN DIALOGO TRA ROMA E MILANO

ROMA – fino al 31 luglio 2011

L'esposizione rende omaggio alla stagione artistica sviluppatasi tra la fine degli anni Cinquanta e la metà degli anni Sessanta tra Roma e Milano, città protagoniste della scena artistica nazionale.

Museo Fondazione Roma
Palazzo Cipolla
telefono: 06 39967888
www.fondazioneromamuseo.it



Caravaggio, "Maddalena penitente" (1594-1595)

Narrare con il montaggio

di Maricla Tagliaferri

“Mamma, da grande farò la montatrice cinematografica”. “Bello, piccola mia, però è un mestiere per maschiotti, le femminucce in Italia sono mosche bianche”. Ma a noi piacciono le mosche bianche, specie se vanno alla riscossa. E sicco-

me quest'anno, ai Nastri d'Argento su cinque candidature per il montaggio, tre erano femminili, parliamo con una di loro: Esmeralda Calabria. Romana, 47 anni che non le daresti manco per scherzo, un'incursione nella regia col docufilm “Biùtiful cauntri”, è entrata in moviola nel '92 e ha vinto due David, per “Fuori dal mondo” e “Romanzo criminale”. Ha partecipato ai Nastri con “Habemus Papam”, di Nanni Moretti, col quale aveva già lavorato per “La stanza del figlio” e “Il caimano”.

Che fa esattamente un montatore, o “editor” come dicono gli americani?

Un film si scrive tre volte: con le parole della sceneggiatura, con le immagini girate, con la struttura narrativa del montaggio. Ecco: il montatore elabora la scrittura finale. Non si tratta di attaccare un'immagine dietro l'altra seguendo la sceneggiatura, ma di dare ritmo, senso, stile.

Che libertà di decisione ha?

Dipende dal rapporto che hai col regista. Se è buono, come m'è capitato tutte e tre le volte che ho lavorato con Piccioni, Placido e Moretti, seguo il film fin dall'inizio, impostando da subito un'idea di montaggio. È una cosa che aiuta in fase di ripresa. Sei tu a sapere cosa non può non esserci sullo schermo, quali passaggi non possono essere eliminati, e quali invece possono essere lasciati sottintesi, dunque non girati neanche.

È facile questo rapporto?

Non sempre. Capita che ci sia della gelosia. Noi e il direttore della fotografia appariamo “pericolosi”, manovriamo una macchina che il regista spesso non sa usare ed ha paura di essere in qualche modo espropriato. Le difficoltà maggiori le hai con gli esordienti, che faticano a slegarsi dalla sceneggiatura, hanno un'idea elementare, semplicistica del montaggio.

E quando si ritrova gli “attacchi” sbagliati, che so una sigaretta intera che improvvisamente, nel controcampo, è consumata a metà?

Le difficoltà maggiori si hanno con gli esordienti che faticano a staccarsi dalla sceneggiatura

È tosta, ma ce la fai: focalizzi un dettaglio che attiri l'attenzione e tagli lì, sperando che lo spettatore non se ne accorga.

Lei ha conosciuto il passaggio dal taglia-e-incolla della pellicola al montaggio computerizzato.

Di positivo c'è che al computer hai un rapporto più diretto, meno reverenziale col materiale. Ma lavori su immagini di cattiva qualità, piccole, senza il respiro e la durata che acquisteranno una volta stampate su pellicola e proiettate su grande schermo. Rimane un lavoro manuale, di cesello: manipoli, sposti, tagli.

È difficile lavorare in un mondo di maschi?

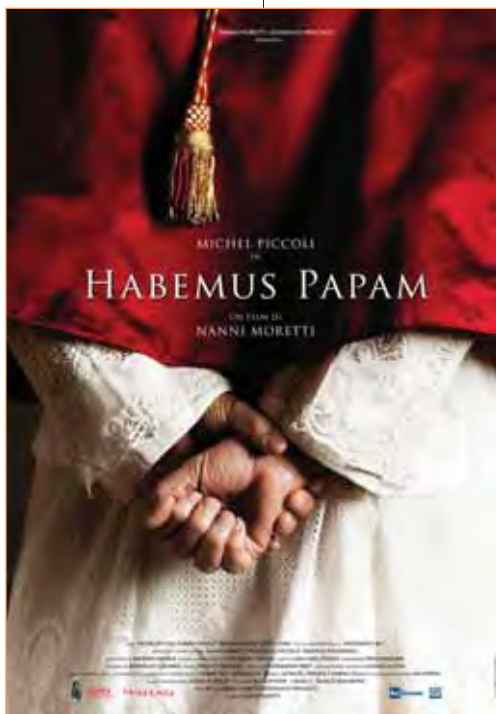
Sì. I registi sono praticamente tutti uomini e anche le maestranze sono tutte maschili: fonico, operatore, mixer del suono. Non amano prendere ordini da una donna. Il cinema è tuttora maschilista. In Italia c'è una sola direttrice di fotografia. L'altra che avevamo da anni se n'è andata in Francia, dove lavora a pieno regime.

Il montaggio dura molto più a lungo delle riprese. È faticoso?

Beh, stare ore e ore al buio, in uno spazio chiuso, piccolo, spesso nei sotterranei, condiziona un po' il rapporto con l'esterno, con la luce. Quando esci devi riallargare la visione delle immagini reali. A me che sto in moviola da quando avevo vent'anni, ha cambiato anche il carattere: sono diventata più introspettiva.

Perché?

Perché quello che serve davvero nel mio lavoro è saper visualizzare un sentimento e per farlo devi entrare e scavare nel materiale che un altro, con un'altra testa, ha girato. •



“Habemus Papam” è il terzo film frutto della collaborazione tra la montatrice Esmeralda Calabria e il regista Nanni Moretti

Le "corde" di Mazzini

di Piero Bottali

Chi avrebbe mai immaginato che il patriota e "rivoluzionario" Giuseppe Mazzini (Genova, 1805 - Pisa, 1872) figura austera del Risorgimento, fondatore della Giovine Italia e "padre" della nostra unità repubblicana, suonasse molto bene la chi-

tarra? È quanto si scopre con piacevole sorpresa alla mostra "Mazzini e la musica" che si è tenuta a Roma, ospitata in quattro sale del Museo Napoleonico, dal 31 marzo al 29 maggio di quest'anno. Specialissimo il rapporto di questo distinto signore con la musica, che merita di essere posto in evidenza. Nel 1836 pubblica un breve saggio, *Filosofia della Musica*, in stile un po' retorico, nel quale dimostra una preparazione notevole e considera la musica come "spirito creatore" lungo un percorso storico legato alle leggi del progresso, e strumento importante per favorire l'affermazione dei principi morali, civili e sociali della repubblica che stava per nascere. Il melodramma, in particolare, per Mazzini è un veicolo per creare nel popolo politicamente rigenerato una coscienza, la potremmo forse chiamare un'identità, etica e solida. È quasi incredibile che un uomo come Giuseppe Mazzini, pensatore perseguitato per le sue idee, continuamente in esilio per sfuggire a condanne a morte, avesse una mente così aperta da comprendere nei temi e azioni della sua lotta politica anche la musica quale mezzo di elevazione morale. Ancor più sorprendente che questo intellettuale genovese di buona famiglia avesse della musica il concetto che ne ebbe Aristotele, che duemila anni prima individuò in essa il motore della catarsi, cioè della purificazione dalle passioni, proibendo alcune musiche perché "immorali" ed altre invece prescrivendole in quanto salvifiche per l'animo umano. Il severo Mazzini d'altronde, aristotelico forse senza saperlo, nella sua filosofia distingueva fra musicisti e "trafficatori di note" che musicavano senza un ethos, cioè senza porsi fini di elevazione spirituale e civile. Un concetto filosofico-musicale da tempo estinto e oggi inconcepibile. L'ari-

Il melodramma è un veicolo per creare nel popolo politicamente rigenerato una coscienza

stocratico Mazzini, voleva, anzi sognava, una musica italiana morale e politicamente corretta: chissà cosa avrebbe detto se avesse potuto ascoltare, per esempio, Adelmo Fornaciari o Vasco Rossi. Lui che non teneva in nessun conto nemmeno il concittadino Nicolò Paganini per il fatto di essere "solo un virtuoso, un funambolo del violino, uno che muove l'archetto con assoluta maestria ma che di cervello e passioni politiche ne ha assai poche". Giuseppe Mazzini possedeva tre chitarre, "che amava suonare - ce lo testimonia Aurelio Saffi - sapendosi solo e non ascoltato, talora di giorno, più spesso a tarda notte, accompagnandosi mentre cantava sottovoce, con voce delicata e modulata". Alla mostra ne era esposta solo una, proveniente dalla Domus Mazziniana di Pisa, e che dopo la morte di Mazzini venne regalata a Janet Nathan. Malconcia, sconnessa, quattro crepe sulla tavola armonica, traforata dai tarli, ci dà tuttavia importanti informazioni su Mazzini chitarrista: i tasti sono consumati fino alle ultime posizioni, la nona e la decima e oltre, segno che chi la suonava era un chitarrista *completo*, nel senso che lo strumento lo utilizzava fino alle sue estreme possibilità, cioè *completamente* e non con i soliti quattro accordi lagnosi, sempre quelli, nelle prime due posizioni, come fa Bob Dylan. Un altro artista ricco di fama ma povero di passione che, come Paganini, al chitarrista-patriota Mazzini non sarebbe piaciuto affatto. •



Giuseppe Mazzini

Tra i canali di Amsterdam



di Mauro Subrizi

Amsterdam è certo la più giovane tra le grandi città europee. Un millennio fa qui non vi era altro che un breve tratto paludoso attraversato dal Reno. I primi abitanti bonificarono la piana acquitrinosa, gettando le basi per lo sviluppo della città. La grande espansione commerciale del XVII secolo, l'epoca d'oro della storia olandese, ha visto la città prosperare e diventare il centro economico del paese. Per molti aspetti Amsterdam somiglia ancora al villaggio

che i primi abitanti crearono arginando il fiume Amstel. Rispetto alle altre capitali europee è una città piccola, con poco più di un milione di abitanti, ma la più cosmopolita del continente, con ampie comunità di caraibici, indonesiani e nordafricani. Il suo clima aperto e tollerante ha attirato numerosi artisti, e proprio l'apertura e la tolleranza hanno fatto di Amsterdam una città straordinaria dal punto di vista culturale, artistico e architettonico.

L'articolata e vivace comunità cittadina vive su una rete di canali, la cui struttura

ha consentito alla capitale olandese di sopravvivere agli scempi architettonici che si vedono in molte altre città europee. L'acqua dei canali, nera come l'inchiostro, riflette l'immagine di migliaia di splendide case e di ponti che si affacciano su strade acciottolate.

La grande concentrazione di attrazioni culturali e divertimenti ha pochi eguali in altre capitali europee. Se a tutto questo poi si aggiunge la ricca selezione di locali e ristoranti creativi, il risultato che si ottiene è una città che sa mantenere intatta la sua atmosfera speciale.

QUARTIERI

Se volessimo associare una forma ad Amsterdam, non ci sarebbe nulla di più appropriato di una ruota di bicicletta. La città vecchia è circondata da una cerchia di canali. Pensate alla Central Station, la stazione centrale, come al mozzo della ruota, con le strade disposte

La vita intellettuale della città ha come fulcro la zona intorno alla Spui

Uno scorcio di piazza Nieuwmarkt

a raggiera che collegano i canali, e non vi perderete. È utile ricordare la sequenza dei canali principali partendo dal centro della città e andando verso l'esterno: Singel, Herengracht, Keizersgracht, Prinsengracht e Singelgracht.

I quartieri più antichi sono anche i più centrali. Un buon punto per iniziare ad esplorare Amsterdam è il centro medioevale, dove si trovano molti dei principa-

Le attrazioni culturali ed i divertimenti hanno pochi eguali in altre capitali europee

li siti e monumenti di interesse turistico, come il Palazzo Reale, la Nieuwe Kerk e l'Amsterdams Historisch Museum. La vita intellettuale ha come fulcro la zona intorno alla Spui, una grande piazza alberata sulla quale si affacciano tanti caffè e librerie.

Il quartiere a luci rosse soddisfa da secoli i piaceri della carne. Tuttavia, oltre gli sguardi delle ragazze in vetrina, in questa zona troverete la magnifica Oude Kerk e monumenti meno conosciuti, come una chiesa un tempo clandestina e oggi adibita a museo. Rimarrete sorpresi dal fascino pittoresco di questo antico quartiere di pescatori. A parte la pesa pubblica gotica e



numerous caffè, Nieuwmarkt ospita la **Rembrandthuis**, lo studio del grande pittore, e l'antico quartiere ebraico, con interessanti musei e vecchie sinagoghe suggestive.

Allontanandosi dal centro, la cintura ovest dei canali è ricca di palazzi signorili; qui si trova la **Anne Frank Huis**. L'imponente Westerkerk, con il suo famoso carillon e il campanile sormontato da una panciuta corona, è uno dei simboli di Amsterdam. Poco lontano si snodano i Negen Straatjes, un fitto dedalo di vicoli che formano la zona più allettante della città per lo shopping, con tante boutique e curiosi negozi specializzati. Nella cintura sud dei canali le case sono più sontuose; qui si trovano due centri della vita notturna cittadina, le zone di Rembrandtplein e Leidseplein, le botteghe d'arte e antiquariato di Nieuwe Spiegelstraat e i bei negozi e ristoranti di Utrechtsestraat.

A ovest della cintura dei ca-

nali, il popolare Jordaan, un tempo quartiere della classe operaia, oggi pullula di accoglienti pub, caffè e gallerie d'arte.

Il Vondelpark è un polmone verde molto caratteristico. Questo parco all'inglese nasconde angoli insoliti, come la sala da tè che ricorda nella forma un disco volante e l'anfiteatro simile a una conchiglia.

Le celebri collezioni del **Van Gogh Museum** e del **Rijksmuseum**, oltre alla sala del concerto Concertgebouw, si trovano nel signorile quartiere di Oud Zuid, situato a pochi minuti a piedi dal centro, in direzione sud. In questa zona si trovano splendide ville dove risiede l'alta società cittadina.

Immediatamente ad est della cintura dei canali si estende il Plantage, un'antica zona di parchi che oggi ospita il più grande zoo di tutto il paese. Il quartiere arriva fino ai gruppi di vecchi magazzini delle isole orientali e ai bacini portuali orientali. •





QUAL È LA MIA SITUAZIONE CONTRIBUTIVA?

Illustre Presidente,
laureata nel '95 e specializzata nel 2000, iscritta all'Albo professionale Ordine dei medici dal 1996. Ho lavorato come medico di P.S. – postazione estiva per due mesi. Ho prestato servizio di continuità assistenziale dal 2001 al 2002; dal 2003 presto servizio presso una Asl.

Tanto premesso, desidero gentilmente sapere qual è la mia situazione contributiva ai fini pensionistici ed eventuali suggerimenti. Desidero anche avere una visione prospettica del quantum pensionistico al compimento del 65° anno di età continuando con l'attuale contribuzione.

Grazie infinite per i chiarimenti.

(lettera firmata)

Cara Collega,
sulla posizione previdenziale in essere presso il Fondo dei medici di medicina generale risultano accreditati contributi pari ad euro 94.413,45, relativi a versamenti effettuati nel 1996 e, dopo un periodo di interruzione, ripresi con continuità dal 2001.

Ti rappresento, altresì, che risulta contabilizzato anche un versamento presso il Fondo degli Specialisti Ambulatoriali, relativo al 2007 e pari ad euro 804,35.

Sulla scorta dei suddetti dati ho dato incarico ai competenti uffici di effettuare le stime della pensione di vecchiaia cui avresti diritto a 65 anni, in costanza di contribuzione presso la gestione ove risulti attivo. Ne è scaturito un rateo mensile di circa euro 2.600,00 lordi. Peraltro, per incrementare la prestazione sopra ipotizzata, potresti considerare l'ipotesi di accedere al riscatto del periodo degli studi universitari.

Trattasi, come saprai, di istituto che consente all'assicurato, a titolo oneroso, di aumentare sia l'anzianità che il montante contributivo.

Pertanto, qualora fossi interessata, puoi presentare la domanda di specie, reperibile presso l'Ordine provinciale o sul sito www.enpam.it. A seguire, gli uffici ti invieranno la proposta, non vincolante, relativa agli oneri da sostenere, alle modalità di versamento ed ai benefici previdenziali connessi all'eventuale adesione al riscatto.

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

Ti saluto cordialmente.

Eolo Parodi

QUANTO PRENDERÒ DI PENSIONE?

Illustre Presidente,
desidererei alcune precisazioni sulla mia situazione contributiva e previdenziale. Laureato nel 1976 ed iscritto all'Ordine dal 1977, ho prestato servizio come assistente di ospedale pubblico dal '77 all'85, ed ho avuto la restituzione dei contributi Inadel, passando poi all'attività privata. Tuttavia sono libero professionista presso un istituto clinico convenzionato; pago quindi, dalla sua creazione, la Quota B percentuale, oltre ovviamente alla Quota A. Ho anche alcuni anni di contribuzione come specialista ambulatoriale. Vorrei sapere a quanto corrisponderà il trattamento pensionistico al compimento del 65° anno. Inoltre, se dovessi cessare l'attività prima di tale età, potrei continuare a versare la Quota massima B in forma volontaria?

Molte grazie per l'attenzione e cordiali saluti.

(lettera firmata)

Caro Collega,
sulla posizione in essere presso il Fondo di Previdenza Generale sono accreditati i contributi dovuti alla Quota A sin dalla data di iscrizione all'Albo professionale, emessi a mezzo di ruoli esattoriali. Sono presenti, altresì, quelli affluenti alla Quota B, che versi in virtù del reddito scaturente dall'esercizio della libera professione, ove questo risulti maggiore di quello virtuale già assoggettato alla Quota A.

Ti rammento che i suesposti versamenti sono dovuti, ex lege, fino, almeno, al compimento del 65° anno di età, atteso che il Fondo in questione non contempla l'erogazione delle prestazioni per anzianità.

Pertanto, una tua eventuale cessazione dell'attività, se non accompagnata dalla cancellazione dall'Albo non ti esonererebbe dall'obbligatorietà dei versamenti alla Quota A. I contributi di Quota B, invece, in assenza di reddito da attività privata, non sono dovuti né possono essere versati su base volontaria.

Considerato quanto fin qui esposto, sono state effettuate le stime degli importi pensionistici cui avresti diritto, in costanza di contribuzione, all'atto della quiescenza.

Per la Quota A, il rateo mensile è risultato pari a circa euro 300,00 lordi.

In merito alla Quota B è stato proiettato al 2016 l'ultimo versamento memorizzato, con le vigenti aliquote di contribuzione del 12,50% e dell'ulteriore 1%. Ne è scaturito un trattamento di circa euro 1.800,00 lordi mensili.

Ti faccio presente 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 Fon-

dazione. Ne consegue che la presente informativa non deve ritenersi impegnativa per l'Enpam.

Ti confermo, infine, che risultano accreditati a tuo nome contributi presso il Fondo degli Specialisti Ambulatoriali, per un totale euro 9.393,78.

Tali versamenti, effettuati, con periodi di interruzione, tra il 1978 ed il 1997, ti consentiranno di fruire di un'ulteriore esigua pensione, che maturerai anch'essa al compimento del 65° anno di età. Ti saluto cordialmente.

E. P.



QUANDO RAGGIUNGERÒ I REQUISITI PER LA PENSIONE?

Egregio Presidente, approfitto della sua cortesia e chiarezza per porle alcuni quesiti. Sono iscritto all'Albo dal 1977 ed ho sempre versato la quota minima prestando la mia opera professionale quale medico del lavoro, prima come funzionario presso una grossa azienda poi come dirigente presso un Ente e quindi versando contributi ora confluiti nell'Inps. Dal 2006 sono in pensione avendo riscattato i sei anni di laurea e assolto il servizio militare. Con queste premesse, le domando cortesemente quando raggiungerò i requisiti per la pensione Enpam ed eventualmente gli importi di essa.

La saluto cordialmente.

(lettera firmata)

Caro Collega, in esito alle richieste informazioni ti confermo che risultano accreditati a tuo nome i versamenti obbligatori dovuti annualmente alla Quota A del Fondo di Previdenza Generale.

La gestione in parola prevede esclusivamente l'erogazione di prestazioni di vecchiaia al compimento del 65° anno di età.

È stata effettuata una stima che ha determinato l'importo mensile erogabile in tuo favore in circa euro 170,00 lordi. Ti faccio presente che, per effetto di eventuali modifiche della normativa di riferimento, l'ipotesi rappresentata potrebbe subire variazioni.

Ti saluto cordialmente.

E. P.



DESIDEREREI CONOSCERE L'IMPORTO DELLA MIA PENSIONE

Sono un mmg laureato nel '78 e verso contributi al Fondo medici di medicina generale dall'aprile '79 a tutt'oggi, prima come mgm e poi come mmg. Ho già riscattato i 6 anni di laurea ed ho in corso il riscatto di allineamento che terminerò nel dicembre 2015. Ipotizzando una costanza nell'attuale contribuzione ed il completamento del riscatto in corso entro la data del pensionamento, desidererei conoscere l'importo della pensione e la data della stessa nelle seguenti ipotesi: al maturare dei 40 anni di contributi; al compimento del 65esimo anno d'età. Chiedo infine quale sarà l'importo della pen-

sione del fondo generale al 65° anno di età.

Ringrazio anticipatamente per la cortese risposta ed invio cordiali saluti.

(lettera firmata)

Cara collega, sulla base dei contributi accreditati sulla posizione accesa a tuo nome presso il Fondo medici di medicina generale, gli uffici hanno provveduto a determinare le richieste ipotesi pensionistiche. Supponendo la cessazione dell'attività professionale svolta in convenzione con gli Istituti del Ssn alla maturazione di un'anzianità contributiva pari a 40 anni, ovvero nel mese di ottobre 2013, l'ammontare della rendita pensionistica che percepiresti è quantificabile in circa euro 2.300,00 lordi mensili. Nel caso decidessi di convertire in capitale il 15% della pensione maturata, come consentito dalle vigenti norme regolamentari, ti verrebbe erogata un'indennità pari a circa euro 62.000,00 al lordo delle ritenute fiscali, congiunta ad un trattamento pensionistico, lordo mensile, ammontante a circa euro 1.900,00. Ove, invece, decidessi di protrarre l'esercizio in convenzione della medicina generale fino al compimento del 65° anno di età, la rendita pensionistica che ti verrebbe erogata sarebbe pari a circa euro 3.200,00 lordi mensili. In caso di trattamento misto, l'indennità in capitale ammonterebbe a circa euro 73.000,00 lordi e la rendita pensionistica mensile, al lordo delle ritenute fiscali, sarebbe pari a circa euro 2.700,00. Ti preciso, al riguardo, che i suddetti importi sono stati determinati sulla base della media con-

tributiva riferita all'ultimo quinquennio di attività professionale, supponendo una contribuzione costante fino alle date indicate e considerando estinto l'onere residuo relativo al riscatto di allineamento contributivo, che dovrà comunque essere saldato entro il collocamento a riposo. Devo precisarti, infine, che a fronte di eventuali modifiche della normativa previdenziale di riferimento, le ipotesi sopra rappresentate potrebbero subire variazioni.

L'occasione è gradita per salutarti cordialmente.

E. P.



RINGRAZIAMENTI

Mi sento in dovere di ringraziare, per il contributo elargitomi, il mio Ente di Previdenza che ha voluto, con atto di generosità, aiutarmi in questo momento di grave difficoltà per me e la mia famiglia. Purtroppo a distanza di 18 mesi dall'evento sismico ancora non è partita la procedura che dovrebbe permettermi di mettere mano ai lavori di riparazione della mia abitazione e del mio studio. Il vostro gesto pertanto assume per me un valore ancora più profondo: mi dà la certezza che almeno da parte della mia categoria, verso la quale ho sempre nutrito un profondo senso di "appartenenza", non c'è quella indifferenza e freddezza che invece noto da parte delle istituzioni che avrebbero dovuto attivarsi da tempo...

(lettera firmata)

L'odontoiatria nei francobolli tra denti e dentelli...

Importante pubblicazione dell'Andi basata sulla collezione di un dentista di Termoli

a cura di
Gian Piero Ventura Mazzuca (*)

Tra i tanti argomenti esistenti nella filatelia tematica, quello che guardiamo con maggiore attenzione è naturalmente il rapporto col mondo sanitario, dove quindi trova grande interesse il settore dell'odontoiatria nei francobolli.

Volendo approfondire questo tema notiamo però come, fino ad oggi, esistesse solo un opuscolo di approfondimento stampato in America tempo fa, in bianco e nero, che si proponeva non tanto di illustrare il testo, quanto di descrivere le singole emissioni sull'odontoiatria e di disporle in ordine alfabetico, con un solo francobollo per pagina.

Insomma una pubblicazione unica, ma abbastanza modesta. Ecco allora che assume notevole rilievo il lavoro svolto da William Susi, odontoiatra di Termoli (Cb) che, dopo aver collezionato francobolli dall'età di 13 anni, seguendo le classiche tematiche giovanili come il volo o le conchiglie, durante il periodo di laurea ha iniziato e perfezionato un'importante collezione sull'odontoiatria, tanto da es-



sere da poco premiata con l'Argento Grande mondiale nel Festival Internazionale della Filatelia 'Italia 2009'.

Proprio da tale situazione è nato lo spunto per una nuova pubblicazione. I dirigenti dell'Associazione Nazionale Dentisti Italiani, di cui Susi è socio, hanno infatti avuto modo di visionare la collezione e, partendo dal settore loro più conosciuto, di appassionarsi alla Filatelia tematica in generale.

Il presidente Gianfranco

Prada e i dentisti sono rimasti attratti non solo e non tanto dalla collezione e dai contenuti di interesse per la Professione, ma proprio dalla filatelia tematica come strumento divulgativo adatto alla società odierna, grazie alla sua comunicatività fatta di messaggi brevi associati ad immagini variopinte, in un linguaggio rapido e diretto, quasi di tipo "pubblicitario".

Essendo subito parsa evidente la grande potenzialità dei francobolli, ovve-



ro l'aprire a un pubblico eterogeneo l'argomento per renderlo fruibile anche ai non addetti ai lavori, cioè da chi non è né odontoiatra né filatelista, Andi ha ritenuto opportuno dar vita editoriale alla collezione ed ai testi che la accompagnano, arricchendola di un vocabolario filatelico per agevolare il lettore non collezionista, completandola con la traduzione completa in inglese.

Il risultato è stato una pubblicazione di valore dal titolo "*Dens sanus in corpore sano - L'odontoiatria nei francobolli*", stampata su carta pregiata con copertina rigida, ma purtroppo in tiratura limitata a sole 500 copie, ognuna numerata, vista l'intenzione di Andi di utilizzarla come omaggio in incontri ufficiali e istituzionali.

Dato che noi siamo invece per la diffusione a tutto campo, speriamo che questo articolo serva da stimolo ad aumentarne l'estrazione, pardon, la tiratura... •

(*) gp.ventura@enpam.it



**a cura
dell'avv. Pasquale Dui (*)**

La Corte di Cassazione, sezione IV penale, con sentenza n. 16328 del 26.04.2011 ha stabilito che la valutazione della colpa medica deve essere compiuta con speciale cautela nei casi in cui si richiedano interventi particolarmente delicati e complessi e che coinvolgano l'aspetto più squisitamente scientifico dell'arte medica. Il Tribunale, nel valutare la condotta dei sanitari in questione, ha enunciato il principio che l'individuazione della colpa deve essere rapportata alla specifica difficoltà del problema tecnico-scientifico affrontato. Il giudice ha altresì enunciato che nell'ambito della causalità omissiva l'imputazione dell'evento può aver luogo qualora l'azione doverosa abbia potuto impedire l'evento con un apprezzabile grado di probabilità.

La pronuncia considera correttamente che la colpa del medico debba essere rapportata alle contingenze del caso concreto, alla difficoltà dell'indagine e alla situazione nella quale il sanitario si trova a operare. In effetti, alcune professioni, quella medica in primo luogo, hanno a oggetto attività difficili e rischiose. Occorre quindi modulare con at-

tenzione il giudizio, tenendo conto della complessità del compito in ogni specifica contingenza. Molte volte si agisce sotto la pressione di eventi incalzanti, in uno stato che rende difficile, confuso, incerto anche ciò che astrattamente non lo sarebbe. Altre volte la sintomatologia e l'esito delle indagini rendono difficile pervenire con certezza alla diagnosi. Questo spiega perché l'ambito di cui si discute sia stato spesso collegato alla figura della colpa grave.

Infatti, la più antica giurisprudenza di legittimità in tema di colpa nell'esercizio della professione medica si caratterizzava per particolare larghezza: si affermava che la responsabilità penale può configurarsi solo nei casi di colpa grave e cioè di grossolana violazione delle più elementari regole dell'arte. La malattia, si aggiungeva, può manifestarsi talvolta in modo non chiaro,

con sintomi equivoci che possono determinare un errore di apprezzamento, e sovente non esistono criteri diagnostici e di cura sicura. Pertanto, dovendo la colpa del medico essere valutata dal giudice con larghezza di vedute e comprensione, sia perché la scienza medica non determina riguardo allo stesso male un unico criterio tassativo di cure, sia perché nell'arte medica l'errore di apprezzamento è sempre possibile, l'esclusione della colpa professionale trova un limite nella condotta del professionista, incompatibile col minimo di cultura e di esperienza che deve legittimamente pretendersi da chi sia abilitato all'esercizio della professione medica.

Il supporto normativo di tale orientamento è stato solitamente individuato nell'art. 2236 c.c., che è inteso come volto a limitare la responsabilità ai soli casi di errore evi-

dente. Tale impostazione ha accolto, sia pure in modo molto semplificato e acritico, l'orientamento dottrinario che ha valorizzato, appunto la norma in questione. Tale connessione tra le due normative, tuttavia, è stata sottoposta in dottrina a importanti precisazioni: le prestazioni richieste devono presentare speciali difficoltà tecniche, e inoltre la limitazione dell'addebito ai soli casi di colpa grave riguarda l'ambito dell'imperizia e non, invece, quelli della prudenza e della diligenza. In tale visione si ritiene che la valutazione della colpa medica debba essere compiuta con speciale cautela, nei soli casi in cui si richiedano interventi particolarmente delicati e complessi e che coinvolgano l'aspetto più squisitamente scientifico dell'arte medica. •

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

**Ordine medici e odontoiatri di Palermo – FNOMCeO
Società Siciliana Storia Patria - Piazza San Domenico - Palermo, Venerdì 8 luglio 2011**

La professione medica a tutela della legalità

Interventi: *Il momento attuale: tra speranze e criticità* (Amedeo Bianco, Presidente FNOMCeO); *Promozione della legalità e ruolo del professionista* (Giovanni Fiandaca, Ordinario di diritto penale all'Università di Palermo); *Il ruolo della Magistratura a legislazione invariata* (Giuseppe Pignatone, Capo della Procura della Repubblica di Reggio Calabria); *Ma il Codice deontologico dei medici può avere valore giuridico* (Aldo Pagni, Past President FNOMCeO); *Otto medici su dieci denunciati, nove su dieci assolti. E la normalità?* (Enrico Sanseverino, Presidente Ordine Avvocati di Palermo); *La responsabilità delle professioni sanitarie* (Gianfranco Iadecola, Avvocato, già magistrato presso la Corte di Cassazione); *L'Autonomia siciliana e il rapporto con gli Ordini professionali* (Massimo Russo, Assessore alla Sanità Regione Sicilia); *Le risposte della politica: la riforma delle professioni in Parlamento* (Giuseppe Lumia, Senatore, Commissione Parlamentare Antimafia); Salvatore Iacolino (Vice Presidente Commissione Libertà civili, Giustizia e Affari interni Parlamento Europeo).

Interventi preordinati: Alessandro Calì (Ass. liberi Professionisti, già Presidente Ordine Ingegneri Palermo); Giovanni Di Benedetto, (Ordine Avvocati Palermo).

Conclusioni e proposte: Salvatore Amato (Presidente OMCeO di Palermo).

Moderatore Orfeo Notaristefano (giornalista FNOMCeO).

Struttura Enpam

Direttore generale: Alberto VOLPONI

Uffici della Presidenza, degli Organi Collegiali e della Direzione Generale

Area della Comunicazione: funzionalmente collegata con la Direzione Generale.

Dipartimento della Previdenza: Ernesto del SORDO (Vice Direttore generale e Direttore Dipartimento); Vittorio PULCI (Dirigente Servizio Contributi e Attività Ispettiva); Anna GALLI (Dirigente Servizio Riscatti e Ricongiunzioni); Paola CALABRESE (Dirigente Servizio Prestazioni Fondi Speciali); Giovanni GEMELLI (Dirigente Servizio Prestazioni Fondo Generale); Giovanni VEZZA (Dirigente Servizio Studi Previdenziali e Documentazione).

Dipartimento Risorse Umane: Lorena MELLI (Direttore del Dipartimento e Dirigente ad interim del Servizio Sviluppo Organizzativo e delle Risorse Umane); Letizia DE CRESCENZIO (Dirigente Servizio Gestione Amministrativa).

Dipartimento Affari Generali: Stefano VILLEGIA (Direttore del Dipartimento); Roberta URBINI (Dirigente Servizio Acquisti e Appalti); Gian Piero MARCIANI (Dirigente Servizio Servizi Generali).

Dipartimento Servizi Informativi: Saverio MOLINARO (Direttore del Dipartimento e Dirigente del Servizio Sistemi Informativi Previdenza); Fabio MUSTO (Dirigente Servizio Sistemi Informativi Generali).

Servizi non dipartimentali:

Alberto VOLPONI (Dirigente ad interim del Servizio Investimenti e Gestione Finanziaria); Luigi A. CACCAMO (Dirigente Servizio Investimenti Immobiliari); Stefano MARGHERITELLI (Dirigente Servizio Assistenza); Adriana LA RICCA (Dirigente Servizio Contabilità e Bilancio); Vincenzo DI BERARDINO (Servizio Relazioni Istituzionali e Servizi Integrativi); Nicolò CONTE (Dirigente Servizio Tributario).

Unità organizzative di staff:

Leonardo DI TIZIO (Dirigente Servizio Controllo di Gestione); Vincenzo SQUILLACI (Responsabile Ufficio Supporto Legale); Francesco PACCHIAROTTA (Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione).

Organi Collegiali

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Prof. Eolo G. PARODI (Presidente)
Dott. Alberto OLIVETI (Vice Presidente Vicario)
Dott. Giovanni P. MALAGNINO (Vice Presidente)
CONSIGLIERI: Dott. Eliano MARIOTTI • Dott. Alessandro INNOCENTI
Dott. Arcangelo LACAGNINA • Dott. Antonio D'AVANZO • Dott. Luigi GALVANO • Dott. Giacomo MILILLO • Dott. Francesco LOSURDO
Dott. Salvatore Giuseppe ALTOMARE • Dott.ssa Anna Maria CALCAGNI
Dott. Malek MEDIATI • Dott. Stefano FALCINELLI • Dott. Roberto LALA
Dott. Angelo CASTALDO • Dott. Giuseppe RENZO • Dott.ssa Francesca BASILICO • Dott. Giovanni DE SIMONE • Dott. Giuseppe FIGLINI
Dott. Francesco BUONINCONTI • Prof. Salvatore SCIACCHITANO
Dott. Emmanuele MASSAGLI • Dott. Pasquale PRACELLA

COMITATO ESECUTIVO

Prof. Eolo G. PARODI (Presidente)
Dott. Alberto OLIVETI (Vice Presidente Vicario)
Dott. Giovanni P. MALAGNINO (Vice Presidente)
CONSIGLIERI: Dott. Eliano MARIOTTI • Dott. Alessandro INNOCENTI
Dott. Arcangelo LACAGNINA • Dott. Giacomo MILILLO
Dott. Roberto LALA

COLLEGIO SINDACALE

Dott. Ugo Venanzio GASPARI (Presidente)
Dott.ssa Adriana BONANNI (presidente supplente)
sindaci: Dott.ssa Laura BELMONTE • Dott. Francesco NOCE • Dott. Luigi PEPE • Dott. Mario ALFANI • Dott.ssa Anna Maria PAGLIONE
Dott. Marco GIONCADA • Dott. Giovanni SCARRONE • Dott. Giuseppe VARRINA

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 REDAZIONALE

Carlo Ciocci

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: andrea.sermonti@gmail.com

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Paola Boldreghini: Tel. 06 48294258 - Fax 06 48294260

email: giornale@enpam.it

Foto: Archivio ENPAM - THINKSTOCK

**MENSILE - ANNO XVI - N. 6
DEL 23/06/2011**
**Di questo numero sono
state tirate 451.941 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: riscossione contributo 2011

Il 30 giugno scade la seconda rata del contributo Quota A. In caso di smarrimento o mancato ricevimento dell'avviso di pagamento deve essere inoltrata ad Equitalia Esatri S.p.A., tramite fax al numero **02.6416.6617** ovvero all'indirizzo e-mail taxtel@equitaliaetr.it, un'apposita richiesta completa di nome, cognome, codice fiscale, indirizzo e recapito telefonico dell'iscritto, accompagnata da copia di un documento di identità in corso di validità. Anche quest'anno gli utenti registrati nell'area riservata del sito www.enpam.it potranno reperire direttamente un duplicato dei bollettini RAV. In questo caso il pagamento potrà essere effettuato presso gli Istituti di Credito oppure con carta di credito mediante il servizio TAXTEL:

- via telefono al n. 800.191.191
- via internet al sito www.taxtel.it.

Domiciliazione bancaria - RID

Il **31 maggio u.s.** è scaduto il termine per poter usufruire dell'addebito permanente in conto corrente (procedura RID).

Coloro che già usufruiscono dell'addebito permanente in conto corrente dovranno segnalare eventuali variazioni riguardanti il codice Iban ad Equitalia Esatri S.p.A. - Ufficio RID a mezzo fax al n. **02.6416.6619** oppure tramite e-mail a rid@equitaliaesatri.it, indicando il codice fiscale dell'intestatario dell'avviso.

Contributi di riscatto

Entro il mese di giugno la Banca Popolare di Sondrio recapita all'indirizzo degli iscritti risultante negli archivi anagrafici la rata semestrale con scadenza 30 giugno 2011. In caso di mancato ricevimento o smarrimento è necessario contattare la Banca Popolare di Sondrio al n. 800.24.84.64. Gli utenti registrati nell'area riservata possono provvedere direttamente alla ristampa del bollettino Mav.

Attestazioni fiscali contributi a titolo di riscatto: tutti coloro che hanno effettuato nell'anno 2010 versamenti a tale titolo hanno ricevuto all'indirizzo risultante negli archivi anagrafici l'attestazione di avvenuto pagamento. In caso di mancato ricevimento o smarrimento è possibile inoltrare richiesta al Servizio Riscatti tramite fax al n. 06.48.294.725. Gli utenti registrati nell'area riservata possono stampare direttamente l'attestazione.

Quota B: reddito libero-professionale 2010

Obbligo contributivo e termini di presentazione: i professionisti iscritti all'E.N.P.A.M. sono tenuti a comunicare il reddito derivante dall'esercizio della professione medica e odontoiatrica prodotto nel corso dell'anno 2010 entro il **31 luglio 2011**. Tale dichiarazione può es-

sere effettuata utilizzando il **modello D 2011 recapitato al domicilio degli iscritti entro il mese di giugno 2011**.

Mancato ricevimento modello D personalizzato: coloro che non sono in possesso del modello D personalizzato possono utilizzare il "*modello D generico*" disponibile sul sito www.enpam.it, presso la sede dell'E.N.P.A.M. in Roma o presso l'Ordine provinciale di appartenenza.

Invio modello D cartaceo: la dichiarazione deve essere spedita **esclusivamente** a mezzo raccomandata semplice alla *Fondazione E.N.P.A.M., Casella postale n. 13100, 00185 Roma*.

Ritardata presentazione modello D: in caso di invio del modello D oltre il termine del **31 luglio 2011** è prevista l'applicazione di una sanzione in misura fissa pari a **euro 120,00**.

Contribuzione ridotta: la richiesta di contribuzione ridotta presso il Fondo della Libera Professione Quota B può essere presentata entro il **31 luglio 2011** dagli iscritti in possesso di altra copertura previdenziale obbligatoria ovvero dai titolari di un trattamento pensionistico obbligatorio.

Opzione contribuzione intera: entro tale data, gli iscritti già ammessi alla contribuzione ridotta possono optare per il versamento del contributo nella misura intera del 12,50%. Tale opzione **non è revocabile**.

Pensionati del Fondo Generale: i pensionati del Fondo Generale, se titolari di reddito libero-professionale, possono chiedere entro il **31 luglio 2011**, nell'apposito riquadro del modello D o con domanda semplice, di essere ammessi al versamento del contributo nella misura intera del 12,50% o ridotta del 2%. Le modalità di versamento del contributo e di invio del modello D sono identiche a quelle previste per gli iscritti non pensionati.

Si rappresenta, peraltro, che il Consiglio di Amministrazione dell'E.N.P.A.M., con **delibera n. 53/2009**, visto il quadro giuridico di riferimento ed al fine di evitare possibili contenziosi con la Gestione Separata dell'INPS, **ha proceduto all'abolizione dell'esonero contributivo per i pensionati del Fondo che proseguono nell'esercizio dell'attività. Tale provvedimento è tuttora al vaglio dei Ministeri vigilanti per la prescritta approvazione ed esplicherà i propri effetti successivamente alla relativa approvazione.**

Ufficio accoglienza e relazioni con il pubblico

Via Torino 100 - Roma

Orari di ricevimento:

dal lunedì al giovedì ore 9.00-13.00 / 14,30-17.00

venerdì ore 9.00 / 13.00



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

**Il Tuo contributo servirà a migliorare
le prestazioni assistenziali
ai medici ed odontoiatri italiani.**

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

**Fondazione ENPAM:
80015110580**

GRAZIE!