

IL GIORNALE DELLA Previdenza

dei Medici e degli Odontoiatri



Dall'alto, Eolo Parodi insieme ad Alberto Olivetti e Giuliano Amato. Al centro, da sinistra, Amedeo Bianco, Mario Monti (alla vigilia della nomina a Presidente del Consiglio) e Massimo Angrisani. In basso, sempre da sinistra, Alberto Volponi e Giampiero Malagnino

ENPAM: LE STRATEGIE DEL CAMBIAMENTO

Durante il Convegno della Fondazione, che si è svolto il 4 e 5 novembre, si è discusso di revisione dello Statuto, gestione del patrimonio e riforma previdenziale

periodico

Omologato
DCOER0953

Posteitaliane

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

un futuro di certezze.

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

Sei giovane? sfrutta la capitalizzazione!

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

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

Come pagare MENO TASSE

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

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



Per aderire:

- Scaricare dal sito internet **www.fondosanita.it** la SCHEDA DI ADESIONE e il MODULO DI BONIFICO.
- Spedire la SCHEDA DI ADESIONE compilata unitamente alla copia del BONIFICO EFFETTUATO alla Segreteria di FondoSanità, Piazza della Repubblica, 68 - 00185 Roma.



FondoSanità

PER INFORMAZIONI:

Tel. 06 48294333 Sig.ra DANIELA BRIENZA

Tel. 06 48294337 Sig.ra PAOLA CINTIO

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

www.fondosanita.it

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

in questo numero

- | | |
|---|---|
| 2-17 Convegno Enpam "Le strategie del cambiamento" | 40 Accadde a... Dicembre |
| 18-19 Riflessi contributivi della legge 122/2010 | 41-44 Congressi, convegni, corsi |
| 20 Novità sull'assistenza ai disabili | 45 News |
| 21 Fnomceo, il corso ecm/fad | 46 Rischio cardio-metabolico e sua gestione |
| 22 Federspev | 47 Farmaci antimicrobici: i composti "ad azione locale" |
| 23 Notizie | 48-49 Inseminazione artificiale, negli USA c'è un problema |
| 24-25 L'intervista/1: aneurisma e ictus | 50-53 Recensioni libri |
| 26-27 L'intervista/2: la terapia antalgica in pediatria | 54-55 Diario di un medico volontario |
| 28-29 L'intervista/3: il medico di famiglia contro l'obesità | 56-57 Arte, Cézanne e Mondrian |
| 30-31 Gli Ordini verso la riforma | 58 Mostre ed esposizioni |
| 32-33 Educazione terapeutica, nasce la Sirfet | 59 Il pianista dalle "ossa di cristallo" |
| 34-35 Medicina difensiva, pazienti e finanza pubblica | 60-61 Lettere al Presidente |
| 36-37 Al via Doctor's Life | 62 Filatelia |
| 38 Camici bianchi e piccolo schermo | 63 L'avvocato, il consenso informato |
| 39 Chirurgia senza bisturi per i tumori del cervello | 64 Ordine di Livorno, eletto il nuovo Consiglio |



*La redazione,
essendo questo l'ultimo numero del 2011,
augura ai lettori
Buon Natale e Felice Anno Nuovo*

ENPAM, le strategie

Il 4 e 5 di novembre 2011 nei saloni di un grande albergo romano si è svolto un Convegno nazionale promosso dall'Enpam durante il quale medici, odontoiatri e tecnici hanno discusso su problemi che il nostro Ente di previdenza deve affrontare e risolvere con urgenza. Si è parlato di sistema pensionistico con un equilibrio di lungo periodo, sostenibile a 30 anni con proiezione a 50 anni; sul tavolo anche una strategia di investimento prudente e diversificata con nuove procedure ispirate alle migliori pratiche internazionali. Naturalmente è stata richiesta una gestione partecipata delle categorie professionali. Al centro la revisione dello Statuto, la gestione del patrimonio e la riforma previdenziale. Parola d'ordine: pensioni sicure senza costi per lo Stato. Alle due giornate dell'affollato dibattito (decine e decine di interventi qualificati) hanno partecipato

Eolo Parodi
Presidente Enpam

STRATEGIA DEL CAMBIAMENTO SÌ, MA GIU' LE MANI DAL NOSTRO ENTE DI PREVIDENZA

Rivolgo un cordiale saluto a tutti i partecipanti, ringraziando in modo particolare gli illustri relatori che fin dal primo momento hanno creduto nel valore di questa iniziativa ed hanno accettato di fornire il loro qualificato contributo: il Presidente dell'AdEPP, Dott. Andrea Camporese; il Presidente della Fnomceo, Dott. Amedeo Bianco; il Presidente dell'Istituto della Enciclopedia Italiana Treccani, Prof. Giuliano Amato; il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, Sen. Maurizio Sacconi (oggi rappresentato dal Consigliere Francesco Verbaro); il Presidente dell'Università Bocconi, Prof. Mario Monti; il Prof. Massimo Angrisani, Ordinario di Tecnica Attuariale della Previdenza presso l'Università degli Studi di Roma "Sapienza".

Sentimenti di sincera amicizia mi uniscono poi a Giuliano Amato, che tra l'altro firmò da Presidente del Consiglio dei Ministri la mia nomina a Commissario dell'Ente; grande è stato il lavoro svolto da quella data. Oggi siamo orgogliosi dei risultati ottenuti grazie anche allo spirito di abnegazione di tutti i membri che si sono avvicendati nel Consiglio di Amministrazione dell'Enpam. Abbiamo operato bene e vogliamo continuare a farlo. La progressione del patrimonio dell'Enpam è oramai costante da anni. Al riguardo non posso né voglio dimenticare il deficit presente al momento del mio ingresso in Fondazione. Abbiamo fatto una fatica enorme per far raggiungere all'Ente gli attuali livelli di eccellenza sotto il profilo amministrativo e contabile.

Oltre all'aspetto economico-finanziario, ritengo fondamentale l'aspetto delle riforme. Non si può andare avanti senza riformare il sistema.

La "battaglia" ci impegna tutti e pretende unità. E' necessario che i medici la smettano di litigare tra di loro. In questo periodo ho sentito parlare che si vuole togliere potere agli Or-



dini professionali, nonché abolire le tariffe minime: attenzione c'è in gioco la salute dei cittadini italiani.

Abbiamo in mano il nostro futuro e sono davvero felice della presenza al mio fianco dell'amico Amedeo Bianco. Chi deve difendere la professione se non noi? Lo faremo, ma dateci una mano.

Un altro problema è quello della riforma dello Statuto: un argomento molto importante, non più procrastinabile, che esamineremo con molta attenzione nella prima sessione.

Concludo rivolgendo un ringraziamento a tutti i collaboratori ed alla struttura della Fondazione. Ribadisco: guai a chi tocca l'Enpam. E' un avvertimento che do oggi e che ho già espresso recentemente al Convegno del SUMAI.

L'Enpam non è mai stato così bene come adesso. Nessuno cerchi di impadronirsene. Non ce la farà.

Se difendiamo il nostro Ente di previdenza ed assistenza dei medici e degli odontoiatri, difenderemo anche la professione.

Vi ringrazio di cuore per l'attenzione. Buon lavoro a tutti. •



del cambiamento

interlocutori di altissimo livello a partire dal presidente dell'Istituto Treccani Giuliano Amato. Sono seguiti il presidente dell'università Bocconi prof. Mario Monti (per la seconda volta all'Enpam), il prof. Massimo Angrisani dell'Università degli Studi "Sapienza", il dott. Amedeo Bianco presidente della Fnomceo, il dott. Andrea Camporese presidente AdEPP, il dott. Alberto Volponi direttore generale dell'Enpam, il dott. Ernesto Del Sordo direttore del Dipartimento della Previdenza e l'ingegner Luigi Antonio Caccamo direttore del Dipartimento del Patrimonio Enpam. Due giorni di discussione sui problemi più urgenti dei camici bianchi, una tappa importante per il futuro dei medici e degli odontoiatri italiani. I lavori degli stati generali dell'Enpam sono stati guidati da Eolo Parodi, Alberto Oliveti e Giampiero Malagnino.

Alberto Oliveti

Vice Presidente vicario Enpam

LE REGOLE DA SEGUIRE

Alberto Oliveti, vice Presidente vicario Enpam, s'è assunto un compito arduo ma nello stesso tempo di grande importanza: illustrare con preziose documentazioni e qualificate testimonianze le "strategie del cambiamento" per rendere sempre più sicuro il cammino dell'Ente di previdenza dei medici e degli odontoiatri. Oliveti non usa giri di parole, com'è suo costume, nell'affrontare l'argomento. Parte da un'affermazione che non lascia dubbi: "I tre punti fondamentali di ogni gestione previdenziale sono i contributi, le pensioni e il patrimonio. Partiamo dalla modalità di gestione finanziaria che è a ripartizione, attenuata da elementi di capitalizzazione, perché i contributi che l'Ente incassa dagli iscritti attivi per una quota servono a pagare le pensioni, ma anche a costituire il patrimonio che, va sempre ricordato, è soggetto a obblighi di legge. Con i proventi del patrimonio contribuiamo a pagare le pensioni".

Il vice presidente precisa che ogni pensionato riceve la pensione mensile per una quota usufruendo dei contributi cash dei contribuenti, e per un'altra quota utilizzando i proventi del patrimonio. Tanto più patrimonio l'Enpam possiede, tanto meno l'Ente è le-



gato alle vicende demografiche ed economiche delle categorie e delle generazioni subentranti che costituiscono la catena generazionale sulla quale si basa la Fondazione. Nello stesso tempo, però, il fatto che la contribuzione cash serva a pagare le pensioni garantisce gli iscritti su effetti inflattivi del patrimonio, perché se si usasse solo la capitalizzazione si correrebbe il rischio che "oggi si paga con soldi buoni e domani, a causa di una forte svalutazione, si potrebbero ricevere soldi svalutati".

Il sistema – secondo Oliveti – si basa su una solidarietà intergenerazionale: chi lavora mantiene chi ha lavorato, maturando il diritto allo stesso trattamento quando verrà il suo turno. Da qui l'importanza che in una platea che ha contribuenti attivi e pensionati sia presente chi oggi manca, la terza figura indispensabile: la generazione futura, quella che manterrà gli attuali pensionati con il flusso contributivo. Inutile sottolineare che va tenuta sempre presente nel momento in cui si impostano delle riforme. Altra caratteristica fondante è il cosiddetto "oggi per domani". Nel momento in cui si incassa un contributo "noi gli assegniamo già la sua valorizzazione previdenziale, cioè il contributo incassato ha già a fianco quello che renderà annualmente al contribuente quando sarà pensionato". Significa un rischio per la gestione che deve saper prevedere correttamente l'entità della valorizzazione che è strettamente dipendente dalle tecniche di matematica attuariale basate sulle basi demografiche ed economiche. "Il patrimonio è una garanzia di pagamento delle pensioni, è – come ha sottolineato Oliveti – obbligatoriamente costituito secondo criteri di legge; ogni euro che esce per le pensioni deve avere il suo corrispettivo di riserva per almeno cinque volte nel patrimonio e questo per ottenere l'equilibrio temporale legale del sistema. Il patrimonio è quindi costituito a garanzia di un diritto costituzionale ma abbiamo seri motivi per considerare la sua tassazione non equa.



segue a pag. 4

segue da pag. 2 - **Alberto Oliveti - LE REGOLE DA SEGUIRE**

In ogni caso ci dobbiamo battere perché per ogni contribuente sia garantito il massimo di pensione sostenibile e quando parliamo di contribuente, ribadisco, va tenuta presente la futura generazione". L'articolata esposizione ha affrontato poi il concetto di sostenibilità che significa mantenere gli impegni previsti dal sistema prevedendo sia i cambiamenti economici sia quelli demografici, ben sapendo che ci si muove in un contesto reale di vita e di modificazioni non sempre prevedibili.

Il concetto di sostenibilità si collega alla "adeguatezza" in un sistema che deve essere certo, sostenibile, ma anche equo e solidale. La corrispettività tra contributi e prestazioni può anche avere una dimensione soggettiva e vanno messe in atto le opportune iniziative perché ognuno possa essere in grado di prevedere le proprie esigenze di vita post-lavorativa; perciò va inserito il concetto della potenziale integrazione previdenziale che si deve contribuire a diffondere culturalmente. Va collegata, però, alla convenienza: le future generazioni dovranno trovare convenienza a rientrare in questo principio di solidarietà intergenerazionale. Oggi possiamo dire che i contributi versati in Enpam e quindi valorizzati rendono più che in ogni altra Cassa previdenziale.

Le regole della privatizzazione: "Siamo autonomi, non possiamo usufruire di trasferimenti fiscali, non possiamo essere a carico delle casse dello Stato, anzi vi contribuiamo; per ogni euro di prestazioni ci devono essere cinque euro di riserva patrimoniale e nei bilanci consuntivi riscontriamo che abbiamo undici volte tanto, riferito allo stesso anno: a termini di legge ne abbiamo ventisette volte se ci riferiamo alla data della privatizzazione (1994). Nello stesso tempo c'è un altro requisito da rispettare, che viene calcolato su base triennale: con i bilanci tecnici attuariali dobbiamo avere quindici anni di tenuta temporale. La Corte dei Conti ha recentemente lanciato un allarme sulla stabilità economico-finanziaria dell'Enpam: nel bilancio al 2009 non si raggiungevano i tren-

ta anni di equilibrio perché solo con la Finanziaria del 2007 l'equilibrio è stato spostato da quindici a trent'anni. Al primo bilancio tecnico attuariale (che si esegue a scansione triennale) dopo la Finanziaria 2007, si è dimostrato quello che già si sapeva: avevamo i quindici anni e non avevamo i trenta anni. Dobbiamo adeguarci a queste nuove regole".

Altro capitolo importante affrontato da Alberto Oliveti. Viene richiesta una maggiore sostenibilità, ossia una tenuta dei conti per più tempo in uno scenario in cui l'umanità è sempre più longeva; questa realtà positiva significa però in previdenza un aumento della complessità previsionale in un mondo che è in recessione economica, con un rimpiazzo insufficiente rispetto all'esodo che si registrerà nei prossimi anni, per di più in uno scenario professionale mutevole che forse non potrà garantire flussi contributivi integrati.

Che cosa non fare: non toccare le pensioni in essere; intervenire su quanto già assegnato ai contributi incassati dai lavoratori attivi, il pro rata, per cui ogni intervento agirà sui contributi incassati dopo la riforma; obbligare i medici e gli odontoiatri ad andare più tardi in pensione, mantenendo l'attuale sistema di opzione della data di quiescenza; aumentare i contributi senza aver prima messo a posto la corretta valorizzazione delle prestazioni garantite.

Che cosa, invece, si deve fare: intervenire sull'aliquota di rendimento dei contributi incassati, riducendo di fatto la valorizzazione assegnata già al momento della sua riscossione, di una misura che tenga conto dell'aspettativa di vita post lavorativa del contribuente; intervenire sulle riduzioni assegnate a chi va in pensione prima dell'anno stabilito di pensione ordinaria di vecchiaia in una misura che tenga appunto conto per quanto tempo la Fondazione dovrà pagargli la pensione; nell'ambito del mantenuto range di scelta del pensionamento spostare, in maniera tecnicamente e attuarialmente definita, l'età del pensionamento ordinario sotto la quale scattano le riduzioni di cui sopra.

Solo così si potrà procedere all'eventuale aumento dell'aliquota contributiva, per garantire pensioni di importo adeguato. •



Andrea Camporese
Presidente Adepp

IL RUOLO DEI PROFESSIONISTI

Nonostante il momento di crisi che il Paese sta attraversando, mi ostino testardamente a pensare che nel futuro dell'Italia il ruolo dei professionisti sia essenziale.

I dati raccolti per il primo Rapporto sulla previdenza privata italiana, che presenteremo fra qualche settimana, mostrano come negli ultimi tre anni il sistema delle professioni italiane ha visto decrescere il proprio reddito da un minimo del 6 per cento ad un massimo del 20. È importante chiarire che non è possibile fare previdenza senza lavoro; non è possibile creare un sistema previdenziale sostenibile con un tessuto economico inefficiente. Il Paese deve superare le sue criticità e tornare a crescere. Questo non significa, comunque, che chi fa previdenza non abbia delle responsabilità: l'Enpam, avendo approntato una azione riformatrice sia del sistema previdenziale, sia della gestione del patrimonio, sia di revisione dello Statuto, non solo se le sta assumendo ma sta già agendo per fare la sua parte.

Ritengo che i protagonisti della previdenza privata italiana meritino più rispetto di quello che hanno avuto fino ad oggi. Le nostre Casse, come dimostrato dai Bilanci, sono solvibili a 50 anni; il sistema previdenziale privato rappresenta 50 miliardi di euro di investimenti ed oltre due milioni di persone. Delle 20 Casse che compongono l'Adepp, le otto che presentano delle gobbe negative – e non il rischio di default – sono tutte all'interno di un processo riformatore. Ad oggi non credo che l'Italia sia riuscita a mettere in campo lo stesso tipo di impegno.

L'Enpam sta oggi improntando le sue riforme e lo fa nel momento in cui sono necessarie, mostrando la capacità fondamentale

di saper anticipare i problemi e studiare soluzioni efficaci.

Oggi esiste il problema dell'adeguatezza delle prestazioni attese e tutti stiamo lavorando per cercare di trovare delle leve che non scardinino l'equità generazionale, ed è proprio in questo senso che si colloca la razionalizzazione del sistema di governance.

Certo, avere aumentato con l'ultima Finanziaria la tassazione sugli utili finanziari dal 12 e mezzo al 20 per cento non ci aiuta in un'ottica di sostenibilità futura. Se oggi facessimo istanza alla Corte Europea potremmo chiedere, come cittadini, perché i nostri colleghi tedeschi possono andare in pensione avendo avuto una tassazione, nell'arco della vita, che è metà della nostra. Versare oggi un euro di previdenza, infatti, significa vederlo tassato una prima volta al 20 per cento in termini di rendimento ed una seconda volta all'atto della erogazione della pensione, secondo gli scaglioni IRPEF. È, senza ombra di dubbio, un grave errore strategico dell'Italia perché significa deprimere notevolmente l'attesa futura di pensione.

Chi pagherà le spese ed il costo di una società costituita da ultra ottantenni che, secondo le proiezioni della Ragioneria generale dello Stato e del ministero del Lavoro, sono in crescita esponenziale? Chi pagherà la lungodegenza, la malattia, l'invalidità, l'assistenza domiciliare? Lo Stato non potrà mai sostenere questi costi. Noi lo potremmo fare per i nostri iscritti, per due milioni di italiani. Lo potremmo fare se ci fosse data almeno la possibilità di competere alla pari sul mercato previdenziale ed istituzionale. Potremmo improntare delle politiche di assistenza per i nostri iscritti grazie alla fiscalità di vantaggio generando minore spesa per lo Stato e migliori servizi per il cittadino. Tutto questo sembra logico, quasi banale. Ma non lo è. Di fronte dovremmo avere una classe politica che alza la testa e guarda più avanti. •

Amedeo Bianco
Presidente Fnomceo

PARLIAMO DELLO STATUTO

Oggi è necessario affrontare l'argomento "revisione dello Statuto", una revisione che non si basa solo su un diverso riequilibrio di soggetti che entrano nei meccanismi decisionali di rappresentanza, ma che è un'opera molto più complessa. Abbiamo provato ad affrontarla attraverso la Commissione Statuto, che ha funzione istruttoria e di ascolto di tutti i soggetti rappresentati.

Durante i lavori della Commissione, ci si è resi conto di come lo Statuto debba regolare gli spazi che si formano a causa dei cambiamenti delle categorie coinvolte; spazi che, come sapete, sono definiti da tre assi: l'asse della struttura organizzativa dell'Ente, quello della struttura previdenziale e quello della funzione istituzionale, quest'ultima già determinata dall'articolo 38 della Costituzione, che stabilisce che la previdenza deve obbedire a quelle regole generali che la comunità si è data nella Carta costituzionale. Dobbiamo lavorare facendo in modo che i tre assi non si muovano in modo indipendente l'uno dall'altro: non si può disegnare una

struttura organizzativa della Fondazione se non abbiamo ben chiaro qual è l'asset previdenziale e qual è l'asset istituzionale. Un esempio: se l'idea è quella di allargare l'Enpam ad altre figure sanitarie è evidente che anche l'asset organizzativo e rappresentativo dovrà assumere una diversa configurazione. Basti pensare che già oggi all'interno dell'Ente si trovano due professioni: medici e odontoiatri. Per quanto riguarda il meccanismo di rappresentanza e rappresentatività, credo non si possa non tenere conto della necessità di allargare il più possibile la base sociale di consenso di un Ente con centinaia di migliaia di iscritti. La situazione generale è complessa, ecco perché abbiamo l'obbligo di fare delle scelte coraggiose e forse impopolari. Oggi, dobbiamo aumentare il grado di partecipazione della base sociale rappresentata.

Lo Statuto dovrà essere il trampolino necessario per lanciare la Fondazione nei prossimi anni: lo diciamo oggi, in un momento in cui ci si domanda come potrà esserci previdenza se non c'è lavoro. I contratti e le convenzioni sono bloccati per quattro anni e non più recuperabili: questo significa una misura regressiva generazionale

segue a pag. 6

segue da pag. 5 - **Amedeo Bianco - PARLIAMO DELLO STATUTO**

perché i più giovani se la porteranno avanti per tutta la storia professionale personale.

Conosciamo le difficoltà della nostra sanità: c'è una riduzione della base imponibile perché diminuiranno gli addetti e sono ferme e congelate le retribuzioni. L'Enpam dovrà quindi implementare delle operazioni di riorganizzazione, ma soprattutto dovrà infondere speranza e dare certezze, perché è questo ciò di cui hanno bisogno i lavoratori. Sono convinto che i medici e gli odontoiatri abbiano una importante funzione sociale e civile. Sulla riforma degli Ordini il Parlamento ultimamente ha votato un emendamento che sottrae i me-

dici pubblici dipendenti da rilievi deontologici se hanno operato in ragione di direttive dell'amministrazione o di linee guida. Ciò significa che il riferimento etico e deontologico dei medici dipendenti pubblici non è il proprio Ordine professionale, ma i codici di disciplina delle amministrazioni. Che cosa si pretende dai medici? Sono questi i medici che servono ai cittadini? Se il cittadino va in ospedale il medico risponde che deve fare quello che dice il direttore, altrimenti viene licenziato. È questo quello che serve al Paese?

Dovremmo mettere da parte le diversità e rimanere uniti, portando avanti istanze serie anche attraverso lo Statuto: proprio questo potrebbe rappresentare un laboratorio dove trovare soluzioni condivise e superare le nostre divergenze per costruire un futuro migliore. •

Alberto Volponi
Direttore generale Enpam

L'ISTITUZIONE ENPAM E LE SUE REGOLE

Prendo la parola dopo l'intervento del presidente Fnomceo, l'amico e collega Amedeo Bianco, con il quale condivido l'impegno di portare a compimento gli obiettivi assegnati alla Commissione per lo Statuto, e prima del professor Giuliano Amato che, limitandomi al tema assegnatomi, ricordo artefice istituzionale e protagonista di una stagione legislativa nel corso della quale si dette vita, nel nostro Paese, prima all'approfondimento e poi alla realizzazione di robusti processi di privatizzazione, a cui ho dato, in ruoli diversi, il mio piccolo contributo dopo l'esperienza parlamentare, volutamente breve.

Se oggi le Casse previdenziali rappresentano un solido ancoraggio per i propri iscritti nell'età post lavorativa, come da sempre ama definire l'età della pensione il nostro presidente Parodi, se oggi l'Enpam, mi esprimo con le parole del prof. Monti è un "Ente modello nell'evoluzione del sistema pensionistico italiano" lo dobbiamo a quella felice intuizione che trovò, in altri casi non è stato così, una sua concreta attuazione. Il nostro convegno si svolge sotto l'influenza di un periodo economico-sociale contraddistinto da molte problematiche irrisolte, vecchie e nuove, tra le quali quella pensionistica riveste quantomeno un ruolo di centralità.

Mi preme qui, per così dire *in limine*, farvi partecipi di un sentimento che mi accompagna, così come certamente accompagna i componenti del Consiglio di amministrazione, a partire dal Presidente, nello svolgimento dei ruoli a ciascuno assegnati. Vedete, la distanza che contraddistingue il rapporto che intercorre tra un Ente di previdenza pubblico e i suoi iscritti si annulla completamente nel caso delle Casse private. Noi tutti sentiamo di svolgere il nostro mandato o ruolo nella stessa forma e con la stessa intensità con la quale abbiamo interpretato la nostra professione. Medici ed odontoiatri, certo con il supporto di altre professionalità, nella gestione della previdenza e dell'assistenza in seno all'Enpam restano medici e odontoiatri, così è per le altre Casse dei professionisti, che del cosiddetto *welfare professionale* intendono cogliere ogni opportunità capace di accentuare il potenziale previdenziale e assistenziale dell'Ente.



Tenevo molto a questa premessa perché mi consente di richiamare idealmente quanto definimmo qualche tempo fa in seno alla progettazione delle modifiche statutarie di cui si cominciava a sentire la necessità; in particolare mi riferisco a quei passi nei quali la volontà statutaria si personificava nei medici e negli odontoiatri impegnati a sostenere la funzione di amministrazione della propria previdenza. Così che norme e disposizioni statutarie, comportamenti collettivi, responsabilità dei singoli, strategie ri-

componavano il mosaico nel quale sono diseguate la comunità medica e quella odontoiatrica.

L'Enpam, come ci è noto, è Ente previdenziale e di assistenza istituito nel 1950 ereditando i compiti, allora puramente assistenziali, della Cassa di assistenza del sindacato nazionale fascista dei medici nata con un Decreto Regio del 1937, ha assunto con il decreto legislativo n.509 del 1994 la responsabilità nei confronti di tutti i suoi iscritti di fornire loro la sicurezza sociale corrispondente alle attività svolte, **senza l'apporto di mezzi finanziari pubblici**. Quindi, contestualmente, quella responsabilità l'ha assunta nei confronti del Paese.

Quel decreto legislativo prese la forma che la legge delega aveva plasmato come un sistema di indirizzi e di criteri direttivi tutti orientati all'obiettivo di dar vita a "interventi correttivi di finanza pubblica".

Il legislatore voleva che fossero eliminate le duplicazioni organizzative e funzionali; che fossero diminuiti i costi amministrativi e fosse incrementata la speditezza delle procedure; che fossero istituiti servizi di controllo interno, nonché strumenti di verifica periodica dell'organizzazione; che le procedure fossero snellite e semplificate; che gli organi collegiali divenissero effettivamente responsabili delle loro decisioni.

Non spetta a me soffermarmi su quali e quanti di quei principi siano divenuti regola di buona amministrazione pubblica.

Spetta a me di rilevare che il nostro istituto ne ha fatto regole,

che ha sottoposto a rigidi controlli. Regole ormai consolidate divenute patrimonio di conoscenza, di esperienza e di capitale umano.

Cosicché la gestione autonoma e privata delle Casse, quella dell'Enpam collocandosi, per le sue dimensioni, tra le più visibili, è divenuta, nelle conclusioni della Commissione parlamentare di controllo sulle attività degli Enti previdenziali un principio operativo da "rafforzare e implementare".

Non me ne voglia il professor Amato se mi lascio andare alla invazione di un campo nel quale egli primeggia, ma ho bisogno di richiamare la giurisprudenza della nostra Corte Costituzionale, alla quale riconosco non tanto e non solo la forza dei principi ma anche il pregio della chiarezza.

Ebbene, la sentenza n. 15 del 1999, nel richiamare la precedente n. 248 del 1997, ribadisce che la privatizzazione degli Enti pubblici di previdenza e assistenza *"lascia immutato il carattere pubblicistico dell'attività istituzionale di previdenza ed assistenza, secondo le finalità istitutive di ciascun ente, così giustificando l'obbligatorietà dell'iscrizione e della contribuzione. Si modificano, invece, gli strumenti di gestione e la qualificazione dell'ente, che si trasforma ed assume la personalità di diritto privato"*.

Tra questi due argini, la natura costituzionale della previdenza da un lato, la qualità di Ente privato dall'altro, si incanala l'attività dell'Enpam, attività non facile sia per le sempre più frequenti incursioni legislative volte a ridurre l'autonomia dell'Ente e sia per le incursioni della giurisprudenza amministrativa che, con costruzioni azzardate o, perlomeno, non sufficientemente curiose di ricostruire il quadro normativo della previdenza privata e di quella pubblica, dichiarandone i confini, a sua volta rende incerte procedure organizzative che non dovrebbero essere messe in discussione per una ra-

gione fondamentale. Vale a dire per la ragione che proprio la cattiva organizzazione degli Enti previdenziali pubblici aveva determinato nel legislatore la volontà di consentire loro di optare per forme gestionali di tipo privatistico.

Al cambiamento, per rendere omaggio alla titolazione del nostro convegno, non si arriva, a mio avviso, da un momento all'altro.

Pur immune da tentazioni autocelebrative, sento di dover richiamare le attività svolte in questi anni, nel Consiglio di amministrazione e, sotto le sue direttive, negli organi amministrativi dell'ente e, di volta in volta, nelle commissioni di studio e di lavoro, per l'elaborazione di strategie di cambiamento e di crescita.

Allo Statuto, alla sua evoluzione regolativa, come si scriveva nella relazione di accompagnamento ad un testo organico di modifiche, la Fondazione Enpam ha sempre riservato una posizione di centralità nel novero delle proprie azioni strategiche.

Nei suoi programmi di legislatura, la Fondazione, ha affermato *la pregiudizialità di una dotazione di regole statutarie che sancissero una più ampia e diversificata rappresentatività negli organi dell'ente e le conseguenti strumentazioni operative snelle ed incisive, valide per interpretare logiche gestionali massimamente efficienti*.

È stato detto e da tutti condiviso: "Lo strumento principe è indubbiamente lo Statuto!". Da questo nostro odierno convegno, debbono scaturire le linee forza dello sviluppo dell'attività previdenziale e assistenziale dell'Enpam, cui si dovrà far seguire, subito dopo, la loro traduzione in regole statutarie.

Lo Statuto, che io immagino così condiviso da rappresentare la nostra carta fondamentale, fosse anche il frutto di un compromesso alto, di indirizzo, è il punto di condensazione dei processi reali che le nostre categorie vivono ed animano in relazione alle loro aspettative previdenziali e assistenziali. È il punto di traduzione in regole delle strategie di cambiamento che questo convegno si prefigge di portare alla luce, esaminare, approfondire e affidare al Consiglio di amministrazione.

Come detto, lo scopo dello Statuto dell'Enpam è quello di ricomporre nelle sue disposizioni le proposizioni di principio e di finalità, nonché le norme, costituendo la precettività il loro connotato prevalente. Allora, l'efficacia giuridica conferita, per questa via, ai valori simbolici e alle strategie di cambiamento, diviene garanzia per tutti gli iscritti di rafforzamento della loro sicurezza sociale. Una garanzia rinforzata, in quanto azionabile direttamente.

Abbiamo già avuto modo di affermare in passato, e ribadiamo oggi, lo Statuto è custode procedurale delle finalità solidaristiche della nostra Cassa.

Ora è il momento del cambiamento. Per onestà, dobbiamo dire che le aperture della Corte Costituzionale nei confronti di un principio di modificabilità dello Statuto hanno fatto registrare una lunga gestazione. Qui non si tratta di ricercare responsabilità. È vero che alcune sentenze amministrative, alcune leggi non hanno favorito il consolidamento della volontà di cambiamento dell'Ente.

Pur rigorosi e rigidi nei nostri stessi confronti, il passaggio dall'impianto pubblicistico pre '94 a quello privatistico, in ossequio ad un valore di ragionevolezza che è dovuto nei confronti delle or-



segue a pag. 8

segue da pag. 7 - **Alberto Volponi - L'ISTITUZIONE ENPAM E LE SUE REGOLE**

ganizzazioni complesse, non poteva avere il crisma della speditezza.

Processi identici che hanno interessato le pubbliche amministrazioni e le nostre Casse, messi a fronte, provano che il nostro cambiamento è stato decisamente più profondo e più veloce.

Nel nostro caso, inoltre, accanto all'autonomia di istituto, si è dovuta considerare e si deve considerare l'autonomia dei professionisti iscritti all'Enpam.

Se è stato facile e condiviso il conseguimento di crescenti modalità organizzative di tipo aziendale, altrettanto non poteva, ragionevolmente, attendersi in relazione ai profili della rappresentanza categoriale.

Il giudizio costituzionale cui si è fatto più volte riferimento traeva origine da un contenzioso davanti al giudice amministrativo vertente sui criteri di composizione degli organi collegiali dell'Ente. Con una motivazione da parte dei ricorrenti da non sottovalutarsi, neppure oggi. Infatti, come annotato nella citata sentenza, l'invocata esigenza di tenere fermi i criteri di composizione degli organi collegiali rispondeva, nelle intenzioni dei ricorrenti, alla difesa del *mantenimento delle funzioni e dell'attività di natura pubblicistica degli enti gestori di forme obbligatorie di assistenza e previdenza*.

Allora, come oggi, l'Ente contestava che si dovesse mantenere intatto il sistema dei criteri di composizione degli organi, in quanto sarebbe risultato in contraddizione con la sua autonomia organizzativa e con l'esigenza di adeguamento della sua configurazione agli obiettivi assunti come organismo privato.

La salvaguardia dell'unità dell'Ente, allora come oggi, rappresenta una sorta di assicurazione degli interessi previdenziali e assistenziali dei medici e degli odontoiatri.

La dialettica tra rappresentanza ordinistica e rappresentanza diretta degli iscritti, cioè dei portatori degli interessi diretti alla previdenza e all'assistenza, deve essere tradotta in un sistema elettorale rinnovato, al cui esito operativo si riconducono la configurazione statutaria degli organi e le stesse problematiche di configurazione dei Fondi.

La Commissione per la riforma dello Statuto, non a caso, seppure nella forma doverosa di un questionario, ha identificato le linee portanti di una riforma statutaria.

E, dunque, senza tradire il proprio mandato istruttorio, anzi riconoscendo l'opportunità di una metodologia condivisa. Mi viene in mente un passaggio di Zagrebelsky in un suo recente scritto, là dove dichiara una speranza, a mio parere condivisibile, quella che ogni regolazione per esser valida debba ottenere il consenso, perfino di coloro che quella stessa materia regolerebbero in maniera tutt'altro che diversa. Il tempo della ricerca della divisione sembra purtroppo sostituire ormai quello della condivisione. La nostra Commissione pone preliminarmente l'interrogativo se la Fondazione Enpam possa candidarsi a gestire la previdenza di tutte le professioni sanitarie. Ciò che getta un fascio di luce sulla prospettiva del cambiamento. Noi medici, gli odontoiatri, forse i sanitari, nella logica previdenziale comune svestono la loro appartenenza categoriale, professionale. Per vestirne una, se si vuole, più vasta. Quella di costituire una categoria previdenziale, con l'onere di costruire il proprio

futuro in campo aperto. Senza perdere la fiducia, la rappresentatività morale, ideale e solidale delle proprie categorie professionali. In questo quadro, la Commissione è chiamata ad approfondire alcuni problemi generalissimi, e cioè se la Fondazione debba gestire direttamente anche fondi di previdenza complementare oppure essere partecipe di iniziative di altri soggetti della previdenza; se le gestioni, attualmente in numero di cinque, possano essere ridotte nel numero e riviste mediante riaggregazioni e, di conseguenza, come debbano operare le prospettive di equilibrio di lungo periodo, in chiave di solidarietà, certo, ma anche di tenuta tecnica.

Non voglio esagerare, ma questo è il livello sul quale si colloca la riflessione sul ruolo a venire dei Comitati consultivi dei Fondi. Il cambiamento strategico che li riguarda, li supera.

Ho volutamente semplificato il questionario elaborato dalla Commissione dello Statuto per lasciare spazio ad una osservazione che mi auguro venga ritenuta meritevole di attenzione. Io immagino per l'Ente un sistema di riferimento che poggi sui seguenti pilastri: un sistema elettorale, e ben sappiamo come il sistema elettorale rappresenti l'elemento portante di qualsiasi architettura istituzionale, che si collochi nell'alveo giurisprudenziale consolidato, e che affianchi alle elezioni mediate dagli Ordini le elezioni dirette dagli iscritti all'Enpam e dia vita ad organi rappresentativi dotati di poteri di indirizzo e di controllo, il Consiglio Nazionale, e di governo, il Consiglio di Amministrazione.

Insomma, un Parlamento e un Governo dei medici, degli odontoiatri, forse di molte altre categorie del comparto sanitario, con un modello gestionale che non può non essere aziendale. La Fondazione ha, in questo senso, da tempo avviato un processo di revisione organizzativa inteso ad eliminare aree di minore intensità di efficienza ma dovrà in maniera più puntuale precisare i meccanismi di indirizzo e controllo nei confronti delle responsabilità operative.

Alla Fondazione, che è organizzazione complessa, il compito con i suoi organi collegiali di definire gli ambiti strategici, dividendoli da quelli gestionali da assegnare, senza eccezioni, alla struttura e l'Enpam ha una classe dirigente all'altezza del compito.

Non vi sono conclusioni da trarre. Il Presidente, i Vicepresidenti, i componenti del Consiglio di Amministrazione, il Direttore generale si collocano in posizione di ascolto e di sollecita trasformazione delle strategie di cambiamento in azioni positive nell'interesse dell'Enpam, di ognuno dei suoi iscritti.

Permettetemi un'ultimissima riflessione.

Nel riscrivere uno Statuto, ovvero le regole dello stare insieme, dell'agire insieme, regole più difficili da riscrivere che da scrivere, bisogna pensare che quelle regole debbono avere in sé il seme della condivisione delle generazioni future. Alcide De Gasperi disse: "Il politico pensa alla prossima elezione, lo statista alla prossima generazione". È una frase di una attualità unica, direi di drammaticità unica per la carenza della politica. Se non abbiamo più un De Gasperi è altrettanto vero che non c'è un Adenauer né uno Schumann.

Dobbiamo pensare alle prossime generazioni. La riscrittura del nostro Statuto dovrà allora essere permeata da quello spirito di solidarietà che ha contraddistinto la storia dell'Enpam e ha fatto grande questo Ente e che non può non proiettarsi al di là del nostro tempo. •

Francesco Verbaro

Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali

RIFORME PER TUTTI

Penso sia a tutti chiaro che stiamo vivendo un'epoca straordinaria dal punto di vista dei cambiamenti. I problemi, oggi, vanno affrontati in base ad una nuova situazione generale che non consente più di rimandare le soluzioni a data da destinarsi. Le riforme che l'Enpam sta promuovendo riguardano non solo l'Ente stesso, ma tutto il mondo della previdenza. Non è un caso che nell'ultimo anno il governo sia intervenuto sulla materia previdenziale con diversi decreti legge. Questo ci fa capire come tutti i soggetti coinvolti nell'ambito previdenziale debbano rivedere ruoli, regole e comportamenti per giungere a riforme immediate e coraggiose.

La situazione generale ci porta ad affrontare il problema di come rapportarsi nei confronti dell'economia: investimenti, finanza, immobili. Lo sforzo del governo nell'introdurre nuove forme di controllo è volto proprio ad adeguare gli strumenti che servono a governare un ambito sempre più complesso e mutevole.

Alla luce del quadro previdenziale e dell'andamento demografico professionale è utile tenere conto dello sforzo che l'Enpam sta facendo in merito alle riforme. Va anche detto che scontiamo dei ritardi: i bilanci tecnici presentati in passato hanno già mostrato qualche criticità e oggi sia lo Stato sia le Casse devono adottare le riforme necessarie per dare sostenibilità alle ge-

stioni previdenziali ed affrontare il tema dell'adeguatezza delle prestazioni.

Per quanto riguarda i diversi Fondi di previdenza, si osserva che sono stati considerati la sostituzione del contributivo per quanto riguarda il Fondo generale Quota A, l'incremento dell'aliquota contributiva per il Fondo generale Quota B e la riduzione dell'aliquota di valutazione tenendo conto dell'aspettativa di vita: una serie di scelte necessarie considerato il quadro previdenziale e l'andamento demografico.

L'Enpam ha un buon patrimonio, ma questo non deve condurre ad un'erosione che non veda una inversione di tendenza rispetto all'equilibrio previdenziale.

Rispetto allo scenario presente le riforme allo studio dell'Ente sono necessarie; il lavoro che si sta svolgendo con l'Adepp, sia in termini di partecipazione ai regolamenti, sia in tema di codici di regolamentazione, è corretto e adeguato. Bisognerà studiare i processi virtuosi già posti in essere e utilizzare le migliori pratiche che esistono a livello previdenziale: alcune Casse che seguono sistemi di governance hanno affrontato riforme anche coraggiose.

Siamo di fronte a scelte obbligate e responsabili; stiamo pensando non solo al presente, ma anche e soprattutto alle prossime generazioni. Se in passato alcuni hanno lasciato pesanti eredità da gestire, la generazione che oggi governa ha una scelta obbligata, quella di assumersi la responsabilità di affrontare il problema previdenziale in modo da poter guardare più serenamente al futuro. •

Giuliano Amato

Presidente Istituto enciclopedia italiana "Treccani"
Advisor Deutsche Bank

UN LUNGO PERCORSO

Negli anni '60 e '70 era facile configurare la previdenza come un diritto che per esistere aveva bisogno solo di una legge che lo proclamasse: una volta concesso, lo si esercitava a prescindere dalle risorse finanziarie disponibili. In un clima del genere, anche i moduli organizzativi erano sufficientemente elastici da consentire che laddove non arrivavano le contribuzioni, arrivava il bilancio dello Stato: una coperta che veniva progressivamente allargata tanto da arrivare ad avere un sistema pensionistico nel quale, con diciannove anni sei mesi e un giorno di contribuzione – anzi quindici anni sei mesi e un giorno, se consideriamo il riscatto dei quattro anni di università – c'erano trentenni che potevano andare felicemente in pensione. In tempi nei quali l'età cominciava ad allungarsi grazie ad aspettative di vita via via crescenti, sarebbero stati a carico del sistema pensionistico per decine e decine d'anni.

Nei primi anni '90 cominciò il cambiamento, si comprese che non bastava avere un diritto proclamato dalla legge, ma che serviva-

segue a pag. 10



segue da pag. 9 - **Giuliano Amato - UN LUNGO PERCORSO**

no risorse e che era necessario cercare di adeguare il sistema. Nel '92-'93 furono realizzati alcuni pilastri innovativi del sistema previdenziale: si eliminarono alcune delle più vistose distorsioni e si introdusse la previdenza complementare, comprendendo che, col passare degli anni, anche noi italiani avremmo dovuto renderci conto che il nostro risparmio non era destinato a soddisfare soltanto piaceri voluttuari, ma anche a fronteggiare le circostanze future della vita. In termini culturali è stata una rivoluzione.

Dal '92-'93 il mondo è sempre più cambiato: la curva demografica è stata sempre più "generosa", ma anche più aspra per la società nel suo insieme perché, mentre si è ridotto percentualmente il numero dei giovani, è andato aumentando in modo esponenziale il numero degli anziani.

La storia ha conosciuto molti periodi nei quali i figli non avevano alcuna garanzia di un futuro migliore di quello che avevano avuto i loro padri. Abbiamo vissuto una stagione relativamente felice che non a caso negli anni '60 '70 venne battezzata da John Kenneth Galbraith della "affluent society": il sogno americano, in cui si lavorava duramente, 24 ore su 24, ma con la certezza che il proprio figlio sarebbe andato ad Harvard e che avrebbe avuto un impiego che gli avrebbe permesso di vivere meglio di chi lo aveva preceduto. Oggi, per mandare un figlio ad Harvard ci vogliono più di 60-70 mila dollari all'anno, una cifra che supera lo stipendio medio di una persona. E se di figli

ne hai due, forse non riesci a mandarne nessuno all'università. Non so che cosa accadrà in futuro, non so se ci sarà una ripresa, ma noi, intanto, ci dobbiamo attrezzare. La nostra società è caratterizzata oggi dallo scontento e vediamo spesso come il sentimento collettivo si manifesti con maggiore facilità, non con la critica, ma con la rabbia. Sento spesso parlare di abolizione degli Ordini: che cosa vuol dire? Li aboliamo e il PIL italiano passerà dallo 0,7 al 2,7? Bisognerebbe invece abolire le migliaia di società semipubbliche e di enti inutili che sono stati creati attorno ai comuni, alle province e alle regioni, nei cui consigli di amministrazione si distribuiscono migliaia di posti al ceto parapolitico e si creano costi totalmente parassitari.

La finanza ha molti aspetti critici, ma è anche uno strumento formidabile, utile, vigoroso, che rafforza le attività meritorie e gli dà solidità. Tutti gli istituti di previdenza, anche quella complementare, si sostengono investendo i contributi nel comparto finanziario. I tempi sono duri e le vacche, come si suole dire, sono magre, ma proprio per questo, e a maggior ragione, dobbiamo usare gli strumenti di cui disponiamo per rafforzarci e non per indebolirci.

Gli Ordini sono associazioni nelle quali i pari giudicano i propri pari, dove si giudica come sta funzionando un presidio medico o come sta lavorando un medico. Ciò che serve è rivedere lo Statuto e le categorie da coinvolgere per rafforzare la base fondamentale del sistema, lavorare sul patrimonio e vedere le prestazioni. Sarebbe utile che anche la politica ci pensasse, ma visto che da sola non lo fa, noi dobbiamo aiutarla a farlo. •

Luigi Antonio Caccamo

Direttore Dipartimento del Patrimonio

LE NUOVE STRATEGIE PER IL PATRIMONIO DELL'ENPAM

Un'unica regia per gli investimenti sia immobiliari sia finanziari, un nuovo modello organizzativo, due controllori del rischio, una diversa ripartizione dei capitali (*asset allocation strategica*) legata alle logiche previdenziali, nuovi parametri statistici (*benchmark*) per paragonare i rendimenti ottenuti con le medie del mercato: sono questi i punti cardine della nuova strategia di gestione del patrimonio Enpam che Luigi Caccamo ha illustrato alla platea. L'ingegnere cinquantunenne, arrivato in Fondazione nel 1998 come dirigente del settore immobiliare, è stato appena nominato CIO, acronimo inglese che sta per *Chief investment officer*, la nuova figura chiamata a unificare l'amministrazione dell'intero patrimonio dell'Enpam, sia esso di mattoni o di titoli finanziari. "Gli obiettivi, la struttura, i modi di rapportarsi al rischio devono essere comuni", dice Caccamo, spiegando che la logica da seguire è quella previdenziale: prima si calcola il debito (le pensioni da pagare) e si prevedono i flussi (quanto e quando si dovrà versare) e solo dopo si imposta la gestione del patrimonio in modo da adattare e plasmare le rendite patrimoniali alle eventuali necessità di cassa.

Il cambiamento riguarda anche il modello organizzativo degli investimenti, cioè la *governance*. "Fino al 2010 - ha spiegato Caccamo fa-



cendo riferimento alla data di insediamento dell'attuale Consiglio di amministrazione - gli investimenti erano governati sostanzialmente da due commissioni consiliari che avevano come fulcro la struttura e due consiglieri esperti. Le decisioni venivano poi ratificate dal CdA dell'Ente. Esisteva anche un gestore del rischio che tuttavia, fino a qualche anno fa, analizzava gli investimenti dopo che erano stati fatti". Il nuovo modello, disegnato quest'anno con il contributo di Mario Monti, prevede che il CdA sia sempre al centro delle

scelte e che possa contare su due livelli di controllo del rischio. Da un lato è previsto un *risk manager* indipendente dalla struttura, e completamente staccato dalla dinamica di scelta dei prodotti di cui deve controllare l'andamento, dall'altro viene introdotto un *advisor* che aiuti a valutare i rischi già nella fase iniziale, quando le varie opzioni di investimento vengono prese in considerazione.

Luigi Caccamo ha anche anticipato le metodologie che stanno guidando la definizione della nuova *asset allocation strategica*, cioè la suddivisione del capitale nelle varie forme di investimento. "Oggi abbiamo un'asset allocation strategica completamente superata e,

anche sulla base delle dinamiche attuariali e delle riforme pensionistiche che si stanno per approvare, ne stiamo definendo un'altra – ha detto il CIO –. La prima cosa da fare è dividere idealmente il pa-

L'Unità di valutazione degli investimenti patrimoniali

Il nuovo modello di *governance* degli investimenti prevede anche l'istituzione di un organo intermedio: l'Unità di valutazione degli investimenti patrimoniali (UVIP). Si tratta di un gruppo di lavoro formato da quattro consiglieri di amministrazione (attualmente i due vice-presidenti e due consiglieri a rotazione semestrale), dal Direttore generale e dal Direttore dell'Area gestione del patrimonio (CIO). L'Unità, anche con l'aiuto di un advisor e di eventuali consulenti specializzati, è incaricata di valutare i benefici e i possibili rischi delle varie ipotesi di investimento prima che arrivino in Consiglio di amministrazione, cui spettano le decisioni finali.

trimonio in classi (monetario, titoli di stato, azioni, immobiliare...) e associare a ciascuna un *benchmark*, cioè un indice di riferimento che permetta di valutare se l'investimento sta rendendo quanto dovrebbe - ha continuato Caccamo -. Noi oggi abbiamo individuato 16 classi ma vorremmo espanderle a 20 per poter fare dei confronti più raffinati". Una volta definite le aree di investimento e pesati correttamente i rischi connessi, si passa alla scelta dei singoli prodotti. "Nella gestione del patrimonio di un ente di previdenza le parole d'ordine non sono molte – ha affermato Caccamo - la più importante è diversificazione, a cui corrisponde la maggiore protezione del capitale e la maggiore probabilità di rendimento positivo e stabile. Nel passato si è pensato che una garanzia contrattuale sul capitale e sul rendimento potesse salvare la fondazione dal correre rischi ma nel mercato libero non esistono garanzie. L'unica forma di protezione nel fare investimenti è diversificare su tanti mercati avendo cura che i tanti mercati non siano correlati fra di loro". •

Giampiero Malagnino Vice Presidente Enpam

Abbiamo ascoltato Luigi Caccamo parlare del lavoro che l'Enpam ha svolto; un impegno portato avanti seguendo anche le indicazioni che il professor Mario Monti, con la collaborazione della Goldman Sachs, ci ha trasmesso in Consiglio di Amministrazione il 20 maggio di quest'anno. Oggi abbiamo l'opportunità di ascoltare nuovamente il professor Monti su ciò che stiamo facendo sull'asset allocation strategica: è un'opportunità importante, che dà sostegno e conforto al Consiglio di Amministrazione e che mira certo a una strategia del cambiamento, ma anche a rendere il più efficace possibile i nostri investimenti.

Professor Monti, ho chiesto prima a Francesco Verbaro, che ha partecipato al Convegno in rappresentanza del Ministro del lavoro, se dal punto di vista politico la scientificità di un'asset al-

location strategica è oggi compatibile con gli investimenti in titoli di Stato italiani. Volevo da lui una risposta di tipo politico perché quella di tipo scientifico la desidero da lei. Il consigliere Verbaro non ha avuto la possibilità di rispondere perché, come lui mi ha ricordato, non è un politico. Forse la situazione generale oggi non dà spazio a risposte politiche sull'argomento, eppure questo tema ci coinvolge molto perché, come ripetuto più volte, in un paese in crisi le professioni non possono andare bene. Il nostro risparmio previdenziale dovrebbe poter aiutare il paese. Più generalmente, tutte le professioni italiane oggi sono impegnate in questo tipo di riflessione. Se è vero che il paese sta andando incontro a una trasformazione del welfare, è possibile che le Casse di previdenza possano svolgere un ruolo in questo campo? È un tema importante ed è molto utile a tutti noi che lei professor Monti abbia accettato il nostro secondo invito a venire qui a sostenere e ad aiutarci ad approfondire l'argomento insieme ai suoi collaboratori di Goldman Sachs. •

Professor Mario Monti Presidente Università "Bocconi"

PARLIAMO ANCHE D'EUROPA

Ho già avuto occasione di entrare in contatto con la realtà della Fondazione quando la stessa Amministrazione Enpam, qualche mese fa, ha sentito la necessità, con modifiche nella gestione interna del patrimonio, di prepararsi agli enormi cambiamenti in atto nel mondo economico. Insieme ad un team di Goldman Sachs abbiamo esaminato le forme di governance di strutture anche molto più grandi, ma simili per obiettivi e materia, in modo che Enpam potesse trarne conclusioni valide da poter applicare alla propria realtà.

Il cambiamento della governance è un tema molto attuale. Di recente, infatti, abbiamo avuto ben due appuntamenti internazionali che riguardano l'argomento: il summit dell'Unione Europea

e dell'Eurozone e quello del G20. Tali manifestazioni collettive di volontà decisionale sono il riflesso di un fenomeno ben noto: con l'intensificarsi della globalizzazione è sempre più chiaro come le decisioni prese dalle Autorità dei singoli Paesi non siano più sufficienti e che all'integrazione dei mercati debba corrispondere il coordinamento delle autorità di politica economica. Gli europei sono stati i primi – 60 anni fa – ad individuare la via del processo di integrazione tra i Paesi: alla globalizzazione a livello continentale si è giunti accostando l'integrazione dei mercati al coordinamento sistematico di alcuni aspetti delle politiche pubbliche. Il modello, inventato da Jean Monnet, è ormai d'esempio ed il G20, infatti, è nato in parte proprio su questa base.

Prestando attenzione all'evolversi di questi summit, è facile no-

segue a pag. 12

segue da pag. 11 - **Professor Mario Monti - PARLIAMO ANCHE D'EUROPA**

tare come l'efficacia del G20 nel procedere è tanto più grande quanto più vicino è il pericolo di una crisi. Dopo l'esplosione di quella greca, a fine 2009 - inizio 2010, numerosi sono stati i passi avanti che le Autorità europee hanno intrapreso per ideare nuovi strumenti di intervento, nuovi fondi di salvataggio, nuove modalità di coordinamento preventivo delle politiche economiche. Passi troppo lenti rispetto alla realtà dei mercati, ma incredibilmente più veloci rispetto al tradizionale procedere dell'Europa. Il coordinamento internazionale, infatti, comporta di diritto, o di fatto, una rinuncia ad alcuni aspetti della sovranità nazionale, con un conseguente malcontento per i cittadini con un orgoglio nazionale spiccato e per i Governi che vedono restringersi lo spazio del proprio esercizio di autorità. Rispetto al G20 l'Unione Europea presenta però un punto a favore: le decisioni prese nei momenti di crisi prendono una forma più giuridica, più vincolante e danno luogo a norme e, qualche volta, a istituzioni, che aiutano il sistema ad affrontare anche le crisi future. Il progresso, in questo senso, è meno reversibile di quando viene affidato alla buona volontà dei singoli Paesi, come nel caso del G20.

Riflettendo sulle difficoltà che l'Europa incontra nel prendere decisioni coordinate, si è spinti a pensare che il nostro Paese sia quello che debba superare i maggiori ostacoli. Non ritengo, però, che questo corrisponda alla realtà: oggi si propone generalmente, e con sempre più insistenza, il problema della funzionalità della democrazia. Non sto di certo invocando l'applicazione di sistemi autoritari, ma sto affermando che la risposta, secondo me, va trovata nei sistemi democratici articolati internazionalmente, con regole che consentano di giungere a decisioni più semplici e rapide.

È importante sottolineare che non stiamo affrontando una crisi dell'euro, ma una crisi all'interno dell'Eurozona. Il livello dell'inflazione, infatti, non è allarmante e il tasso di cambio con il dollaro presenta solo lievi fluttuazioni: a giudizio di molti europei sarebbe anzi preferibile che l'euro fosse leggermente più debole, per poter sostenere la competitività e la crescita economica.

La crisi, che coinvolge diversi Paesi, riguarda il Bilancio pubblico e le banche. Prendendo in considerazione la misura aggregata complessiva degli squilibri di finanza pubblica nell'Eurozona, è interessante notare che tre sistemi comparabili - Stati Uniti, Gran Bretagna e Giappone - presentano, in termini di disavanzo e debito rapportati al PIL, una situazione più grave. Il problema dell'Eurozona è da ricercarsi, invece, nella asimmetrica distribuzione di questi squilibri nei diciassette Paesi che la compongono e nell'inadeguatezza della governance a gestirli.

I passi avanti che l'Europa ha fatto sono stati purtroppo sempre presentati dai capi dei Governi e dalle Autorità comunitarie come decisivi, per poi dimostrarsi inadeguati sui mercati e comportando, di conseguenza, l'attesa di ulteriori decisioni. Tra le cause del problema c'è da considerare anche che la figura perno del sistema, la Germania, influenzata dalla paura di un contagio della crisi, ha messo in moto, attraverso il suo Parlamento e la sua Corte Costituzionale, una serie di freni che hanno rallentato la capacità del capo del Governo tedesco di negoziare a Bruxelles.

Molti sono stati comunque i miglioramenti sia nell'approntare strumenti di soccorso sia nell'intensificare quelli di controllo e non deve sorprendere se anche l'Italia ha fatto diretta esperienza di questa realtà: l'Europa deve, infatti, a tutela di ogni Paese membro, intervenire sul comportamento di ciascun componente. Ed è proprio questo tipo di controllo che rischia di sembrare incompatibile con la democrazia. Da questo punto di vista, per esempio, i cittadini italiani negli ultimi anni sono stati rassicurati dalle Autorità di Governo sulla specificità del caso italiano, sulla superiorità del nostro Paese rispetto agli altri nel superare la crisi. Sono elementi che le Autorità italiane hanno fatto bene a mettere in luce ma che, allo stesso tempo, si sarebbero dovuti accompagnare anche all'evidenziazione delle criticità: l'Italia è un paese che da anni cresce, indipendentemente dai governi in carica, ad un tasso che è la metà di quello europeo, con una competitività troppo frenata e che presenta la necessità di riforme strutturali. Si sarebbero dovuti preparare i cittadini ad affrontare sacrifici, convincere alcune categorie alla rinuncia di certi privilegi che nell'insieme determinano un freno ai mercati ed alla concorrenza, un insufficiente stimolo all'innovazione, la perdita della competitività, una scarsa crescita economica e crescente disoccupazione.

Non sfugge a nessuno come, in questo mio lungo discorso, in realtà non abbia fatto altro che parlare di Titoli di Stato, la cui salvaguardia dipende dalla trasparenza, dalla verità nella conduzione di ciascun Paese e dalla concretezza della politica economica intrapresa.

Ogni tanto si parla di Governo tecnico, ma ritengo, come osservatore e cittadino, che il problema non risieda nella tecnica, ma nel passare da una politica ad un'altra per riuscire a risolvere le criticità che affliggono il nostro Paese e che si riflettono sul limitato appeal dei titoli del Tesoro italiano. Quando nel 2005 sono tornato in Italia, dopo dieci anni di lavoro alla Commissione Europea, sembrava che fosse in corso, e che andasse consolidata, la tendenza a combattere il disavanzo e ridurre il debito, ma il problema dominante, anche per la sostenibilità del miglioramento della finanza pubblica, era sempre quello della crescita e della competitività, che richiedeva, e richiede, le riforme strutturali di cui prima ho accennato. Occorre quindi distribuire i sacrifici e convincere le categorie che il futuro sarà migliore per tutti se oggi facciamo qualche rinuncia. È necessario l'impegno di tutte le forze politiche del Paese per portare avanti scelte di governo necessariamente impopolari nel breve periodo, ma generatrici di benessere e di occupazione nel medio e nel lungo.

Tale constatazione non riguarda solo l'Italia. Negli Stati Uniti, massimo esempio di bipolarismo, il presidente ed il Congresso, per far fronte all'ingestibile situazione economica in cui versa il Paese, hanno creato all'interno del Congresso stesso una *super committee* costituita da un pari numero di repubblicani e democratici. Ai componenti è stato chiesto di trovare un accordo che sicuramente implicherà delle rinunce per tutti, ma che consentirà anche di risolvere il problema della finanza pubblica americana, ad oggi così grave da cominciare a contagiare la realtà finanziaria internazionale e da infliggere alla stessa "patria" delle agenzie di rating un declassamento. •

Giampiero Malagnino
Vice Presidente Enpam

SACRIFICI PER IL FUTURO

Grazie al professor Monti per la chiarissima illustrazione. Indubbiamente ne usciamo convinti del fatto che quello che stiamo facendo per l'Enpam va bene. Stiamo puntando sul cambiamento sapendo che oggi dobbiamo fare dei sacrifici perché le future generazioni, ma anche noi stessi - cinquantenni e sessantenni -, possano essere certe della pensione.

Massimo Angrisani
Professore ordinario di Tecnica attuariale
presso l'Università degli studi di Roma "Sapienza"

CONTI IN ORDINE

I problemi di cui vi parlerò riguardano l'Enpam ma, più in generale, l'intero sistema italiano pubblico e privato che non ha i conti in ordine. In proposito sottolineo che lo Stato interviene per oltre 40 miliardi di euro aggiuntivi rispetto a quelli che vengono dati come contribuzione.

Per quanto riguarda l'Ente ho analizzato i conti partendo dal Fondo di medicina generale con le due sue gestioni, Quota A e B. Sono conti che vanno rivisti.

L'Enpam ha un patrimonio di circa 11 miliardi di euro secondo i dati aggiornati a dicembre 2009. Per sapere se si tratta di un patrimonio cospicuo o meno, tale cifra va valutata in rapporto a quanto si possiede e quanto si deve dare.

Per quanto riguarda la Quota A abbiamo una copertura del 20-25 per cento del debito che fa riferimento alla parte destinata ai pensionati e alla parte che riguarda gli attivi. Per i pensionati il debito corrisponde ai ratei di pensione che ancora si devono pagare; per l'attivo bisogna invece considerare la somma versata che in seguito si dovrà restituire. Va fatta, dunque, la differenza tra dare e avere. Per quanto riguarda il Fondo Quota A, la pensione media è di circa un quarto del reddito medio, cioè una copertura del 25 per cento. C'è, grosso modo, una pensione che è il doppio del contributo medio: siamo quindi di fronte ad una situazione strutturale che, già da questi numeri, denota una instabilità che nelle condizioni attuariali si accentua.

Oggi l'Enpam ha un debito previdenziale con una copertura patrimoniale che si aggira intorno al 20-25 per cento e presenta una situazione demografica degli iscritti molto particolare.

Il problema che si deve affrontare è causato dalla consistente quantità di pensionamenti - circa 90-100 mila - che si registrerà nei prossimi anni e dalla spesa altrettanto consistente che ne consegue. Occor-

Siamo un Ente di previdenza che investe, che raccoglie 460 mila famiglie tra attivi e pensionati. Abbiamo un ruolo da svolgere, che è quello di garantire la sostenibilità del nostro sistema previdenziale.

Un ruolo chiarissimo al di là delle altissime argomentazioni che il professor Monti ha esposto. Certamente siamo un Paese che in una situazione come questa non può che auspicare il massimo di relazione, di dialogo e di comportamenti fra le categorie e il governo per cercare di arrivare a una soluzione di cambiamento della politica economica in generale e del welfare: una politica la più condivisa possibile. •

re, in via temporanea, smaltire l'onda demografica. Oggi l'Enpam ha 80 mila pensionati che arriveranno nei prossimi anni a circa 240 mila: una volta smaltita l'onda il patrimonio si esaurirà, anzi a mio avviso potrebbe non essere sufficiente. Il sistema deve quindi essere riorganizzato. Come si è arrivati a tutto questo? Quando l'Enpam è stato privatizzato le regole non erano adeguate e l'errore tecnico fondamentale è stato che nelle valutazioni dei Fondi non si è tenuto conto del debito. La normativa era quella degli anni '90, periodo caratterizzato dal boom delle professioni: si stabilì una verifica dopo quindici anni, ma la spesa non venne modificata a fronte del triplicarsi degli iscritti. Il resto è ovviamente venuto da sé.

Le previsioni attuariali non possono essere lo strumento per valutare la sostenibilità. La realtà è che tutti i sistemi che hanno impiegato queste previsioni non sono riusciti ad affrontare il problema. Oggi la previsione attuariale ricorda la Sibilla cumana, si fanno delle ipotesi ed esce il responso: sostenibile o insostenibile. I sistemi pensionistici hanno, invece, delle regole che devono essere rispettate. La prima è la regola sul rendimento: cioè i soldi che si danno in previdenza, i contributi, non possono avere rendimenti cervellotici. Il rendimento che posso riconoscere è quello dei soldi di cui posso disporre, se non si hanno soldi il rendimento che posso riconoscere è agganciato alla massa dei redditi che si producono. Se disattendo questa regola il debito previdenziale si dilata. Non si può affermare che fino ad oggi questo sistema abbia funzionato, perché il debito crea il problema non quando lo contraggo, ma quando devo pagare ed oggi deve essere pagato. Purtroppo, all'epoca, non venne fatta una normativa che controllava il debito, altrimenti ci si sarebbe accorti che si dilatava a fronte di un patrimonio che non riusciva a tenerne il passo. Tutto questo significa che le generazioni che verranno dovranno pagare la componente del debito che non è coperta. L'errore che si è commesso, per essere chiari, è lo stesso che per fortuna l'Europa ci ha bloccato. La classe politica non ha fatto altro che dilatare un debito che oggi appare difficile rimborsare.

Il Paese deve prestare quindi molta attenzione a queste problematiche per creare un sistema pensionistico autosufficiente. •



Ernesto Del Sordo
Vice Direttore generale
e Direttore Dipartimento della Previdenza Enpam

GESTIONI PREVIDENZIALI

L'Enpam ha sin qui costantemente monitorato le gestioni previdenziali nell'ottica di rispettare le prescrizioni legislative pro – tempore vigenti. Nel 1998 e nel 2004 sono stati apportati alcuni correttivi che hanno consentito di assicurare l'equilibrio delle gestioni a tutto l'anno 2006. Se analizziamo le risultanze dei bilanci tecnici al 31 dicembre del 2003 e del 2006 riscontriamo, infatti, che l'equilibrio quindicennale prescritto è rispettato. Tale risultato è stato conseguito anche perché il sistema retributivo da sempre adottato dall'Ente, in quanto calcola la prestazione sui redditi dell'intera vita lavorativa, è più virtuoso di quello già in uso per la previdenza pubblica. Non è stato perciò necessario varare una riforma strutturale sul tipo di quella adottata per il sistema generale che, come è noto, con la legge di riforma n. 335/1995, è passato dal calcolo della prestazione con il metodo retributivo a quello contributivo. Le riforme degli anni novanta dettate dal legislatore, peraltro, non hanno avuto un impatto diretto sull'ordinamento previdenziale degli enti dei liberi professionisti per i quali invece in quegli anni è stata disposta la privatizzazione. Quale è oggi la situazione finanziaria delle gestioni Enpam? Ad eccezione del fondo specialisti esterni, tutti i saldi previdenziali delle gestioni sono abbondantemente in attivo e, secondo le proiezioni dei bilanci tecnici, lo saranno ancora per molti anni. È possibile, perciò, affermare che, contrariamente a quanto alcuni giornali hanno riportato, le pensioni dei medici non sono a rischio. Ciò però non basta. L'Ente, infatti è tenuto a garantire l'equilibrio non solo nel breve ma anche nel medio/lungo termine. In particolare, a seguito delle intervenute prescrizioni della finanziaria 2007, la stabilità delle gestioni deve ora essere assicurata per trenta anni, con proiezioni a cinquanta. La riserva legale prima fissata a cinque volte la spesa pensionistica riferita all'anno 1994 ora va rapportata a cinque volte la spesa pensionistica dell'anno corrente. Nel rispetto della prevista periodicità triennale sono stati, quindi, acquisiti i bilanci tecnici dei Fondi al 31 dicembre 2009 elaborati su parametri fissati con decreto dai Ministeri vigilanti. I documenti attuariali, se da un lato hanno confermato la situazione di equilibrio dei fondi per il prossimo decennio, dall'altro hanno evidenziato problemi di instabilità prospettica nel medio – lungo periodo che richiedono urgenti interventi correttivi. Preliminarmente alla individuazione delle misure di stabilizzazione è stato necessario avviare un confronto con i Ministeri vigilanti per convenire quale dei saldi esposti nel bilancio tecnico deve essere preso a riferimento per valutare l'equilibrio delle gestioni. Come è noto i bilanci tecnici danno conto di tre saldi: quello previdenziale che è dato dalle entrate per contributi ed uscite per prestazioni; quello corrente che tiene conto delle entrate contributive e del rendimento del patrimonio da un lato nonché, dall'altro, delle uscite per prestazioni e delle spese di gestione dell'Ente; quello patrimoniale che indica l'anno di azzeramento del patrimonio del Fondo.

I Ministeri del Lavoro e dell'Economia, nella conferenza dei servizi tenutasi nell'aprile del 2009, hanno convenuto di adottare come indicatore per la determinazione dell'equilibrio trentennale delle gestioni “l'anno in cui il saldo corrente, dato dalla differenza tra le entrate totali e le uscite totali, assume **strutturalmente** valore negativo”. Non hanno ritenuto prudentemente utilizzare come indicatore di stabilità il saldo patrimoniale. Individuando nel saldo corrente l'indice di riferimento dell'equilibrio di una gestione è stato chiarito che solo una sua “strutturale” negatività determina una situazione di squilibrio mentre una temporanea negatività, supportata da una positiva riserva legale, non compromette l'equilibrio della gestione stessa. Su questa premessa sono stati predisposti ed illustrati appositi grafici che, con riferimento all'andamento del saldo corrente, rappresentano l'attuale situazione economico finanziaria delle gestioni. Da queste ultime risultanze si è partiti per individuare i correttivi necessari per dare stabilità ai fondi nel medio – lungo periodo, non senza aver prima operato delle scelte di fondo cui conformare il riordino delle gestioni nel rispetto del vigente quadro normativo di riferimento. Si è perciò deciso di procedere essenzialmente con interventi parametrici sull'attuale sistema retributivo, tenendo conto delle specificità delle gestioni; di rispettare il principio del pro – rata; di garantire la flessibilità della data del pensionamento; di non toccare le pensioni in essere.

Interventi di riordino del Fondo di previdenza generale Quota A:
 Innalzamento graduale dell'età di vecchiaia:

Fino al 31.12.2012	2013	2014	2015	2016	2017	dal 2018 in poi
65 anni	65 anni e 6 mesi	66 anni	66 anni e 6 mesi	67 anni	67 anni e 6 mesi	68 anni

Rivalutazione dei contributi minimi dal 1° gennaio 2013 pari al 75% del tasso annuo di inflazione monetaria (previsto pari al 2%) maggiorato di un punto e mezzo percentuale (incremento annuo complessivo pari al 3%); applicazione dell'aliquota di rendimento per il calcolo della prestazione pari allo 0,75% in luogo dell'attuale 1,50%. In alternativa introduzione del metodo di calcolo contributivo ex legge 335/1995.
Obiettivo: sostenibilità sul saldo corrente per 30 anni.

Interventi di riordino del Fondo di Previdenza Generale Quota B:
 Innalzamento graduale dell'età di vecchiaia:

Fino al 31.12.2012	2013	2014	2015	2016	2017	dal 2018 in poi
65 anni	65 anni e 6 mesi	66 anni	66 anni e 6 mesi	67 anni	67 anni e 6 mesi	68 anni

Incremento dell'aliquota contributiva dal 2015 dell'1% annuo fino al 22% (nell'anno 2024); applicazione di un'aliquota di rendimento dall'1.1.2013 dell'1,5%; introduzione di un'aliquota di contribuzione minima per i pensionati contribuenti pari al 50% dell'aliquota intera; introduzione della pensione di anzianità (58 anni di età



Oliveti conclude

“In conclusione – sottolinea il vice presidente vicario - vorrei analizzare i lavori del convegno nell’ottica della strategia e del cambiamento. Statuto: quello che abbiamo capito è che l’allargamento ad altre figure professionali lascia qualche perplessità. L’ampliamento, invece, della funzione non solo alla previdenza di primo pilastro, ma in maniera più decisa su quella di secondo pilastro che abbiamo istituito con FondoSanità è un qualcosa che richiede ancora analisi e studio e che quindi forse ancora ha dei problemi ad entrare in un nuovo Statuto. Sui Fondi ho l’impressione che ancora non sia avvertita l’esigenza immediata di perseguire accorpamenti o il loro ampliamento. Per quanto riguarda, invece, la rappresentatività e il rapporto tra la rappresentanza ordinistica e del contribuente, l’impressione è che il mix debba essere rivisto, vale a dire aumentare il potere deliberativo delle Consulte oppure trovare nell’ambito del Consiglio nazionale le modalità affinché i rappresentanti delle categorie che versano siano presenti. Su questo lavoreremo per presentare una bozza che consideri tutti i livelli di condivisione”.

“Sul patrimonio credo di aver compreso che si condivide il modello che abbiamo adottato, che un asset allocation strategica debba essere condivisa, oltre che definita sulla base delle nuove esigenze. Confermo che seguiremo la via dei Fondi immobiliari perché ci convengono di più dal punto di vista fiscale, ma ciò non deve andare a scapito della trasparenza. In ultimo, credo

che dovremmo tenere presente che lavoriamo in Italia e quindi un sostegno al sistema Italia in difficoltà dobbiamo valutarlo anche quando ragioniamo in tema di patrimonio”.

“Sulla previdenza devo dire che siamo maltrattati, perché la rivalutazione della massa retributiva con il blocco dei rinnovi ce la siamo giocata: il blocco delle convenzioni è un vulnus permanente soprattutto per la prossima generazione. Chiediamo anche che il nostro patrimonio venga considerato garanzia di un diritto costituzionale e ricordiamo che la doppia tassazione è iniqua e per tale motivo domandiamo che venga abolita o, per lo meno, portata a livello di quella del secondo pilastro. In subordine chiediamo che il finanziamento allo Stato che nasce dall’introito della doppia tassazione venga riutilizzato nel nostro circuito professionale.

Contributivo/retributivo: credo che un retributivo su tutti i redditi della vita professionale condotto nella logica della corretta valorizzazione su basi attuariali del contributo incassato, sia meglio di un contributivo che definisce solo in uscita dal sistema qual è la prestazione, perché permette al contribuente di veder accrescere il proprio salvadanaio previdenziale e quindi di poter impostare scelte di integrazione previdenziale”.

“Chiediamo sacrifici da ripartire nel modo più equo possibile: al prossimo Bilancio porteremo un progetto triennale di riduzione dei costi della gestione che già sono migliorati. I consiglieri hanno già deciso di ridurre la propria remunerazione”. •

Il saluto di Parodi

Con un lungo applauso si sono così concluse le due giornate che l’Enpam ha voluto dedicare alla strategia del cambiamento, culminate con l’intervento del professor Monti. Parodi: “In un periodo di crisi economica mondiale, i medici e gli odontoiatri italiani hanno voluto fare un punto sull’attuale situazione del loro Ente di previdenza e nello stesso tempo lanciare un appello a rendere sempre più stretta la collaborazione fra gli iscritti Enpam”. •

INTERVENTI

GIUSEPPE RENZO, presidente della Cao nazionale.

Dopo aver ringraziato Parodi, Oliveti, Malagnino, Volponi ed il presidente della Fnomceo Bianco per la difesa della professione e dell’Enpam, faccio presente le difficoltà che gli odontoiatri incontrano constatando che molto spesso non c’è convergenza di interessi tra gli odontoiatri e gli altri colleghi medici. Il passaggio essenziale potrebbe essere quello della uni-

tarietà, pensando seriamente alle future generazioni, tenendo ben presente che la professione odontoiatrica è giovane.

Ecco perché gli odontoiatri presentano un documento unitario in cui viene richiesta l’autonomia odontoiatrica, non certo in contrapposizione con la componente medica. Questo documento, a trenta anni dall’istituzione del corso di odontoiatria e protesi dentaria, sottolinea l’urgenza di decisioni appropriate in occasione della trasformazione dello Statuto.



RICCARDO CASSI, presidente Cimo. La categoria che io rappresento ha sempre avuto in alcune componenti dei contrasti con l'Enpam. Devo dire che sono favorevole all'iscrizione dei medici ospedalieri al nostro Ente di previdenza. Il contributo obbligatorio trova spesso resistenze che rischiano di far venir meno il senso di solidarietà – lo si è visto anche a proposito dell'Onaosi che ha rischiato di scomparire –. Il contributo obbligatorio all'Enpam, mi preme sottolinearlo ancora una volta, ha un maggiore rendimento finanziario rispetto ad altri rendimenti che provengono dai Fondi privati. Insomma, la maggioranza di noi preferisce una gestione medica dei nostri contributi. Auspichiamo, deve essere stabilito anche dallo Statuto, modalità di rappresentanza ed elezione diretta da parte delle categorie, anche se questo è un meccanismo complesso. Auspichiamo anche una sempre più proficua unione della grande famiglia medica.

GIACOMO MILILLO, consigliere Enpam. Mi piace sottolineare la chiarezza con la quale il presidente Giuliano Amato ha descritto nel suo intervento il cambiamento della società. Dobbiamo superare l'atteggiamento che ci porta a richiedere al governo ed alla politica di occuparsi dei nostri problemi. È inutile ricordare che oggi come oggi la politica è mobilitata per ben altri questioni. Dobbiamo fare proposte serie, ragionando tutti insieme. È uno dei motivi per i quali do personalmente molta importanza all'elaborazione del nuovo Statuto; ognuno di noi deve partecipare a questo lavoro di costruzione. Se manca l'azione

del governo deve aumentare la reazione e quindi la forza della gente.

PASQUALE PRACELLA, consigliere Enpam. La commissione dello Statuto si aspetta delle indicazioni da questa assemblea. Il nostro Statuto dal '94 ad oggi ha fatto crescere l'Enpam, basti osservare che nel 2000 si utilizzavano i contributi per pagare la gestione dell'Ente ed oggi abbiamo un patrimonio di

mo svolgendo devono emergere indicazioni utili per affrontare queste problematiche.

ROBERTO LALA, consigliere Enpam. Il prof. Amato ha ricordato che compito di chi ha un potere decisionale è quello di pensare alle future generazioni e non alle prossime elezioni. Oggi la situazione è tale che non possiamo permetterci passi falsi in quanto non ci sarebbe più il tempo per rimediare.



quasi 12 miliardi di euro. Premesso questo, osservo che emergono qua e là delle istanze: la rappresentanza deve essere contratta o allargata? Vogliamo allargare l'Enpam ad altre professioni? Intanto proviamo affinché tutti i medici versino i contributi nella loro Cassa. Altri argomenti sono la struttura dei Fondi e la funzione che deve avere la Consulta. Dagli incontri come questo che stia-

L'Enpam, che difendo ed al quale sono profondamente legato, rappresenta oggi una sicurezza per il tempo della pensione che verrà. Mi rivolgo ai tanti presidenti di Ordine presenti – che ringrazio tutti per l'impegno profuso con in testa Amedeo Bianco – convinto che da questo convegno usciranno indicazioni preziose: siete stati in grado e capaci di costruire una grande Fnomceo e sono certo che sarete altrettanto in

grado e capaci di costruire un Ente di previdenza all'altezza dei grandi problemi che l'attualità ci propone.

ELIANO MARIOTTI, consigliere Enpam. I risultati portati dall'Enpam parlano chiaro: siamo partiti da una situazione disastrosa ed oggi, con un patrimonio importante ed una riserva cospicua, siamo autonomi e non costiamo nulla allo Stato, contribuendo invece notevolmente. Un problema: dopo aver tanto contribuito vorrei fare un appello affinché il debito generazionale venga spalmato il più possibile in modo equo, altrimenti sarebbe come se lo Stato, che ha accumulato nel tempo un deficit di bilancio pubblico quasi incalcolabile, pensasse di saldarlo in un anno.

LUIGI DALEFFE, presidente FondoSanità. Non possiamo continuare a confondere la previdenza con la provvidenza. Dobbiamo essere orgogliosi dell'Enpam non solo per la sua principale funzione previdenziale, ma anche per il fatto di essere più avanti in termini di previdenza complementare. Quando incontriamo i colleghi e parliamo del nostro Ente possiamo anche esternare critiche, ma ricordando quanto è stato fatto e viene fatto per la categoria. Nel corso del dibattito sono intervenuti brevemente: **Agosti, NIELFI, Spagnolo, De Gregorio, Miscetti, Noce, Monopoli, Cuccia, Tata, Benfatti, Chiurazzi, Spirto, Perelli Ercolini, D'Autilia, Galvano, Gorrieri, Dominedò, Spicola, Cavallero, D'Accardi, Mediatì.**

Riflessi contributivi della legge 122 del 2010

Con una specifica nota operativa, la n. 22 del 5 ottobre, l'Inpdap, è intervenuta a chiarire gli aspetti e i riflessi contributivi nascenti dalla legge n. 122 di conversione del decreto legge n. 78 del maggio 2010

di **Claudio Testuzza**

Il decreto legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, nella legge 30 luglio 2010, n. 122, nel dettare misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di compatibilità economica, indica misure di contenimento delle spese in materia di impiego pubblico, invalidità e previdenza.

In merito, il ministero dell'Economia e delle Finanze, Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, di concerto con il Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione, ha fornito, con la circolare n. 12, prot. n. 35819 del 15 aprile 2011, gli indirizzi applicativi della nuova norma con riferimento alle singole disposizioni in essa contenute. Particolare rilevanza, per le implicazioni di natura previdenziale che qui rilevano, assume l'esame del

comma 21 dell'articolo 9. Nella sua prima parte, la norma prevede, per gli anni 2011, 2012 e 2013, il blocco, senza successivi recuperi, dei meccanismi di adeguamento retributivo per il personale in regime di diritto pubblico, non contrattualizzato, di cui all'articolo 3 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. Per le categorie di personale, anch'esse individuate dallo stesso articolo 3 del d.lgs. 165/2001, che fruiscono invece di un meccanismo di progressione automatica degli stipendi (cfr. per classi e scatti), viene altresì stabilito, per il medesimo triennio, il blocco di tali automatismi.

La nuova disposizione, in buona sostanza, prevede nei confronti del personale, per gli anni 2011, 2012 e 2013, l'interruzione di tutti gli automatismi stipendiali, la cui naturale data di maturazione subisce uno slittamento di tre anni

a decorrere dal 1 gennaio 2011.

Relativamente ai riflessi previdenziali della disposizione l'imponibile contributivo non subisce variazioni a seguito dei previsti mancati adeguamenti retributivi ed il versamento contributivo da parte delle Amministrazioni ed Enti iscritti a questa Gestione, per tutto l'arco temporale previsto, rimane, quindi, corrispondente alle retribuzioni effettivamente erogate.

Nella seconda parte il comma 21 dispone ancora testualmente *"Per il personale di cui all'articolo 3 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e successive modificazioni, le progressioni di carriera comunque denominate eventualmente disposte negli anni 2011, 2012 e 2013 hanno effetto, per i predetti anni, ai fini esclusivamente giuridici. Per il personale contrattualizzato le progressioni di carriera comunque denominate ed i passaggi tra le aree eventualmente disposte negli anni 2011, 2012 e 2013 hanno effetto, per i predetti anni, ai fini esclusivamente giuridici."*

Precisato che tra le progressioni di carriera co-

munque denominate, cui fa riferimento la norma, non rientrano i meccanismi di progressione automatica dello stipendio precedentemente esaminati la circolare ministeriale chiarisce che le progressioni di carriera in questione comportano l'acquisizione di posizione/qualifica superiore mediante promozione ma senza la relativa remunerazione che si avrà solo a partire dal 2014 in poi.

Relativamente agli effetti

Il decreto indica misure di contenimento delle spese in materia di impiego pubblico, invalidità e previdenza





previdenziali, viene sottolineato che, a fronte del previsto riconoscimento soltanto giuridico del maggiore livello retributivo, cui non corrisponde il relativo adeguamento economico, nessun incremento contri-

butivo è dovuto a seguito del nuovo inquadramento, per cui anche in questa ipotesi il versamento dovuto all'ente previdenziale deve essere rapportato alle sole retribuzioni di fatto corrisposte.

Il versamento dovuto all'ente previdenziale deve essere rapportato alle sole retribuzioni di fatto corrisposte

In favore di tali scelte orientate, peraltro, la considerazione che nella norma è mancante una specifica previsione per la tutela previdenziale relativa al nuovo inquadramento (già riconosciuto ad oggi o da riconoscere dal 2011 in poi): per una diversa ipotesi, in altra parte del medesimo articolo 9, tale tutela previdenziale è invece espressamente prevista.

Si richiama, in proposito, il comma 2 dell'articolo 9 il quale dispone che *"... a decorrere dal 1 gennaio 2011 e sino al 31 dicembre 2013, i trattamenti economici complessivi dei singoli dipendenti, anche di qualifica dirigenziale, previsti dai rispettivi ordinamenti, delle amministrazioni pubbliche, inserite nel conto economico consolidato della pubblica amministrazione, come individuate dall'Istituto nazionale di statistica (ISTAT), ai sensi del comma 3, dell'art. 1, della legge 31 dicembre 2009 n. 196, superiori a 90.000 euro lordi sono ridotti del 5 per cento per la parte eccedente il predetto importo fino a 150.000 euro, nonché del 10 per cento per la parte eccedente 150.000 euro ..."*. Inoltre, la suddetta norma specifica che *"la riduzione prevista dal primo periodo del presente comma non opera ai fini previdenziali"*. In questo caso, la previsione normativa è esplicita nel garantire la tutela previdenziale, per cui la riduzione retributiva in questione applicata ai trattamenti economici dei lavoratori interes-

sati non determina una corrispondente riduzione della base imponibile ai fini contributivi e previdenziali.

In merito alla corretta applicazione del richiamato comma 2, alla luce delle citate direttive ministeriali, viene precisato che, nella fattispecie, i contributi dovuti all'istituto previdenziale devono essere calcolati sull'intera retribuzione spettante, senza tener conto della riduzione retributiva operata ex comma 2 dell'articolo 9, con l'osservanza delle consuete modalità di denuncia e versamento della contribuzione, sia per la propria quota che per quella a carico del lavoratore.

Viene precisato, infine, che nel trattamento economico complessivo, cui il comma 2 fa riferimento, devono essere ricomprese in ragione d'anno, tutte le componenti del trattamento annuo lordo (fondamentali ed accessorie, fisse e variabili) previste dagli ordinamenti di appartenenza dei dipendenti, considerando anche quella parte del trattamento accessorio che di norma viene corrisposta nell'anno successivo rispetto a quello in cui si sono effettuate le prestazioni.

Tale è ad esempio il caso della retribuzione di risultato per il personale dirigenziale e degli analoghi emolumenti la cui corrispondenza è subordinata alla verifica successiva del raggiungimento degli obiettivi assegnati nell'anno precedente. •

Nuove regole per congedi e permessi ai disabili

Il giorno 11 agosto 2011 è entrato in vigore il decreto legislativo 119 che riordina la disciplina sulle astensioni dal lavoro, in particolare per l'assistenza ai disabili (permessi e congedi).

Ne riportiamo una sintesi

di Marco Perelli Ercolini

Congedo di maternità
In caso di interruzione spontanea o terapeutica della gravidanza successiva al 180esimo giorno dall'inizio della gestazione, la lavoratrice ha facoltà di riprendere l'attività lavorativa, a condizione che il medico specialista del Servizio sanitario nazionale, o con esso convenzionato, e il medico competente ai fini della prevenzione e tutela della salute nei luoghi di lavoro attestino che tale opzione non arrechi pregiudizio alla salute.

Congedo parentale per figlio minore con handicap grave

Viene eliminata la condizione ostativa del ricovero a tempo pieno qualora sia richiesta la presenza del genitore.

Per ogni figlio minore con handicap grave i genitori, in via alternativa, hanno diritto a fruire entro il compimento dell'ottavo anno di vita del bambino con handicap grave, del congedo parentale per un massimo complessivo di tre anni.

Permessi per l'assistenza ai disabili

Viene riformulata e ristretta la platea degli aventi diritto ai permessi: il coniuge convivente, in mancanza o per impossibilità per patologie invalidanti i genitori anche adottivi, e successivamente uno dei figli conviventi o in mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidan-

ti uno dei fratelli o sorelle conviventi. Un lavoratore che usufruisce dei permessi se risiede in un comune situato a una distanza stradale superiore a 150 chilometri rispetto alla residenza della persona da assistere deve attestare col biglietto di viaggio o altra documentazione l'effettivo raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito.

Congedo straordinario

Viene riformulata la platea degli aventi diritto.

Permessi per cure

I lavoratori mutilati e gli invalidi civili con riduzione della capacità lavorativa oltre il 50 per cento, possono ogni anno fruire di un congedo per cure per un periodo massimo di 30 giorni.

Congedo per motivi di studio

In caso di congedo per un corso di dottorato di ricerca, in caso di interruzione del rapporto di impiego con la pubblica amministrazione, nei due anni successivi si debbono restituire gli eventuali emolumenti percepiti durante l'aspettativa. •

IL CONSENSO INFORMATO IN MEDICINA



Pronta l'edizione aggiornata del "Consenso informato in medicina", il Cd-rom della Collana Universalia Multimediale Enpam. Gli autori, Eolo Parodi, Marco Perelli Ercolini e Renato Mantovani, partendo dalla definizione di consenso informato e da alcuni cenni storici, non mancano di toccare temi importanti come il rapporto con i pazienti geriatrici, le normative introdotte da alcune compagnie di assicurazione, il ruolo del medico di famiglia e soprattutto un'ampia e approfondita panoramica della normativa e degli orientamenti giurisprudenziali.

Proprio attraverso l'esame della più recente dottrina e giurisprudenza, che si è sviluppata negli ultimi anni in modo copioso ed esaurientemente chiaro ed univoco, gli autori hanno voluto trattare i temi relativi al rapporto, spesso conflittuale, tra il consenso informato ed il corretto esercizio della professione medica, fornendo così a tutti i medici, dall'area ospedaliera a quella del convenzionamento, a quelli in attività libero-professionale, un'ampia e approfondita opera sul tema. I medici potranno richiederne gratuitamente una copia alla direzione generale dell'Enpam al numero telefonico 06 48294 226 e all'indirizzo e-mail c.sebastiani@enpam.it



PRESENTA IL CORSO ECM/FAD



AUDIT CLINICO

Il corso disponibile on line (www.fnomceo.it) è rivolto a medici e odontoiatri (oltre a infermieri e assistenti sanitari) e riguarda l'Audit Clinico, mezzo fondamentale per pianificare e condurre valutazioni che, confrontando l'assistenza erogata con standard definiti, permettano di identificare le carenze e le inefficienze e di verificare i risultati conseguenti al processo di cambiamento instaurati.

Il corso gratuito, eroga 12 crediti ECM

La versione "blended" del corso è accreditata per medici chirurghi e odontoiatri, organizzato in collaborazione con il Ministero della Salute, è disponibile in formato cartaceo nel numero speciale

"QUADERNI ECM/FAD de LA PROFESSIONE N. 2/2011"

All'interno del numero troverà il questionario di valutazione da compilare in ogni sua parte (anagrafica e risposte a scelta multipla) che Le permetteranno, rispondendo almeno all'80% in modo corretto, di ottenere 12 crediti ECM.

In tutti gli Ordini provinciali saranno disponibili copie cartacee del corso FAD o potrà essere richiesto direttamente alla

Federazione Nazionale Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri al N. 06/6841121

La C.G. EDIZIONI MEDICO SCIENTIFICHE di Torino, partner FNOMCEO per queste iniziative, spedisce gratuitamente al Suo indirizzo copia del numero speciale.

Il questionario, correttamente compilato dovrà essere inviato via fax al **N. 011/0200106**.

Per verificare successivamente l'esito del corso Lei potrà telefonare al N. 06/6841121 (centralino automatico) oppure visualizzare il risultato sul portale www.fnomceo.it

Il servizio di **HELP DESK**, erogato da

C.G. Edizioni Medico Scientifiche srl
Via Candido Viberti, 7 - 10141 Torino - Italia

è attivo dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9.30 alle ore 13.00
Telefono 011/0203250 - Fax 011/0200106 - e-mail: fadfnomceo@cgems.it



C.G. Edizioni Medico Scientifiche

di Marco Perelli Ercolini (*)

Perché il lavoratore “atipico” cioè chi in precariato sbarca il lunario con lavori saltuari per lo più sottopagati, quando addirittura non in nero, deve prendersela coi genitori o coi nonni, rei di aver sempre potuto lavorare in epoche di relativo benessere economico e non con coloro che hanno costruito la politica del precariato (lavoro in affitto, lavoro interinale, lavoro temporaneo con contratti di collaborazione coordinata e continuativa oppure con contratti di formazione lavoro o altre diavolerie di lavoro flessibile) per interessi aziendali? Il tutto poi con scarsi diritti e tutele previdenziali. Provvedimenti per diminuire il costo del lavoro a beneficio aziendale che, in un sistema di globalizzazione, non ha saputo o voluto adeguarsi ai mercati... con la solita mentalità se l'anno prima ho guadagnato (non ricavato!) 100 e quest'anno ho guadagnato 90, ho perso 10, attenzione per - non guadagnato meno! - sfuggendo poi a investimenti per una riconversione.

Questi giovani nel futuro previdenziale certamente avranno pensioni basse per la scarsa contribuzione accumulata... ma non è colpa dei pensionati e pensionandi, in un sistema previdenziale ove si è visto possibile (recenti studi INPS evidenziati dal presidente Mastrapasqua), costruire pensioni con un tasso di sostituzione oltre il 70 per cento, cioè di



Giovani, futuri pensionati poveri

poco inferiori a quelle dei padri e dei nonni.

La flessibilità contrattuale, con pause forzate più o meno lunghe, certamente produce grosse ripercussioni sull'accumulo contributivo per la futura pensione, ma non è colpa dei padri e dei nonni! Ma anche un accesso tardivo alla professione incide sull'entità della futura pensione. Ma il lavoratore anziano quale colpa ha se lo costringono ad una uscita tardiva dal mondo del lavoro con un innalzamento dell'età pensionabile esasperato inoltre dalla finestra mobile? Il provvedimento che costringe il lavoratore ad una uscita più tardiva incide positivamente sulle casse previdenziali solo temporaneamente, ma blocca al mondo del lavoro i giovani che peraltro apporterebbero fior di contributi per prestazioni future a 40 e più anni. Inoltre crea un danno sulla costruzione previdenziale del giovane... ma quale colpa hanno gli anziani costretti al lavoro “forzato”.

La previdenza soffre per

l'aumento delle speranze di vita, per i minori introiti contributivi da diminuite ore di lavoro e per una diminuzione delle nascite.

Ma poco o nulla viene fatto nella programmazione... si fa piuttosto una politica del mordi e fuggi, tanto al domani penseranno altri.

Come al solito si pensa a pescare nel pozzo della previdenza per provvedimenti del welfare e spesso questi fondi previsti per i giovani vanno a tappare altri buchi.

Corre voce che si vogliano attuare ulteriori tagli sulle pensioni di reversibilità, peraltro pagate nei contributi per vecchiaia, invalidità e superstiti; che si vogliano introdurre contributi di solidarietà alle pensioni baby (l'uscita precoce dal mondo del lavoro non serviva anche per dare lavoro ai giovani?) e altri tagli per deviare queste somme a risorse per l'avvio economico e lavorativo: ma questo è un compito non proprio della previdenza; è fuorviante addossarlo a tutti i lavoratori, che invece pagano un contributo finaliz-

zato a un reddito nel post-lavorativo.

Nel 2008 si bloccò la perequazione automatica delle “pensioni d'oro” per trovare fondi per i giovani. Ma quanti di questi soldi sono andati davvero ai giovani?

In conclusione, nella guerra vecchi-giovani, che sembra montata ad arte, perdono tutti e perde la previdenza che diventa il bersaglio di politiche anti-dissesto volte a far cassa alle spalle dei lavoratori, con ripercussioni nel futuro delle giovani generazioni italiane e, certamente, i padri e i nonni non hanno colpe, ma ciò non di meno vengono additati come i colpevoli da una strumentalizzazione volta a parare dagli strali i veri colpevoli di tante manovre tappabuchi, sprovveduti ed incapaci a serie programmazioni economico-gestionali a lungo periodo.

Ecco perché dico no al conflitto intergenerazionale, perché ingiusto verso coloro che invece hanno lavorato per costruirsi un dignitoso post-lavorativo e nulla hanno portato via ai giovani, anzi molte volte li hanno aiutati quando avevano bisogno e lo stato sociale era carente per non dire assente.

(*) Vice presidente vicario Feder.S.P.eV.

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

Italian Society of Muscle, Ligament & Tendon

I.S.Mu.L.T. (Italian Society of Muscle, Ligament and Tendon; www.ismult.com) è una nuova stimolante realtà nel panorama delle società mediche che si occupano dello studio e del trattamento delle patologie a carico del sistema muscolo-scheletrico.

Le condizioni patologiche a carico di tendini, legamenti e muscoli, che affliggono sempre di più sia gli sportivi che persone che svolgono specifiche attività lavorative, sono un argomento di grande interesse in ambito ortopedico, reumatologico e riabilitativo. Importanti studi epidemiologici hanno evidenziato che le patologie a carico del tendine determinano elevata disabilità e possono affliggere il paziente per diversi mesi e che difficilmente vengono curate adeguatamente in tempi brevi. Circa il 50% di tutti gli infortuni da attività sportiva sono secondari a sovraccarico e la tendinopatia cronica ne rappresenta il 30%.

L'idea di fondare un organismo scientifico nasce dalla comprovata professionalità e conoscenza di tali tessuti del Prof. Nicola Maffulli, Direttore dello "Centre for Sports and Exercise Medicine" presso la "Queen Mary London University, Barts and The London School of Medicine and Dentistry" e attuale Presidente della Società, e dall'entusiasmo di due giovani colleghi che lavorano e operano in Italia, il Dott. Francesco Oliva e il Dott. Antonio Frizziero. I.S.Mu.L.T. ha inoltre sviluppato un suo organismo scientifico di divulgazione, la rivista M.L.T.J. (Muscles, Ligaments and Tendons Journal; www.mltj.org), che vede coinvolti nel suo Editorial Board i più titolati ricercatori del mondo in quest'ambito. Il 26 e 27 Novembre 2011 si è svolto a Roma, presso l'Auditorium Campus X dell'Università Tor Vergata di Roma, il primo congresso nazionale della neonata Società ove sono stati coinvolti Ortopedici, Reumatologi, Fisiatri, Medici dello Sport, Radiologi, Anatomici, Biologi, Fisiologi, Fisioterapisti e Chinesiologi. L'evento rappresenta in Italia la pietra miliare di una nuova metodologia di confronto traslazionale con le più rappresentative figure professionali nazionali e internazionali del settore.

Psicoterapia, oltre gli steccati

Dal 21 al 24 settembre 2011 si è svolto a Roma il primo Congresso della *Società Italiana di Psicoterapia* (presso l'Università la Sapienza e l'Hotel Ergife) sul tema "La psicoterapia in evoluzione, nuove idee a confronto". L'apertura del Congresso è stata affidata ad Antonio Capparelli, Direttore generale del Policlinico Umberto I, a Mario Falconi, Presidente dell'Ordine dei Medici del Lazio e a Marialori Zaccaria, Presidente dell'Ordine degli Psicologi del Lazio.

Si è proseguito con due keynote address: quella di Nino Dazzi, *Psicoterapia oggi una visione di insieme* e quella di Massimo Biondi, *L'evolvere della sofferenza psichica nel 900*. È seguita la lettura magistrale di Giacomo Rizzolatti, *Neuroni specchio e intersoggettività: immagini della mente*. È stata poi la volta dell'intervento di Camillo Lorio: *Partecipazione emotiva, autenticità, reciprocità. L'evoluzione dello psicoterapeuta*.

La partecipazione al Congresso è stata rilevante: 41 Scuole di Psicoterapia e 3800 delegati.

Nella fase conclusiva a ciascuno degli ospiti internazionali è stata consegnata una targa di riconoscimento del significativo contributo offerto alla ricerca scientifica contemporanea. Nel Congresso sono stati trattati temi che rendono "La Psicoterapia nel Villaggio Globale" una delle risorse necessarie per il miglioramento della qualità della vita dell'uomo contemporaneo. Ai giovani della psicoterapia è stato dedicato uno spazio "verso il futuro": le sessioni poster e paper di lavori innovativi, selezionati tra numerosi lavori di candidati di diverse scuole di psicoterapia.

Due giovani candidate specializzande dell'ASPIC hanno trattato i temi della *Terapia dei figli e genitori adottivi* e della *Terapia in acqua con bambini affetti da autismo*.

La valutazione di tutti i lavori da parte dei giudici ha stabilito la loro classificazione rispettivamente al primo e al secondo posto.

A conclusione del Congresso è stato assegnato loro il premio SIPSIC.



Bruno Salvati, professore associato presso il Dipartimento di Scienze Chirurgiche dell'Università di Roma "La Sapienza". Chirurgo generale e vascolare, vice direttore della I Scuola di specializzazione in Chirurgia vascolare. Allievo del professor Giorgio Di Matteo, ha sostenuto gli studi presso "La Sapienza" e, prima di essere strutturato nel Dipartimento di Scienze chirurgiche del Policlinico Umberto I, ha lavorato all'estero, in Francia, presso strutture di chirurgia vascolare e d'urgenza

Dall'aneurisma dell'aorta addominale all'ictus cerebrale

di Carlo Ciocci

Le urgenze chirurgiche vascolari più importanti per incidenza e gravità sono rappresentate dagli aneurismi rotti e dall'insufficienza cerebrovascolare acuta meglio conosciuta come ictus cerebrale.

Quando si presentano in fase di urgenza presuppongono da parte delle strutture sanitarie un'organizzazione che permetta di dare un'assistenza tempestiva ed efficace al paziente, per ridurre, nei casi dell'aneurisma dell'aorta la mortalità, e nei casi di ictus cerebrale o attacchi ischemici transitori la possibilità di avere un futuro migliore "quod vitam et valitudinem".

Professor Salvati, parliamo dell'aneurisma dell'aorta addominale rotto. Le statistiche sono impie-

tose: il 50 per cento degli aneurismi dell'aorta non arriva in ospedale, il paziente muore prima di poter essere soccorso o nel trasporto all'ospedale. Per fare la diagnosi dell'aneurisma dell'aorta, che il più delle volte è silente, basta fare una ecografia addominale. Fatta questa i numeri si capovolgono e diviene intorno all'1 per cento il numero dei pazienti che muore per aneurisma e la morbidità complessiva si attesta intorno al 2-3 per cento. I pazienti ai quali si riscontra l'aneurisma dell'aorta risolvono il problema senza particolari rischi.

E cosa accade all'altro 50 per cento che arriva vivo in ospedale?

In genere questi pazienti arrivano in ospedale con una situazione emodinamica piuttosto impegnata: sono pazienti emorragici in stato di shock, nel 20 per-

cento circa dei casi sono stati intubati in ambulanza od in codice rosso e trasportati direttamente in sala operatoria e operati con un tasso di mortalità che si aggira intorno al 70 per cento. Il restante 30 per cento degli aneurismi dell'aorta in emergenza concede la possibilità di procedere ad alcuni esami che daranno la possibilità al chirurgo di programmare il tipo di intervento. In quest'ultimo caso, la mortalità diminuisce sensibilmente e si aggira intorno al 5-7 per cento.

Come cercare di abbattere l'alto tasso di mortalità relativo a questa patologia?

Con la diagnosi precoce. Sarebbe già molto utile, da

parte del medico di famiglia, invitare i pazienti a sottoporsi ad un'ecografia addominale superati i cinquanta anni d'età. Più in generale sarebbe opportuno svolgere sull'argomento, come recentemente è stato fatto, campagne di informazione a carattere nazionale attraverso i canali di comunicazione più penetranti, quali televisioni e giornali.

Il nostro gruppo di lavoro, negli ultimi tre anni, ha organizzato, insieme alla Cooperativa di medici di base Roma Medicina uno screening presso il IV Municipio della capitale con la misurazione ecografica dell'aorta sottorenale ed abbiamo riscontrato una incidenza di aneurismi intorno al 10%. Lo stesso studio lo abbiamo svolto in un piccolo comune del frusinate, a Santopadre su una popolazione più omogenea.

L'ecografia addominale rimane, dunque, un esame fondamentale per la diagnosi precoce e andrebbe prescritta a tutti i pazienti tanto più fumatori: va ricordato, infatti, che il tabagismo è il fattore di rischio per eccellenza in questa patologia.

Altro capitolo importante, nell'ottica di un intervento il più rapido possibile a fronte di un aneurisma dell'aorta in rottura è l'organizzazione del 118. Il per-

Invitare i pazienti a sottoporsi ad un'ecografia addominale superati i cinquanta anni d'età



sonale del 118 non sempre prevede la presenza di un medico a bordo dell'ambulanza; ma gli operatori andrebbero sensibilizzati alla problematica con corsi specifici per riconoscere e fronteggiare questa emergenza. In particolare, il personale del 118 andrebbe "sensibilizzato" sulle emergenze vascolari ed in generale andrebbe creata un'organizzazione in base alla quale un soggetto con aneurisma possa essere destinato ad una struttura sanitaria all'interno della quale è presente un'equipe in grado da subito di intervenire chirurgicamente, evitando così passaggi di struttura in struttura alla ricerca della migliore assistenza.

Passiamo all'ictus cerebrale.

Nel 90 per cento dei casi è causato da una stenosi carotidea. Anche in questi casi il 118 è importantissimo, perché abbiamo a che fare con un tessuto, quello cerebrale, particolarmente sensibile. Più passa il tempo, più il mancato afflusso del sangue lascia conseguenze per il paziente.

Purtroppo, trattandosi spesso di persone anziane, difficilmente riusciamo a sapere quando ha avuto inizio l'ictus. Spesso, infatti, queste persone vengono trovate in casa prive di sensi dai parenti e, come dicevo, il tempo che trascorre svolge una funzione fondamentale nell'ottica di sopravvivere nel modo mi-

gliore possibile all'insulto ischemico.

Una volta arrivato in ospedale?

In ospedale il paziente deve essere osservato e curato da un'equipe di specialisti: il primo è l'internista che coinvolge il neurologo il quale prescrive TAC cerebrale e RMN, esami tesi a valutare il tipo e l'entità del danno cerebrale. Il tutto mentre il chirurgo vascolare esegue un eco-doppler della carotide ed il cardiologo valuta se l'ictus è cardiogeno o no. Se l'eco-doppler rileva la presenza di una placca carotidea allora il paziente diventa chirurgico, nel senso che va rimossa la causa che ha prodotto l'ictus. Il chirurgo valuta quando intervenire: un tempo si cercava di rimandare nel tempo l'intervento, mentre oggi si tende ad intervenire con tempi più stretti. L'intervento si ese-

gue in anestesia generale con l'utilizzo di metodiche di protezione cerebrale (shunt temporaneo). Successivamente, nella fase di recupero, svolgerà una funzione importantissima la riabilitazione.

Anche in questo ambito si può fare prevenzione?

Intanto lo stile di vita: essere fumatore anche in questo caso rappresenta un rischio. In generale va detto che l'eco-doppler dei vasi del collo mette in evidenza stenosi carotidee che, magari, non hanno mai dato sintomi particolari. In questi casi l'intervento di rimozione della placca diviene non urgente e si svolge in anestesia loco-regionale, in modo da monitorare la lucidità del paziente durante le fasi critiche dell'intervento. La placca viene rimossa e il paziente potrà essere libero dal rischio ictus per più di dieci anni.

Apro un capitolo a parte relativo allo stenting carotideo che è una tecnica endovascolare apparentemente meno invasiva dell'intervento chirurgico. La problematica di questa metodica è che non può essere sempre effettuata: in caso di placche calcifiche e mobili (soft). Questo perché con lo stent la placca viene schiacciata con la creazione di detriti che, nel corso del tempo, potrebbero dar luogo a micro embolie in grado di causare la diminuzione della performance cerebrale del paziente. •

L'ictus cerebrale nel 90 per cento dei casi è causato da una stenosi carotidea



Luca Manfredini, pediatra, lavora presso l'U.O.S. Assistenza Domiciliare e Day Hospital del Dipartimento di Emato-oncologia pediatrica dell'Istituto Gaslini di Genova. Presso lo stesso ospedale è coordinatore del "Comitato Ospedale senza Dolore". Professore di terapia antalgica e cure palliative pediatriche presso l'Università di Genova sia per il Corso di laurea in Medicina e Chirurgia sia per la Scuola di specialità di Pediatria e di Chirurgia pediatrica, è membro della Commissione ministeriale "Dolore in Pediatria", che ha pubblicato il manuale edito dal Ministero della Salute: "Il dolore nel Bambino. Strumenti pratici di valutazione e terapia". Ha partecipato ai lavori del Tavolo di Lavoro Pediatrico alla Commissione Tecnica Ministeriale per la Legge 38/2010

Terapia antalgica in età pediatrica

di Claudia Furlanetto

“Fino a metà degli anni '80 – spiega il dottor Luca Manfredini, pediatra e referente per il controllo del dolore dell'Istituto Gaslini di Genova – la comunità scientifica riteneva che il neonato non potesse percepire la sensazione dolorosa e che nei prematuri non fossero presenti le vie per il dolore: è questo il motivo per cui, negli anni '70, alcuni interventi di chirurgia vennero eseguiti senza una adeguata copertura analgesica o, addirittura, senza una adeguata sedazione del paziente. Alcuni studi hanno invece dimostrato che già dalla 24esima settimana di età gestazionale il sistema nervoso centrale è sia anatomicamente sia funzionalmente competente per la nocicezione. La differenza tra un prema-

turo, un neonato ed un adulto consiste sia nella minore mielinizzazione dei neuroni, che implica una inferiore velocità nel trasporto dello stimolo nocicettivo e quindi una risposta fisiologica leggermente più lenta, sia nella ritardata espressione delle vie inibitorie discendenti che permettono la modulazione del dolore. È stato quindi dimostrato, al contrario, che un neonato, e soprattutto il prematuro, a parità di stimolo ha una maggiore percezione del dolore”.

Come si valuta il dolore?

Il Gold standard è rappresentato dalle scale di autovalutazione perché tengono conto della dimensione soggettiva. Il bambino dai 7 anni in su riesce a fornire una valutazione più precisa e, proprio per questo, si impiega la scala numerica. Per i pazienti dai 3 ai 7 anni si utilizza invece la scala di *Wong-Baker*: i bambini pos-

sono scegliere tra sei disegni che rappresentano delle facce, da quella sorridente, corrispondente a “nessun male”, a quella che piange, corrispondente a “il peggior male possibile”. Ad ogni scelta corrisponde un numero che va da 0 a 10. Sotto i 3 anni la valutazione è di natura oggettiva e si utilizza la Scala FLACC che contempla l'esame dell'espressione del volto, della posizione delle gambe, dell'attività, della presenza o assenza di pianto e della “consolabilità”. Ad ognuno dei cinque parametri comportamentali si assegna un punteggio da 0 a 2, la cui somma consente di definire lo stato di sofferenza del bambino.

Il livello di dolore è considerato un segno vitale?

La Legge 38/2010 lo segnala come un parametro da valutare in tutti i pazienti. In alcuni ospedali,

prima di questa legge, veniva considerato il quinto parametro vitale insieme alla frequenza cardiaca e respiratoria, alla temperatura e alla pressione arteriosa.

Che cosa accade quando non viene impiegata una terapia antalgica adeguata?

È stato dimostrato che il bambino sottoposto a stimoli dolorosi non coperti da terapia antalgica può cronicizzare il dolore e, in situazioni estreme, anche sviluppare disturbi dell'apprendimento e caratteriali. Stimoli dolorosi ripetuti modificano la soglia del dolore che si avrà da adulti e determinano un peggioramento della qualità della vita. Un bambino con dolore cronico non trattato spesso non ha più nemmeno la voglia – o la forza – di lamentarsi e può presentare, oltre ad un irregolare ritmo sonno-veglia, anche apatia psicomotoria.

Sta crescendo la sensibilizzazione all'uso di tecniche per la gestione del dolore?

Sì, in tutte le discipline, e non solo in oncologia pediatrica. In questo campo, infatti, c'è sempre stata una maggiore attenzione nei confronti del sintomo dolore, a causa dell'altissima percentuale di bambini che, colpiti da patologie oncologiche, lo annoverano tra i sintomi principali. In questi anni c'è stata comunque una sensibilizzazione generale al problema: lo dimostra sia l'aumento dell'impiego di antidolorifici, sia la legislazione che ha permesso la prescrizione sul ricettario regionale di gran parte di queste formulazioni.



Un neonato, e soprattutto il prematuro, a parità di stimolo ha una maggiore percezione del dolore

E il dolore causato dalle procedure diagnostiche?

Le procedure vengono effettuate spesso in sedazione, cosciente o profonda, o utilizzando l'anestesia generale. L'Associazione Italiana di Emato-Oncologia Pediatrica, che raggruppa tutti i Centri specialistici presenti sul territorio nazionale, ha promulgato linee guida e promosso corsi e congressi sulla gestione del dolore procedurale. Molti Centri oggi impiegano l'anestesia generale, mentre altri – che non hanno a disposizione la sala operatoria – impiegano la miscela protossido di azoto/ossigeno o farmaci somministrati endovena in associazione all'anestesia locale, in modo da ottenere una copertura antalgica.

Quali sono i farmaci impiegati nella terapia?

La terapia è stata codificata dall'OMS in tre gradini costituiti da altrettanti gruppi di farmaci: antinfiammatori non

steroidi più paracetamolo, oppioidi minori e oppioidi maggiori. Esistono ovviamente indicazioni e controindicazioni per ogni gruppo: gli antinfiammatori non steroidei, pur essendo efficaci, devono essere impiegati con attenzione perché oltre ad essere gastrolesivi, possono provocare una alterazione della coagulazione e della funzionalità renale.

Per quanto riguarda gli oppioidi deboli, in Italia abbiamo a disposizione solo due farmaci: la codeina – presente in associazione con il paracetamolo – che viene somministrata sia per via endovenosa sia per via orale e il tramadolo – che viene impiegato solo da pochi anni e spesso da centri specialistici.

Tra gli oppioidi maggiori, il farmaco principe è ovviamente la morfina. In questi ultimi anni, l'impiego sempre più frequente di questo alcaloide, sia in ambito ospedaliero che extraospedaliero, ha

permesso di capire che una opportuna modulazione della somministrazione a seconda dell'età del bambino, e non solo del peso, riesce a ridurre se non escludere molti effetti collaterali.

L'interesse che il mondo farmaceutico sta mostrando nella gestione del dolore in campo pediatrico ha messo a disposizione una buona quantità di formulazioni utilizzabili in bambini molto piccoli e con basso peso corporeo. Fino a pochi anni fa i dosaggi degli oppioidi maggiori erano così alti da escludere il loro impiego in campo pediatrico, o almeno nei bambini con peso inferiore ai 20 Kg, costringendo i medici a ricorrere a preparazioni galeniche.

Parliamo dei trattamenti non farmacologici.

La terapia antalgica non farmacologica comprende diversi tipi di tecniche che tendono ad alleviare l'angoscia che di solito accompagna il dolore. Alcune sono semplici e utilizzabili da tutti, anche dai genitori, altre più complesse richiedono specifiche competenze. L'azione antalgica delle tecniche non farmacologiche, determinata dalla attivazione delle strutture nervose centrali e periferiche che modulano la nocicezione, consente nel dolore procedurale e spesso nelle forme croniche un minor impiego di farmaci. Tra le tecniche più semplici: la *distrazione*, per far focalizzare l'attenzione su uno stimolo alternativo; l'impiego di *bolle di sapone*, che hanno un effetto combinato di distrazione e rilassamento grazie alla espirazione che serve per produrle; la *respirazione*, che

determina una minore contrazione della muscolatura, il rilassamento del diaframma e l'aumento di ossigenazione corporea. Tra le tecniche più complesse c'è la *desensibilizzazione*, in cui il bambino, attraverso la concentrazione, abbassa il livello di sensibilità di una precisa zona corporea; e la *visualizzazione*, una sorta di ipnosi che utilizza l'immaginazione per spostare la concentrazione del bambino su un'immagine mentale piacevole, collegata magari ad una esperienza personale o al luogo preferito.

Sono previsti corsi di specializzazione?

Al Gaslini stiamo promuovendo un corso di formazione per tutto il personale sanitario in modo che tutti quelli che entrano in contatto con il bambino possano impiegare queste tecniche. Come membro della Commissione ministeriale che si occupa di terapia del dolore e cure palliative, ho partecipato alla redazione del manuale per la gestione del dolore in ambito pediatrico, scaricabile dal sito del Ministero della Salute (www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_1256_allegato.pdf). Abbiamo anche predisposto un corso di formazione per il riconoscimento, la valutazione e il trattamento farmacologico e non farmacologico del dolore. È il momento anche di sensibilizzare maggiormente i genitori e aiutarli a vincere la paura dell'impiego di farmaci come la morfina e i suoi derivati che, nell'immaginario comune, da sempre sono legati al fine vita o assimilati a problemi di tossicodipendenza. •



Intervista con Michele Carruba, laureato in Farmacia presso l'Università di Roma e in Medicina e Chirurgia all'Università di Milano, dove è professore ordinario di Farmacologia. Dal 1992 è Membro del Consiglio Scientifico del "Centro Interuniversitario di Farmacovigilanza" e dal 1997 è Direttore del Centro di Studio e Ricerca sull'Obesità dell'Università di Milano. Presidente onorario della Società Italiana di Alimentazione e Sport (SIAS), dal 2009 è membro del tavolo paritetico, ministero della Salute-ministero della Pubblica Istruzione per l'Educazione alimentare nelle scuole e del tavolo paritetico, ministero della Salute-ministero della Gioventù sui Disturbi dell'alimentazione

Medico di famiglia in prima linea per combattere l'epidemia-obesità

di Andrea Sermonti

L'obesità e le patologie croniche ad essa associate costituiscono un grave problema di salute e hanno un significativo impatto economico sul sistema sanitario nazionale. L'obesità sta diventando una vera e propria emergenza sanitaria economica anche nel nostro Paese, soprattutto per quanto riguarda bambini e giovani: infatti il 23,6% dei bambini italiani è in sovrappeso e il 12,3% è addirittura obeso. "Un problema certo non di oggi – conferma il professor Michele Carruba – se è vero che i danni correlati all'eccesso di peso sono stati osservati e descritti anche da Ippocrate, nel 550 a.C. quando affermava che *un uomo grasso vive meno di un uomo magro* e suggeriva che *il benessere richiede la conoscenza della costituzione primaria*

dell'uomo e delle proprietà dei vari alimenti, sia di quelli per lui naturali che di quelli prodotti con il suo lavoro. Ma il mangiare, da solo, non è sufficiente per il benessere. Deve essere considerata anche l'attività fisica i cui effetti devono essere parimenti riconosciuti".

Ma oggi la situazione è ben più allarmante.

Il preoccupante scenario relativo alla diffusione del sovrappeso e dell'obesità nella nostra società è attribuibile, oltre che a fattori di tipo genetico, all'adozione di stili di vita sempre più sedentari associati a scorrette abitudini alimentari. Strutturare strategie di prevenzione e sensibilizzazione su questi temi, specialmente nei confronti dei bambini e adolescenti riveste oggi un'importanza cruciale: scelte alimentari equilibrate adottate fin dall'infanzia e mantenute poi nell'età adulta insieme

alla pratica di una regolare attività fisica, contribuiscono infatti a ridurre il rischio di insorgenza di patologie quali l'obesità, malattie cardiache, ipertensione, diabete, alcuni tipi di cancro e osteoporosi.

Che ruolo può giocare il medico di fronte a questo scenario?

Le faccio un esempio: la Scuola nazionale di Medicina degli Stili di Vita FIMMG-Metis, intendendo supportare il medico nel suo lavoro quotidiano di cura ed educazione dei propri pazienti, ha elaborato un "programma esperto" che si lega al percorso di gestione del paziente obeso o in sovrappeso presente nel progetto S.A.F.E. (Stile di vita, Alimentazione, Farmaco, Esercizio fisico) old.fimmg.org/alimentazione/safe/index.htm, di cui è parte. Il programma ha quindi lo scopo di educare anche il soggetto normopeso a migliorare le proprie scelte ali-

mentari. La dieta, proposta al termine di un percorso valutativo clinico, parte dal concetto delle porzioni, adattate però alle esigenze caloriche e di ripartizione giornaliera degli alimenti del singolo individuo, ed è in ossequio ai principi della dieta mediterranea. Il percorso della creazione della dieta è estremamente semplice ed intuitivo, con la possibilità di importanti personalizzazioni che il medico potrà fare nelle scelte che condividerà con il proprio paziente.

Perché è così difficile il controllo del peso?

Nel metabolismo la variabilità individuale è tale che l'utilizzazione dell'energia cambia notevolmente fra una persona e l'altra. Cioè, pur introducendo la stessa quantità di energia con la dieta e avendo uno stile di vita simile, una persona può tendere ad ingrassare di più rispetto a un'altra. Questo è dovuto a molti fattori, ormonali e non, ma comunque l'aumento di peso è solo il risultato di un eccesso di energia introdotto rispetto alle reali necessità. Non è, però, necessario un regime smodato per aumentare di peso: mettere ogni giorno nelle nostre riserve adipose, l'1% delle calorie assunte significa aumentare il peso corporeo di 2,5 Kg all'anno che in dieci anni sono 25 Kg. L'importante, quindi, è tenere sotto controllo il peso, accorgendosi precocemente di un aumento anche modesto (4 chili). Se si aspetta di intervenire solo quando l'obesità è conclamata, le terapie

Il sistema “Dieta on line”

Il sistema elaborato dalla Scuola Nazionale di Medicina degli Stili di Vita FIMMG-Metis e validato dal Centro studi e ricerche sull'obesità dell'Università di Milano fa riferimento alle ‘Linee Guida’ di un'alimentazione equilibrata in cui il 60% circa delle calorie della razione dovrebbe provenire dai carboidrati, dei quali almeno i tre quarti sotto forma di carboidrati complessi (circa 225 g al giorno per una dieta standard da 2000 Kcal) e non più del quarto restante sotto forma di carboidrati semplici (circa 75 g al giorno per una dieta standard da 2000 Kcal). L'introito raccomandato di fibra è intorno ai 30 grammi/giorno, quantità superiore a quella che attualmente si assume in Italia. I prodotti ortofrutticoli sono un'ottima fonte di alcune vitamine e di molti minerali. Gli zuccheri semplici possono essere consumati come fonti di energia per l'organismo, nei limiti del 10-15% dell'apporto calorico giornaliero (corrispondenti, per una dieta media di 2000 calorie, a 50-75 grammi). Le quantità di grassi che assicurano un buono stato di salute variano da persona a persona, a seconda del sesso, dell'età e dello stile di vita: una quantità indicativa per l'adulto è quella che apporta dal 20-25% delle calorie complessive della dieta (per soggetti sedentari) fino a un massimo del 35% (per soggetti con intensa attività fisica). Così, ad esempio, in una dieta da 2100 calorie quelle da grassi possono variare da 420 a 700, corrispondenti a 46-78 grammi. Per i bambini di età inferiore ai 3 anni, invece, la quota di grassi alimentari nella dieta può essere più elevata. Le proteine (10-15%) non devono discostarsi dai valori dei LARN e cioè 0,99 a 1,65 gr/Kg peso corporeo/die. Buona abitudine può essere mangiare più spesso il pesce (2-3 volte a settimana). Tra le carni, preferire quelle magre ed eliminare il grasso visibile. Se si consuma tanto latte, scegliere preferibilmente quello scremato o parzialmente scremato, che comunque mantiene il suo contenuto in calcio.

altri fattori di rischio, come il fumo o l'alcol, un elemento fondamentale nella prevenzione di numerose patologie croniche non trasmissibili, quali, ad esempio, malattie cardiache, diabete, patologie respiratorie, ictus. E il Programma “Dieta on line” appare appropriato nei contenuti, nel metodo e produttore programmi dietetici coerenti con i risultati attesi ed allineati alla letteratura scientifica più aggiornata.

Risulta così uno strumento particolarmente idoneo ad essere applicato nel contesto delle Cure Primarie e valido ausilio da integrare nelle azioni per promuovere una sana alimentazione e contrastare il problema del sovrappeso, dell'obesità. •

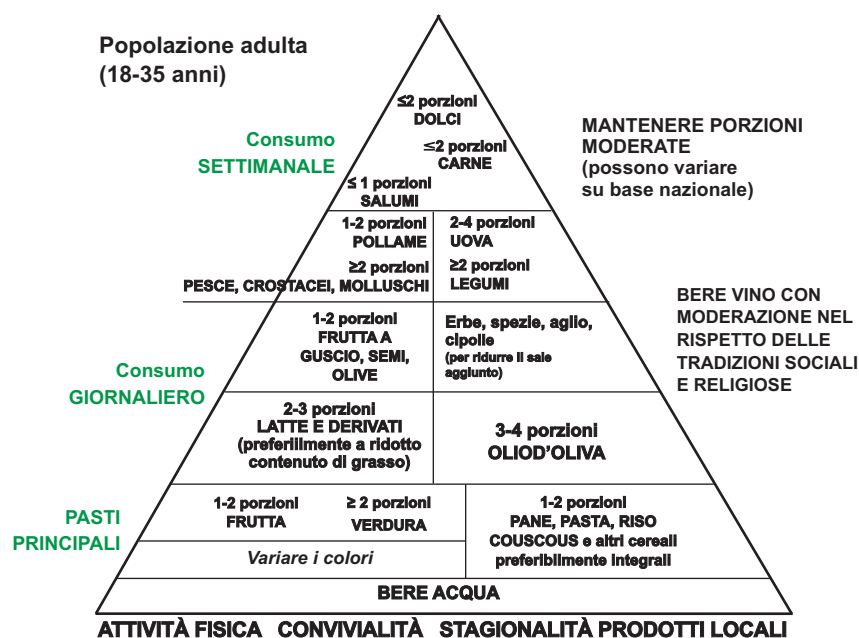
saranno sempre più difficili, impegnative e non sempre efficaci. Quindi, come tutti sanno, prevenire l'accumulo di peso è più facile che curarlo.

Una sorta di “dieta preventiva”, quindi.

Non dimentichiamo che il termine “dieta” indica una selezione ragionata di alimenti, e non necessariamente un regime alimentare finalizzato ad ottenere una perdita di peso (ovvero una dieta ipocalorica). L'assunzione errata di alimenti, sia nella quantità che nella qualità, può essere uno dei fattori principali nella determinazione di malattie. Una nutrizione corretta costituisce, assieme a una adeguata e regolare attività fisica e al controllo di

La Piramide Alimentare (INRAN, 2003)

Le “Linee guida per una sana alimentazione italiana” sono state redatte nel 2003 dall'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN) e rappresentano la fonte scientifica principale alla quale il sistema di “Dieta on line” fa riferimento.



Gli Ordini verso la riforma: più forti, più responsabili

di Orfeo Notaristefano

La ricorrente e un po' stantia polemica "Ordini sì, Ordini no" si va attenuando. La delega al governo sulla riforma delle professioni sta per vedere la luce: si attende l'approvazione da parte del Senato, dopo l'ok della Camera. Tutti ricordano che questa riforma è stata spesso discussa dalla politica e dagli Ordini, ma non si è mai giunti all'approvazione, ormai da molte legislature. Questa sembra essere la volta buona.

Proprio per questo, Amedeo Bianco, presidente della Fnomceo, ha voluto riunire, il 28 e 29 ottobre a Salerno, politici, esperti e rappresentanti degli Ordini professionali per dire una parola chiara su questa materia. Gli Ordini vogliono la riforma e Bianco lo ha ribadito, partecipando a un "faccia a faccia" con Sergio Rizzo autore, con Gian Antonio Stella, di volumi di successo, ambedue giornalisti del Corriere della sera.

"Qualità tecnica-professionale; tutela del valore civile della prestazione; tutela professionisti a tutela dei cittadini". Sintetizza in questi tre punti i nuovi compiti degli Ordini rinnovati Amedeo Bianco, che così prosegue: "Gli Ordini

si autofinanziano con le quote degli iscritti (120 euro all'anno) e non pesano affatto sul bilancio dello Stato. Pertanto la polemica di chi vuol legare le strategie per il contenimento della spesa pubblica all'abolizione degli Ordini non ha alcun senso".

Bianco ha poi aggiunto: "Alcune professioni sanitarie sono strutturate in Collegi che esercitano le stesse funzioni degli Ordini. Se i Collegi si trasformano in Ordini, non vuol dire che si istituiscono nuovi Ordini,

ramento all'accesso alla professione. L'unico sbarramento che noi mettiamo in atto è nei confronti degli abusivi".

La realtà di tutti i giorni porta comunque anche ad altre considerazioni. Nella situazione attuale, "il medico che sbaglia ne risponde penalmente, civilmente, amministrativamente, eticamente e deontologicamente", ha concluso Bianco, ricongiungendosi così alle parole pronunciate da Bruno Ravera, presidente Omceo di Salerno, che,

"Gli Ordini hanno la necessità di essere riformati ed è una specifica richiesta dei medici"

ma che semplicemente i collegi cambiano nome". Insomma, le cose vanno approfondite cercando di restare lontani dai luoghi comuni e dalle facili semplificazioni.

Unico sbarramento contro gli abusivi

"Noi non temiamo le liberalizzazioni - ha detto il presidente Fnomceo - bisogna vedere che cosa ci sarà nelle liberalizzazioni. Noi siamo per Ordini moderni, aperti, a tutela della professionalità. Da parte degli Ordini non c'è alcuno sbar-

nell'introdurre il "faccia a faccia", aveva tra l'altro detto: "Proprio gli Ordini hanno spinto per la riforma, che per noi significa maggiori responsabilità. Lo stesso fatto che gli Ordini passano da organi ausiliari a organi sussidiari dello Stato accentua il valore della responsabilità.

Gli eventi di questi giorni a Salerno sono stati fortemente voluti dalla Fnomceo e dalla Federazione degli Ordini della Campania, nell'ambito di un programma più ampio di iniziative".



Ordini a tutela dei medici e dei cittadini

Che la riforma delle professioni possa essere varata in tempi brevi dal Parlamento lo hanno confermato in maniera bipartisan due esponenti del centro destra, Lucio Barani e Luigi D'Ambrosio Lettieri, e due esponenti del centrosinistra, Livia Turco e Lionello Cosentino. Gli eventi di Salerno sono stati importanti proprio perché sono venute queste conferme, ribadite anche sotto il profilo tecnico dagli interventi di Giovanni Leonardi, direttore generale risorse umane al ministero della Salute; Maria Teresa Camera, dirigente del ministero presso la Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanita-



rie; Maria Linetti, direttore dell'Ufficio educazione continua al ministero della Salute, che ha formulato la domanda "perché in Italia ci sono gli Ordini?". La risposta da darsi è "perché il nostro Paese vuole e deve offrire delle garanzie ai cittadini e ai medici".

Ma la sintesi dell'ampio confronto svoltosi a Salerno l'ha tratta Amedeo Bianco, che ha così tratteggiato il quadro attuale della situazione: "Gli Ordini hanno la necessità di essere riformati, ed è una specifica richiesta dei medici e dello stesso sistema degli Ordini. Non possiamo quindi che accogliere con soddisfazione lo sforzo di tutti, del ministro Ferruccio Fazio, della maggioranza e dell'opposizio-

ne, di compiere un cammino nel pieno senso della politica". Volgendo lo sguardo ai mesi recenti, all'enorme lavoro che ha coinvolto la Federazione, il ministero, il legislatore e vari rappresentanti politici, Bianco ha ricordato i momenti difficili dell'iter ("quando a luglio il Senato - dopo che ha approvato all'unanimità in commissione Igiene e sanità il testo - lo mette via, abbiamo percepito che era un segnale decisamente non bello"), affermando poi che ci sono settori della società che la politica "fatica ad inquadrare" tra cui la professione medica e che quindi finisce vittima di un "certo malpancismo trasversale", che punta più ad accontentare piazza e lob-

by varie ("dovremmo ricordare ai parlamentari che dopo aver approvato 17 nuove professioni sanitarie non possono pensare che queste rimangano allo sbando solo perché oggi la parola d'ordine è diventata 'no ai nuovi Ordini'"). Nel suo intervento il presidente Fnomceo ha toccato i vari gangli sviluppati dagli altri relatori (il ruolo delle assicurazioni, il rapporto con i giudici e con le fantomatiche "linee guida", la mancanza di garanzia professionale nel rapporto dei primari con i direttori generali), ma soprattutto ha ricordato che il sistema salute è complesso perché "la buona sanità ha bisogno di buona politica, di bravi manager, liberi e coerenti, di cultura gestionale, di buoni professionisti, di equilibrio tra i modelli. E gli Ordini sono un elemento fondamentale di questo equilibrio tra sicurezza delle cure, deontologia irreprensibile e formazione accurata". Conclusione precisa e di profilo antropologico: "Il ruolo moderno degli Ordini è da scrivere insieme, ed ha come compito quello di sostenere il singolo medico nello svolgimento della sua professione non come un corpo senz'anima, ma come un professionista ancora ricco di passione".

XII edizione delle giornate celebrative della Scuola medica salernitana

Modernità e tradizione nelle giornate salernitane: da un lato la spinta per la ri-

forma in senso moderno degli Ordini, dall'altro un richiamo alla tradizione che a Salerno è fortemente sentita e coltivata dall'Omceo di Salerno. Il riferimento è alla Scuola medica salernitana, le cui prime notizie storiche risalgono al IX secolo dopo Cristo, ma ha raggiunto il suo massimo splendore nel secolo XII, come ricorda Cecilia Gatto Trocchi nella prefazione al libro "La regola sanitaria salernitana" che raccoglie qualcosa come 363 versi di ricette di guarigione e di prevenzione, di raccomandazioni e di suggerimenti per condurre una vita sana e per curare le malattie conosciute in quell'epoca. L'Omceo di Salerno è giunto alla XII edizione delle giornate celebrative della Scuola medica salernitana.

Quest'anno, cerimonia di eccezione, il 28 ottobre, presso l'Aula Magna dell'Università, dove sono stati consegnati i premi internazionali: il premio alla carriera è andato a Luc Montagnier; il premio alla Ricerca scientifica in medicina a Paolo Macchiaroni; il premio Medico dell'anno a padre dottor Alberto Zamberletti; il premio per la ricerca in Odonoiatria a Enrico Gherlone. La cerimonia si è svolta alla presenza di Bruno Ravera, presidente Omceo della provincia di Salerno e di Raimondo Pasquino, Magnifico Rettore dell'Ateneo salernitano. •

Società di ricerca e formazione in educazione terapeutica

È nata dalla collaborazione tra Metis, società scientifica dei medici di medicina generale, la Sifop, società per la formazione permanente dei medici della medicina specialistica ed un gruppo di esperti in educazione terapeutica del paziente

di Maria Grazia Albano (*)

Diversi fattori e considerazioni hanno portato alla nascita della Sirfet (sito internet in allestimento). In primo luogo, esiste già da alcuni decenni un campo di ricerca in educazione terapeutica del paziente, che interessa le diverse branche della medicina nelle quali vengono condotti programmi strutturati e valutati.

La ricerca internazionale in ETP ha ampiamente dimostrato l'efficacia di molti programmi soprattutto in termini di riduzione delle complicanze, delle ospedalizzazioni, del numero di ricorsi alle urgenze. In futuro si ritiene, quindi, che sia necessario valutare l'esito dei programmi nei campi in cui non è ancora sufficientemente diffusa, ma sarà soprattutto interessante approfondire alcuni temi ancor oggi non esaustivamente esplorati. Ad esempio: come rendere l'ETP accessibile ai pazienti che ne avrebbero bisogno, quali sono i metodi didattici ed i tipi di programmi più efficaci, ecc. L'ETP, inoltre, benché ri-

conosciuta da organismi internazionali e nazionali (OMS, ministero della Salute ecc.) e praticata in vari luoghi e strutture (ospedali e territorio), non è attualmente valorizzata nel nostro Paese né sufficientemente nota e divulgata. Le attività educative, finalizzate a consentire al paziente di acquisire le competenze di autocura e psico-sociali necessarie per vivere nel miglior modo possibile con la malattia, dovrebbero essere maggiormente diffuse e fortemente sostenute per migliorare le condizioni delle persone malate, accrescere la loro collaborazione con i medici ed il personale sanitario e ridurre la spesa sanitaria. Si ritiene che l'ETP debba e possa costituire, poi, un terreno ideale per la realizzazione dell'integrazione degli interventi da parte delle diverse figure professionali sul paziente cronico e per la condivisione delle cure, non solo tra il medico ed il paziente ma anche tra i medici che operano ai diversi livelli di assistenza. L'attuazione di un programma educativo prevede, infatti, la conduzione di

sessioni gestite da operatori diversi (medico, dietista, infermiere, fisioterapista, psicologo). L'educazione è, inoltre, un processo continuo, che si svolge in fasi diverse (educazione iniziale; di follow up; di ripresa), che dovrebbero essere gestite da professionisti (medico di medicina generale, medico specialista, ecc.) tra i quali dovrebbe necessariamente realizzarsi una stretta collaborazione.

Per questa ragione la SIRFET è quindi nata dall'alleanza tra i medici di medicina generale, i medici specialisti e un gruppo di esperti in educazione terapeutica del paziente che da anni operano in questo settore svolgendo attività di ricerca e formazione.

La natura multiprofessionale e interdisciplinare della società consentirà la realizzazione di programmi nei diversi luoghi di cura (lo studio del medico, i centri di cura e vacanza ecc.) e la promozione di questa pratica in Italia attraverso la ricerca e l'elaborazione di linee guida per l'ETP nei diversi campi della medicina.

Fondandosi su una rela-

zione di partnership tra operatore sanitario e paziente, l'educazione terapeutica richiede la condivisione della responsabilità della gestione della malattia. Perché la responsabilità possa essere condivisa, il medico dovrà, quindi, trasferirgli la sua «expertise» e negoziare con lui il trattamento (quando non si tratta di metterne a rischio la sicurezza). L'aderenza alla terapia verrà così migliorata ed il paziente potrà considerarsi «soggetto» della sua salute.





L'operatore sanitario dovrà, pertanto, condividere il suo sapere ed accettare di diventare "educatore-curante". A questo ruolo non è stato formato durante gli studi né nel corso della sua formazione continua, nonostante la gestione della malattia cronica sia necessariamente realizzata dal paziente e non implichi l'intervento diretto del medico (come avviene nelle malattie acute). L'educazione terapeutica non presuppone solo che il paziente assuma un ruolo attivo nella gestione della

sua condizione, ma anche nelle attività di apprendimento. È necessario che queste siano svolte attraverso l'uso di metodi didattici diversificati ed idonei al paziente (bambino, adolescente, adulto), differenziati a seconda che siano rivolte alla singola persona o ad un gruppo. Il paziente sarà messo così in condizione di comprendere la malattia e la terapia che dovrà mettere in atto, di realizzare gesti di cura, di effettuare cambiamenti nello stile di vita, di prevenire complicità evitabili,

di far fronte ai problemi generati dalla malattia, ma anche di gestire le emozioni e lo stress, di prendere decisioni e risolvere problemi della sua vita quotidiana con la malattia. Comprendendo l'ETP attività organizzate e valutate, è indispensabile che il medico ed il personale sanitario siano formati in questo settore.

La Società si propone, quindi, di formare gli operatori sanitari (così come sancito dall'OMS nel 1998) all'organizzazione ed alla messa in atto di interventi educativi sulla base dell'approccio sistemico (diagnosi educativa, negoziazione di un contratto educativo, pianificazione e realizzazione di un programma e della valutazione).

La Sirfet sarà, inoltre, interlocutore delle autorità regionali per la formazione di base e continua nel settore dell'educazione terapeutica e delle Associazioni di pazienti. I suoi membri instaureranno rapporti con le istituzioni internazionali (OMS, ecc.) e le società scientifiche nazionali ed internazionali (Società Europea di Educazione Terapeutica: SETE). Le principali attività che la Sirfet si propone di realizzare comprendono l'organizzazione e partecipazio-

ne a seminari, corsi, colloqui, congressi; la pubblicazione di ricerche, l'edizione e la coedizione di documentazione e di strumenti per la didattica; la partecipazione a commissioni internazionali, nazionali, regionali.

Questa giovane Società si occupa di un settore di attuale interesse che, siamo certi, avrà in futuro un crescente sviluppo anche in Italia.

Se il paziente esprime, infatti, in modo sempre più deciso la sua insoddisfazione rispetto al modo in cui viene preso in carico, i professionisti avvertono la difficoltà di trattare con un paziente che presenta più patologie, è informato da varie fonti (internet, riviste, ecc.), non mette in atto il trattamento prescritto.

Per il medico e gli altri operatori sanitari si tratta, attraverso l'ETP di valorizzare la dimensione umanistica della medicina, di garantire ai pazienti il diritto ad essere educati, di stabilire un nuovo rapporto con i loro pazienti.

Per i pazienti si tratta di creare una «alleanza terapeutica» con il medico.

Soprattutto si tratta anche di imparare a prendere decisioni che possono, in certi casi, salvargli la vita. •

(*) *Presidente Sirfet*

SIRFET

- Presidente: Maria Grazia Albano (m.albano@mail.unifg.it)
- Vice-presidente: Francesco Losurdo (www.sifop.it)
- Segretario Generale: Donatella Alesso (<http://metis.fimmg.org>)

Medicina difensiva, pazienti e finanza pubblica

di Giorgio Spagnolo

“**L**a medicina difensiva danneggia il paziente e la finanza pubblica”. Con questa breve ed incisiva frase, che non si presta ad alcun frainteso, il magistrato Alfonso Marra, presidente emerito delle Corti di Appello di Milano e di Brescia, intitola un articolo molto documentato recentemente comparso sul Notiziario della Banca Popolare di Sondrio, la banca ufficiale dell'Enpam. E questo intervento è particolarmente prezioso per noi, che, se da un lato conosciamo bene per esperienza diretta gli aspetti medici di questo importantissimo problema, non ne abbiamo altrettanto ben chiari gli aspetti giuridici. Cercherò quindi di riassumerlo il più brevemente possibile: ma per renderlo pienamente comprensibile non potrò esimermi dal riportare direttamente lunghi periodi del testo originale.

I medici della mia generazione, che come me hanno esercitato la professione per mezzo secolo senza mai essere stati citati in giudizio da uno degli innumerevoli pazienti che hanno assistito, per rendersi del tutto conto delle cause dell'enorme aumento del contenzioso che si è

registrato in questi ultimi anni a carico dei medici devono prendere atto dell'evidenza che esso è dovuto in buona parte al fatto che oggi l'errore nella prestazione sanitaria viene considerato inaccettabile in ragione dei progressi della scienza medica. Tuttavia è quasi certamente sfuggito a buona parte di noi il fatto che a questa nuova qualificazione dell'errore abbia contribuito in misura determinante la giurisprudenza della Cassazione, che ha fatto rientrare la prestazione professionale fra le obbligazioni “di risultato” e conseguentemente la responsabilità del medico in quelle “paraoggettive” (cioè responsabilità senza colpa). E le precise regole che la stessa Corte di Cassazione ha elaborato ed alle quali i giudici devono attenersi nel giudicare questo tipo di controversie stabiliscono che i medici, per non rispondere dei danni lamentati dal paziente ove il loro intervento non sortisca l'effetto desiderato o abbia comportato un aggravamento dello stato di salute, *debbono provare di avere operato correttamente e che quanto lamentato non sia dovuto alla loro prestazione professionale.*

E' stata così introdotta, secondo il Presidente Marra,

una vera e propria *inversione dell'onere della prova, che comporta l'obbligo per il medico di fornire addirittura una “prova negativa”, e cioè dimostrare che l'evento “non” è collegato alla sua attività professionale.* Ma ogni medico sa benissimo che la medicina non è una scienza matematica, e che il buon medico è quello che commette pochi errori, in quanto è impossibile fare il medico senza commetterne alcuno...

Di qui l'evidenza di quanto questa “prova negativa” sia estremamente complessa e difficile, per cui dopo questi principi introdotti dalla Cassazione, che assumono oggi il valore di una vera e propria norma giuridica (la stessa Cassazione parla di “*giurisprudenza normativa*”) si è diffusa fra i medici la pratica della *medicina difensiva*, che può risultare “positiva” quando i medici sono indotti a prescrivere test, procedure o farmaci non strettamente necessari al solo fine di ridurre la loro esposizione in un giudizio di responsabilità, o anche “negativa” quando per lo stesso motivo evitano di effettuare interventi molto rischiosi.

Questo fenomeno non è solo italiano. Secondo un recente rapporto della rivista “Archives of Internal Medicine”, negli U.S.A. il 90%

dei medici ricorre alla medicina difensiva, esattamente come in Italia, dove, secondo uno studio dell'Università Milano Bicocca, nove medici su dieci ricorrono alla stessa pratica, il che finisce con il gravare, secondo i dati del Ministero della Salute, sulla finanza pubblica del nostro Paese con un costo di ben 10 miliardi di euro all'anno, il che significa che la medicina difensiva incide per il 10,5% sulla spesa del S.S.N. (ed a noi medici, che abbiamo ben chiare le dimensioni della massa di esami anche ad altissimo costo e di prescrizioni inutili prodotte dalla medicina difensiva, queste cifre appaiono addirittura sottostimate per difetto...). A questi effetti negativi della pratica difensiva occorre poi aggiungerne altri, non meno gravi, che incidono sulla salute dei cittadini, come *gli effetti collaterali degli esami inutili, nonché dei tanti farmaci prescritti ed assunti senza una effettiva necessità clinica.* Per non parlare dell'allungamento delle liste d'attesa e degli altri seri problemi prodotti dalla moltiplicazione degli esami inutili.

Ed anche agli occhi dei medici della mia generazione, che non avevano mai dovuto fare ricorso a queste cautele in anni in cui i pazienti riponevano nel loro operato la massima fiducia accettando anche l'errore, questi timori oggi non possono più apparire infondati se si considera che ogni anno nel nostro Paese sono



ben 15.000 i medici che vengono portati in giudizio dai loro pazienti! E questo ha comportato anche un forte aumento dei costi dell'attività professionale per l'elevatissima lievitazione dei premi di assicurazione dovuta al fatto che dal 1994 al 2007, secondo uno studio dell'ANIA, il numero degli incidenti segnalati per eventi avversi connessi alle prestazioni professionali è più che triplicato, passando da 9.500 a 30.000 all'anno. E dato che l'errore si può evitare e prevenire solo quando lo si conosce molto bene, occorre oggi prendere coscienza delle varie possibilità che abbiamo a disposizione per raggiungere un tale risultato. Fra queste l'adozione di alcune pratiche da tempo in uso nel settore aeronautico per

migliorare la sicurezza dei voli, come ad esempio l'obbligo per i piloti di comunicare non solo gli errori da loro commessi ma anche le situazioni di rischio di volta in volta accertate e che avrebbero potuto determinare un incidente. Ed ancora, dovremmo anche noi adottare la "check list" con una elencazione minuziosa della situazione del paziente, non solo anamnestica ma comprensiva di ogni informazione attinente al suo stato fisico ed alla patologia che ha determinato il ricorso alle cure. Infine una terza strada, già percorsa con successo nel centro trapianti dell'Ospedale Le Molinette di Torino, consiste nell'utilizzo della cosiddetta "scatola nera", nel ricorrere cioè ad un sistema di sicurezza tipico degli aerei per ricer-

care le cause degli incidenti. Registrando infatti tutto ciò che si verifica durante gli interventi si riesce non solo a prevenire nuovi incidenti ma anche a facilitare la soluzione di eventuali controversie fra medici e pazienti.

Il lungo intervento del presidente Marra si conclude con un accenno alla "Carta di Saint Vincent" o "Documento di consenso su errore e responsabilità nelle organizzazioni sanitarie complesse", messa a punto nell'omonima località valdostana il 20 ottobre 2010 per arginare la medicina difensiva. L'errore viene definito come "un evento da cui apprendere per evitare che si ripeta" e la Carta precisa che è stato proprio l'eccessivo accanimento dei pazienti a trascinare in giudi-

zio i medici ad incrementare la medicina difensiva. Di qui l'invito ai pazienti a superare la "cultura della colpa" ad ogni costo del medico nei casi in cui la prestazione non dia il risultato sperato in ragione di un presunto errore. E ciò in quanto *il rischio di sbagliare è intrinseco nell'attività medico-chirurgica.*

In definitiva nella "Carta di Saint Vincent" i medici ribadiscono che essi, così come hanno fatto per il passato, vogliono prendersi cura dei pazienti, ma *desiderano che tale impegno deontologico venga da essi ricambiato con la massima fiducia nella loro capacità professionale.* La loro disponibilità al dialogo, la risposta alle domande, la voglia di combattere i propri errori, deve rappresentare per i pazienti la migliore garanzia della correttezza del loro operare. È, infine, indubbio che i tempi siano maturi anche per una *ridefinizione del concetto di responsabilità medica*, perché se, oggi, un chirurgo in venti anni di attività ha ottenuto una probabilità su cento di ricevere un avviso di garanzia, in futuro, se non cambia la vigente normativa, queste probabilità passeranno al cento per cento. Ed è ovvio che se l'attuazione dei principi indicati nella "Carta di Saint Vincent" potrà ricreare il rapporto di fiducia fra medico e paziente con il superamento della medicina difensiva, ne trarrà un enorme beneficio la salute di tutti noi. •

Al via Doctor's Life la prima tv dedicata ai medici

Visibile gratuitamente sul canale 440 di Sky. Non solo corsi Ecm ma anche trasmissioni di informazione e spettacolari documentari. Il primo canale televisivo a fornire un servizio di formazione a distanza accreditata presso il sistema di Educazione Continua in Medicina

di Francesco Maria Avitto (*)

Da inizio ottobre, sulla piattaforma Sky (canale 440), è visibile **Doctor's Life**, il primo canale televisivo dedicato ai medici e alla medicina edito dall'**Adnkronos Salute**. Già oggi sono circa 100.000 i medici abbonati a Sky che potranno gratuitamente attivare il canale ed essere informati su tutte le novità in campo medico scientifico registrandosi sul sito www.doctorslife.it. Pensare ad un canale dedicato al medico non è stato semplice. La preparazione è durata più di un anno richiedendo un impegno creativo di altissimo livello. Il risultato finale è sotto gli occhi di tutti ma abbiamo capito di essere sulla strada giusta quando, un paio di mesi prima della messa in onda, ci è stato comunicato il numero che avrebbe avuto il canale sulla piattaforma Sky. Il 440 non è solo un numero ma il significato dell'apprezzamento di Sky per il lavoro fatto e la giusta considerazione verso il target a cui il progetto si rivolge posizionandolo all'interno del pacchetto Sky tra i canali più prestigiosi. Doctor's Life ha un palinse-



sto on air 24 ore su 24 che garantisce al medico l'informazione e la formazione Ecm a 360°. Tre i programmi di informazione giornaliera: dal telegiornale quotidiano "SalusTG", ai due magazine settimanali di approfondimento sui principali fatti scientifici e di politica ed economia sanitaria ("Salus Tv" e "Journal Tribune"). Non manca un talk show settimanale ("InSanità") con dibattiti e confronti in studio tra i protagonisti del mondo sanitario. Molti i reportage in presa diretta sui grandi temi che ri-

guardano la vita del medico ("Noi Salute"), diverse serie di documentari tra cui oltre 30 prime Tv mai viste ancora in Italia. Infine Doctor's Life entrerà nelle strutture dei centri ospedalieri d'eccellenza per seguire i più importanti e innovativi in-

terventi chirurgici e le tecniche diagnostiche di ultima generazione. Ma non solo. Doctor's Life sarà il primo canale televisivo a fornire un servizio di formazione a distanza accreditata presso il sistema di **Educazione Continua in Medicina** (Ecm) completamente gratuito per gli utenti. Già alla partenza saranno disponibili circa 30 corsi. E se si ha un impegno fuori casa? La lezione in questo caso potrà anche esser seguita dall'Iphone, l'Ipod e i tablet android attraverso il sito web www.doctorslife.it

Cuore del progetto la redazione dell'Adnkronos Salute che è riuscita ad integrare la velocità dell'informazione d'agenzia con la forza e l'immediatezza dell'approfondimento audiovisivo. Con Doctor's Life abbiamo la possibilità di entrare a casa del medico dalla porta principale e la sfida più importante sarà realizzare contenuti esclusivi e unici fortemente orientati agli interessi del mondo sanitario con l'ambizione di fare notizia anche oltre il canale stesso e la speranza di aiutare il medico ad affinare una professione di straordinario fascino e di indiscutibili finalità umanitarie. •

(*) *Direttore Doctor's Life e Adnkronos Salute*

Come attivare il canale

I medici già abbonati a un qualsiasi pacchetto Sky e i medici familiari/conviventi di un titolare di abbonamento avranno la possibilità di attivare gratuitamente Doctor's Life inserendo sul sito web www.doctorslife.it i dati anagrafici richiesti ed il numero di smart card sul quale abilitare la visione.

I grandi documentari di Doctor's Life

Rx for Survival: le sfide della salute pubblica attraverso lo straordinario racconto di Brad Pitt

Detective del Virus: il fallimento non è un'opzione quando la posta in gioco è la vita o la morte.

Death by Natural causes: la scienza del corpo e della mente umana in condizioni estreme

Nuove epidemie: uno spettacolare viaggio attraverso la letalità crescente dei nuovi virus e vecchi nemici che sembravano sconfitti

Nove Mesi: lo straordinario viaggio del feto all'interno del grembo materno con immagini e ricostruzioni grafiche 3D mai viste in Italia.

Health Academy, l'Ecm su Doctor's Life

La formazione multiplatforma a portata di telecomando. La forza dell'immagine televisiva insieme all'interattività del web e la portabilità degli smartphone e dei tablet pc. Oltre 100 ore di programmazione in presa diretta dalla **sala operatoria** (chirurgica e odontoiatrica) e dai principali centri di eccellenza diagnostica e più 30 **corsi di formazione** accreditati presso il programma di Educazione Continua in Medicina e realizzati dai principali opinion leader in ambito medico-sanitario sempre visibili anche su web www.doctorslife.it

I programmi d'informazione

SalusTg: il telegiornale della sanità e della medicina. Ogni giorno notizie e interviste sui principali fatti di politica e economia sanitaria avvenuti in Italia e nel mondo.

SalusTv: il magazine della salute. Un rotocalco ricco di servizi e approfondimenti sui principali eventi di attualità della settimana

Journal Tribune: magazine di approfondimento sui principali studi medico-scientifici pubblicati dalle riviste internazionali con particolare risalto agli articoli realizzati dai centri di ricerca italiani.

InSanità: talk show con interviste e dibattito in studio tra un giornalista e uno o più ospiti, invitati a discutere dei temi caldi del momento.

NoiSalute: i mille volti della vita medica raccontati con una serie reportage che cercheranno di approfondire e spiegare i fenomeni che influenzano la vita di chi lavora in sanità

Inside meeting: gli eventi della medicina e della sanità visti da vicino. Riduzioni televisive di Congressi, convegni, dibattiti

Top Doctor: interviste ai protagonisti del mondo medico scientifico per mettere in evidenza le eccellenze della sanità italiana.

Vero o Falso?: sfatiamo i falsi miti della medicina. Illustri clinici risponderanno alle domande della redazione



Convenzione Enpam - Sky

In occasione del lancio del nuovo canale Doctor's Life, Sky offre prezzi speciali a tutti gli iscritti Enpam. Ai medici e agli odontoiatri che attiveranno un nuovo abbonamento saranno riservati **sconti dal 10% al 20%**. Inoltre verranno forniti in **comodato gratuito** il decoder My Sky HD – che ha molteplici funzionalità, come la pausa in diretta, la registrazione automatica, la videoteca personale e altro ancora – e la Sky Digital Key, la chiavetta che permette di vedere anche tutti i canali in chiaro del digitale terrestre.

Le formule di abbonamento prevedono svariate combinazioni: si può scegliere da uno a tre Sky pack (Cinema, Sport, Calcio) in abbonamento a uno o più Channel Pack (Bambini, Serie TV – Intrattenimento, Lifestyle e documentari, Musica o News). Il listino riservato agli iscritti Enpam va **da € 26.10 al mese** per la formula base (1 Sky Pack + 1 Channel Pack), con risparmio di € 34,80 all'anno, fino a un massimo di € 57,28 mensili per la formula completa (3

Sky Pack + 5 Channel pack), con risparmio di 171,84 euro all'anno.

La convenzione contempla anche i **già abbonati**, che potranno attivare un ulteriore Sky Pak con il 15% di sconto e ricevere gli apparati My Sky Hd e Digital Key a € 79 anziché € 199 e l'apparecchio multivision Skyx2 a € 59 anziché € 69.

Inoltre, tutti gli abbonati vecchi e nuovi potranno beneficiare di un abbonamento voce&internet **Fastweb** al prezzo scontato di € 20 al mese, con telefonate (fissi nazionali) e navigazione illimitate e senza canone Telecom.

Per abbonarsi a Sky usufruendo della convenzione Enpam basta telefonare al numero 199 309 560 comunicando il codice **EPM4909941**

Maggiori informazioni sulle offerte e sui costi di attivazione sono disponibili nella pagina **Servizi integrativi e Convenzioni** del sito www.enpam.it

La convenzione è aperta anche ai dipendenti Enpam e degli Ordini provinciali dei medici e degli odontoiatri.

Camici bianchi e piccolo schermo

di Daniele Pipi

Secundo un recente studio, pubblicato sul British Journal of Sports Medicine e condotto dai ricercatori dell'università del Queensland, chi è intenzionato a vivere più a lungo dovrebbe guardare meno la televisione e fare più sport. Secondo gli studiosi australiani, infatti, un'ora di televisione avrebbe lo stesso effetto di due sigarette: per ogni ora trascorsa davanti al piccolo schermo, la vita si accorrebbe di 22 minuti.

Ci piace immaginare, però, che la ricerca in questione non riguardi i programmi televisivi che ti aiutano a vivere meglio, ovvero quelli nei quali l'argomento principale è la nostra salute: i programmi che parlano di medicina, per intenderci. Da sempre, medicina e televisione hanno costituito un felice connubio testimoniato dal fatto che alcune trasmissioni, in onda da tanti anni, sono ormai diventate un vero e proprio appuntamento tradizionale per ciascuno di noi: quotidiano o settimanale che sia, non sono pochi i telespettatori che non perdono un simile appuntamento. Fin dal successo ottenuto dal padre di tutti i magazine televisivi sul mondo della medicina, quel Check-up

creato nel 1987 dal compianto Biagio Agnes, si intuì che la scienza medica sul piccolo schermo poteva essere catalizzatrice di ascolti, tanto più che proprio qualche mese prima iniziarono ad essere diffusi i primi dati dell'Auditel.

Oggi, sulle reti generaliste, a parte le varie rubriche presenti in alcuni programmi "contenitore", sono tre gli appuntamenti dedicati esclusivamente a medicina e salute: *Tg2 Medicina 33*, *Telecamere Salute* e *Vivere Meglio*. Poi, naturalmente, va ricordato anche il longevo "Elisir" condotto su Raitre da Michele Mirabella, che, però, attualmente non è in programmazione, ma si attende, comunque, la nuova edizione.

Ormai da molti anni, su Raidue, dal lunedì al giovedì, dalle 13.50 alle 14, *Tg2 Medicina 33*, curato da Luciano Onder, informa i telespettatori sulle novità in campo scientifico, avvalendosi dell'apporto divulgativo di numerosi esperti di ogni settore della medicina: un appuntamento irrinunciabile per stare al passo coi tempi, in un ambito che, mese dopo mese, porta alla luce sempre nuove scoperte che possono salvare o migliorare notevolmente la vita di ognuno di noi.

Su Retequattro, invece, va in onda *Vivere Meglio* (il sa-



bato dalle 8.30) il talk show dedicato a medicina, benessere e qualità della vita, condotto da Fabrizio Trecca, giunto ormai alla ventiduesima edizione: oltre un'ora di consigli e spiegazioni, in compagnia di ospiti di primo piano del panorama della medicina italiana e internazionale.

Su Raitre, infine, Anna La Rosa propone la domenica mattina alle 12.25 (in replica nella notte), il suo *Telecamere Salute*, format derivato dal quasi omonimo rotocalco d'informazione politica *Telecamere*, che si propone come un vero e proprio viaggio nella sanità italiana all'interno di ospedali, ambulatori e sale operatorie. Nel suo "salotto" televisivo, la giornalista calabrese accoglie, in ogni puntata, un ospite insieme al quale affrontare il tema del giorno, prima di lasciare spazio alle altre rubriche.

Ma, oltre alle reti generaliste, c'è anche il satellite che, però, fino a questo momento non sembra avere sfruttato appieno le potenzialità di questa materia. Se si eccettua, infatti, qualche produzione straniera incentrata su casi estremi di chirurgia estetica come *Extreme Makeover* (sullo stesso argomento, nel nostro paese, si ricordano *Bisturi* condotto anni fa, su Italia 1, da Irene Pivetti ed un suo recente spin off, *Celebrity Bisturi* con Elisabetta Gregoraci), l'unica produzione nostrana degna di nota è il simpatico *Reparto Maternità* (in onda su Fox Life), un docu-reality che racconta per sei mesi le vicende di medici, infermieri e pazienti del reparto maternità dell'ospedale San Camillo di Roma e, nella nuova serie, dell'ospedale Maggiore di Bologna. •

Chirurgia senza bisturi per i tumori del cervello

Inaugurato al Niguarda il nuovo reparto per la cura dei tumori al cervello, dove i pazienti oncologici potranno essere curati con un nuovo sistema per radiochirurgia, una forma di trattamento del tumore al cervello alternativa a quella chirurgica.

Si tratta di un'applicazione della radioterapia stereotassica per la cura dei tumori all'encefalo in profondità, malformazioni vascolari e nevralgie trigeminali. Facendo convergere 201 fasci di raggi gamma su un unico punto senza intaccare le strutture cerebrali circostanti, il sistema garantisce un intervento specificamente mirato sulle lesioni intracerebrali con una maggior salvaguardia del tessuto nervoso. La nuova tecnologia presenta caratteristiche innovative che la differenziano notevolmente dai modelli fino ad ora impiegati, offrendo la miglior *performance* in dosimetria e in sicurezza per pazienti e operatori, con un rapporto tra dose fornita ed esposizione alle radiazioni circa 10 volte migliore rispetto alle altre metodiche radianti.

Grazie al rivoluzionario sistema di collimazione è consentita una maggior accessibilità al cervello, permettendo di trattare anche lesioni multiple localizzate in

zone cerebrali profonde e periferiche e aumentando così del 20% le indicazioni trattabili e, di conseguenza, il numero di pazienti (150 per milione secondo le statistiche) che possono accedere alla radiochirurgia. Il casco di Leksell (dal nome del suo inventore) viene applicato alla testa del paziente. La sede e la forma della lesione vengono

radiatione, così da "modellare" la cura sulla forma della patologia da trattare.

Il sistema consente il trattamento di lesioni intracerebrali (anche più di una contemporaneamente), senza la necessità di aprire tragitti ossei (craniotomia). Grazie all'elevata precisione, l'interessamento del tessuto nervoso è inoltre estremamente circoscritto intor-

Si tratta di un'applicazione della radioterapia stereotassica per la cura dei tumori all'encefalo in profondità, malformazioni vascolari e nevralgie trigeminali

quindi definite con precisione mediante una risonanza magnetica, una tomografia computerizzata o un'angiografia cerebrale. Una volta stabilita la dose da somministrare, il paziente viene posizionato sul lettino.

La durata del trattamento varia da 1 a 3 ore, durante le quali il paziente si mantiene costantemente in contatto con il personale di assistenza che segue la procedura con videocamera e microfono.

Durante la terapia, il sistema imprime alla testa del paziente piccoli movimenti, con una precisione di 0.2 mm, intorno al centro di ir-

radiazione, così da "modellare" la cura sulla forma della patologia da trattare. Il sistema consente il trattamento di lesioni intracerebrali (anche più di una contemporaneamente), senza la necessità di aprire tragitti ossei (craniotomia). Grazie all'elevata precisione, l'interessamento del tessuto nervoso è inoltre estremamente circoscritto intor-

no all'area della lesione. Pertanto, è possibile operare lesioni difficilmente accessibili con la neurochirurgia tradizionale, e con una minore invasività. Il paziente può quindi contare su una migliore funzionalità residua e tempi di recupero accelerati.

Il trattamento è indicato nelle lesioni intracerebrali co-

stituite da malformazioni arterovenose, malformazioni del seno cavernoso, neurinomi dell'acustico, neurinomi del trigemino, meningiomi, adenomi della pituitaria, metastasi singole e multiple, gliomi, craniofaringiomi ed emangioblastomi. *"Immaginiamo la possibilità di trattare tumori benigni o maligni del cervello con un metodo innovativo e non invasivo, usando una radiazione estremamente precisa che ha minimi effetti sui tessuti sani"* - ha detto Massimo Collice, direttore del dipartimento di Neuroscienze dell'Ospedale di Niguarda.

"Grazie all'importante contributo della Regione Lombardia - spiega Pasquale Cannatelli, direttore generale dell'A.O. Niguarda Ca' Granda - il nostro Centro potrà offrire interventi di radiochirurgia con il modello più aggiornato garantendo un più efficace trattamento dei pazienti affetti dalle patologie di tipo oncologico e malformative. Sia i pazienti che lo staff beneficeranno di questo nuovo sistema che permetterà di razionalizzare il flusso di lavoro consentendo di trattare un maggior numero di persone". •

INFORMAZIONI

Comunicazione Area Media

Gianni Mauri - 334/66.493.13

e-mail: niguardanews@ospedaleniguarda.it

SEC Relazioni Pubbliche & Istituzionali

Mario Cedone - 02/624.999.43 - 339/37.020.47

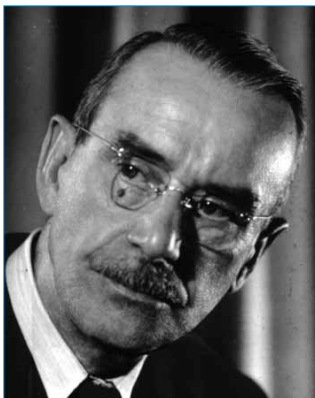
Alessandro D'Angelo - 02/624.999.35 - 329/41.392.26

30 DICEMBRE 1929

A Lahore, in India, il Congresso nazionale chiede l'indipendenza dalla Gran Bretagna.

10 DICEMBRE 1929

Thomas Mann riceve il premio Nobel per la letteratura per il romanzo *I Buddenbrook*.



Thomas Mann

15 DICEMBRE 1939

Il film "Via col vento", tratto dal romanzo di Margaret Mitchell, viene proiettato per la prima volta negli Stati Uniti.



Clark Gable: Rhett Butler
Vivien Leigh: Rossella O'Hara

Dicembre e le sue storie...

*Il poco che so lo devo alla mia
ignoranza.*

Sacha Guitry, Toutes reflexions faites

11 DICEMBRE 1941

Italia e Germania dichiarano guerra agli Stati Uniti.

24 DICEMBRE 1968

William Anders, Frank Borman e James Lovell, astronauti americani, sono i primi a compiere il primo volo orbitale intorno alla Luna. La corsa al primato nella conquista dello spazio tra Usa e Unione Sovietica passa agli americani.



Da sinistra William Anders,
Frank Borman e James Lovell

22 DICEMBRE 1975

La Svezia si aggiudica per la prima volta la Coppa Davis battendo per 3 a 2 la Cecoslovacchia.



Soyuz 7

10 DICEMBRE 1982

La Soyuz 7, astronave russa, dopo 112 giorni di permanenza nello spazio fa ritorno sulla Terra. Si è trattato del più lungo viaggio nello spazio effettuato sino ad allora.

25 DICEMBRE 1989

In Romania il capo di Stato Ceaucescu viene giustiziato insieme alla moglie Elena.

29 DICEMBRE 1989

Vaclav Havel, scrittore ed esponente per il movimento per i diritti civili, viene eletto in Cecoslovacchia presidente della Repubblica.

10 DICEMBRE 1979

Il premio Nobel per la pace viene conferito a Madre Teresa di Calcutta.

21 DICEMBRE 1991

Si scioglie definitivamente l'Unione delle repubbliche socialiste sovietiche (URSS) e vede la luce la Comunità degli Stati Indipendenti (CSI).



25 DICEMBRE 1997

Muore il regista Giorgio Strehler. Era stato il fondatore del Piccolo teatro di Milano.



Giorgio Strehler



Madre Teresa di Calcutta



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.

Istituto europeo di oncologia

Oncologia toracica

Milano, 16 dicembre

Presidente: prof. Lorenzo Spaggiari

Argomenti: nella prima parte della giornata verranno trattate le più moderne tecniche chirurgiche mini-invasive ed i nuovi aspetti terapeutici offerti dalla moderna oncologia mediante l'uso di farmaci biologici per la cosiddetta target therapy, nonché l'uso dei vaccini per il trattamento del tumore polmonare non microcitoma. Nella seconda parte verranno evidenziate le attuali possibilità di diagnosi e terapia che offre la pneumologia interventistica oncologica dall'acquisizione del materiale biologico utile per la diagnosi cito/istologica e per l'analisi molecolare sino alle tecniche di endoscopia rigida operativa

Informazioni: Segreteria Organizzativa ieoedu.eventi@ieo.it, tel. 02 49542901, sito web: www.ieo.it

Percorsi clinico - assistenziali e profili di assistenza ospedaliero - territoriali

Reggio Emilia, 16-17 dicembre, Arcispedale S. Maria Nuova

Presidente: dott. Giorgio Mazzi

Coordinatore Scientifico: dott. Giuseppe Cassetti

Alcuni argomenti: selezione dei pazienti e indicazioni all'intervento, accreditamento e qualità in day surgery, mal practice, gestione delle liste d'attesa e delle priorità cliniche, alla ricerca del miglior percorso clinico-assistenziale, ascoltare e comunicare con il paziente

Informazioni: Segreteria Scientifica Day Surgery Multidisciplinare, Ospedale S. Maria Nuova, Viale Risorgimento, Reggio Emilia, tel. 0522 296778, e-mail: cassetti.giuseppe@asmn.re.it

Segreteria Organizzativa: P & P S.r.l., Viale Sarca 41, Milano, tel. 02 66103598, Marco Pietri, e-mail: m.pietri@pep-congressi.it, fax 02 66103840

Ecm: ottenuti crediti per n. 150 professionisti



Psichiatria forense dell'età evolutiva

Roma, gennaio 2012

Direttore: prof. Ugo Sabatello

Obiettivi: il master si propone di realizzare un percorso formativo finalizzato a fornire una preparazione di alto livello nel settore della psichiatria forense dell'età evolutiva

Alcuni argomenti: psicologia della genitorialità, rischio suicidario e fenomeni di autolesionismo nei giovani, maltrattamento e abuso, devianza in età evolutiva, valutazione del danno psichico in età evolutiva

Informazioni: Segreteria Didattica tel. 06 44712252, sito web: www.uniroma1.it/studenti/laureati/master, e-mail: federicadisanto@gmail.com, federica.reale@tin.it, ornella.nardini@uniroma1.it

Medicina biologica funzionale

Chieti, a.a. 2011-2012

Direttore: prof. F. Caciagli

Obiettivi: sviluppo di conoscenze avanzate e specialistiche sugli aspetti principali delle cosiddette medicine non convenzionali, come riconosciute dalla Federazione Italiana degli Ordini dei Medici, secondo un'ottica d'integrazione con i fondamenti della cosiddetta medicina convenzionale

Destinatari: laureati in medicina e chirurgia, odontoiatri, farmacisti, veterinari

Informazioni: Dipart. Scienze Biomediche Univ. G.D'Annunzio Chieti, Segreteria 0871 3554040, d.ssa Tiziana Ferrara, Pronto Soccorso P.O. SS. Annunziata, Chieti tel 0871 358224, 334 1531491

Ecm: riconosciuti 35 crediti formativi universitari

Società italiana di floriterapia

Floriterapia clinica

Bologna, 29 gennaio, 26 febbraio, 18 marzo, 15 aprile, 13 maggio, 3 giugno

Obiettivi: il Corso si propone di fornire al medico le evidenze scientifiche e le competenze per l'efficace gestione con la floriterapia dei disturbi emotivi, psicosomatici e somatopsichici nella pratica clinica, della medicina di base e specialistica. Finalizzato all'immediata applicazione, si svolge attraverso lezioni frontali, case-study, role-play e supervisioni cliniche

Informazioni: Segreteria Organizzativa Società Italiana di Floriterapia, tel. 051 441020, 333 3857130, e-mail: info.sif@libero.it

Ossigeno terapia iperbarica

Bologna, 17 dicembre, Istituto ortopedico Rizzoli, Centro di ricerca Codivilla Putti, Via di Barbiano 1/10

Argomenti: lezioni magistrali, ossigenoterapia in ortopedia, ossigenoterapia in otorinolaringoiatria, ossigenoterapia riparazione tissutale, poster interattivi con la platea, prove pratiche in collegamento video

Informazioni: Segreteria Scientifica dott. Ferruccio Di Donato, Centro Iperbarico Bologna, tel. 051 6061240, fax 051 0544698, e-mail: info@iperbaricobologna.it, sito web: www.iperbaricabologna.it

Segreteria Organizzativa: Athena21 srl, Strada Maggiore 22, Bologna tel. 051 6569199, fax 051 225310, e-mail: info@athena21.it

Ecm: inoltrata richiesta ecm per medici di base, specialistici, infermieri

Associazione medici agopuntori bolognesi

Agopuntura e medicina tradizionale cinese

Bologna, 17 dicembre, Ordine dei medici e chirurghi

Direttore: dott. Carlo Maria Giovanardi

Durata: 4 anni, lezioni teorico-pratiche annuali che si svolgono in 8 weekend. Tirocinio clinico pratico presso strutture pubbliche e possibilità di stage presso ospedali e università cinesi

Titolo rilasciato: Attestato Italiano della Federazione Italiana delle Società di Agopuntura

Destinatari: Laureati in medicina e chirurgia ed odontoiatri

Informazioni: www.amabonline.it, tel. 340 9553985

Ecm: Crediti formativi richiesti



Tumori del pancreas localmente avanzati

Roma, 10-11 febbraio, Policlinico A. Gemelli, Università Cattolica del Sacro Cuore

Presidenti: prof. G.B. Doglietto, prof. G. Costamagna, prof. C. Barone

Informazioni: **Coordinatore Scientifico** prof. S. Alfieri, email: s.alfieri@rm.unicatt.it, segr_chirdig@rm.unicatt.it, tel. 06 30155133, fax 06 30156579, sito web: www.chirurgiadigestiva.it

Agopuntura e medicina tradizionale cinese

Roma, 17 dicembre, Istituto Paracelso

Struttura: Corso quadriennale con tirocinio assistito presso il centro clinico Paracelso per un totale di 560 ore/lezione. Frequenza: mensile per le lezioni teoriche nei week-end. Docenti: della scuola di Studi Superiori dell'Istituto Paracelso e dell'Accademia di MTC di Pechino. Attestato: rilasciato a fine corso congiuntamente dall'A.O. San Giovanni Addolorata e dalla Scuola di Studi Superiori dell'Istituto Paracelso, permette l'iscrizione nei registri di agopuntura degli ordini dei medici

Requisiti per l'ammissione: laurea in medicina e chirurgia

Informazioni: **Segreteria** tel. 06 5816592, email: istpar@tin.it, sito web: www.istitutoparacelso.it

Ecm: accreditamento ecm

Riabilitazione equestre

Firenze, febbraio 2012

Scadenza iscrizioni: 20/12/2011

Il Master fornisce la preparazione neuropsichiatrica, neuropsicologica, riabilitativa e l'equitazione necessaria per la formazione delle competenze proprie della figura professionale del coordinatore tecnico di riabilitazione equestre: impianto, organizzazione, gestione operativa di Centri di re, direzione, conduzione, verifica dell'attività di re. Durata biennale, 590 ore, crediti 90, esenzione dall'obbligo acquisizione ecm per il biennio, posti disponibili 30. L'accesso è consentito a coloro che possiedono una Laurea triennale e la patente Fise B o una competenza certificata nelle tre andature

Informazioni: sito web: www.unifi.it; Segreteria Scuole Specializ. e Master: tel. 055 4598771-775-767, fax 055 4598928, e-mail: scuospec@adm.unifi.it; prof.ssa Anna Pasquinelli, d.ssa Claudia Mannini: tel. 055 4298431, 055 4298425, 347 5398994, fax 055 4298432, e-mail: pasquinelli@neuro.unifi.it, sito web: www.associazione-lapo.it

Università degli studi di Bologna

Endoscopia avanzata

Bologna, gennaio 2012

Direttore: prof. Giancarlo Caletti

Argomenti: ecografia endoscopica diagnostica e operativa, endoscopia operativa delle vie biliari e pancreatiche, diagnosi e terapie endoscopiche delle urgenze emorragiche, terapie endoscopiche delle neoplasie iniziali e palliazione di quelle avanzate, utilizzo degli strumenti avanzati per endoscopia, sedazione e rianimazione in endoscopia

Scadenza domande: il termine per la presentazione delle domande è il 16/12/2011

Informazioni e iscrizioni: e-mail: giancarlo.caletti@unibo.it, g.caletti@ausl.imola.bo.it, tel. 051 6955224, fax 051 6955206, sito web: www.unibo.it, www.gastroenterologiaunibo.it

Medicina manuale

Roma, 23-27 gennaio, Hotel Kaire, Via Maffeo Vegio 18

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

Argomenti: Neurofisiopatologia del dolore.eziopatogenesi del blocco. Semeiotica segmentale di Maigne e Sell. Mobilitazione probatoria e manipolazione mirata. Tecniche diagnostiche e terapeutiche manuali di base per il rachide cervicale, dorsale e lombare e le articolazioni costo-trasversarie e sacro-iliache

Informazioni: Sig.ra Jacopa Fiatti, tel. 339 5217169, fax 06 233238126, email: info@medicinamanuale.it, sito web: www.medicinamanuale.it

Ecm: riconosciuti crediti ecm



Società italiana di linfologia oncologica

San Lazzaro (BO), 16-17 dicembre, Holiday Inn Le Siepi

Presidenti del Congresso: dott. Daniele Aloisi, d.ssa Carmela Sigari

Obiettivo: il linfedema degli arti rappresenta una condizione patologica ad andamento evolutivo, con esiti invalidanti, sia sul piano fisico che psicologico. L'approccio diagnostico-terapeutico a questa patologia è tuttora molto eterogeneo, anche per la mancanza di evidenze scientifiche di rilievo e di linee-guida condivise. Il congresso si propone di promuovere lo sviluppo e la ricerca nel campo della linfologia oncologica, riunendo cultori della materia di diverse professionalità, nell'ottica di un concreto spirito di confronto e di collaborazione

Destinatari: medici, infermieri, fisioterapisti, psicologi, tecnici ortopedici, dietisti

Informazioni: Segreteria Organizzativa ADB Eventi&Congressi, Via S. Felice 38, Bologna, tel. 051 0959160, fax 051 0959164, sito web: www.adbcongressi.it, sito web: www.linfologiaoncologica.it

Ecm: in fase di accreditamento

Vaccini e strategie di vaccinazione

Firenze, 10- 12 febbraio, 10- 12 marzo, 14- 16 aprile, 12- 14 maggio, Dipartimento di Sanità Pubblica, Università degli Studi

Direttore: prof. Paolo Bonanni

Struttura: il Corso si articola in 4 moduli che affrontano tutte le tematiche legate alle vaccinazioni, ciascuno della durata di 3 giorni, per un totale di 80 ore di frequenza. Sono previste lezioni, esercitazioni, seminari e tavole rotonde

Scadenza domande: entro dicembre 2011

Informazioni: d.ssa Giovanna Pesavento, e-mail: giovanna.pesavento@unifi.it, tel. 055 4598542

Ecm: è stato richiesto accreditamento ecm

Medicina estetica e del benessere

Pavia, 23 gennaio, Fondazione Salvatore Maugeri, Via Salvatore Maugeri 4

Requisiti di ammissione: laurea in medicina e chirurgia, abilitazione all'esercizio della professione, iscrizione all'ordine professionale

Scadenza domande: 19 dicembre 2011

Alcuni argomenti: il Master, a carattere biennale, tratterà di aspetti generali della medicina estetica e discipline propedeutiche, dermatologia e cosmetologia, termalismo, flebo linfologia, cura della silhouette, tecnologie in medicina estetica

Informazioni: Segreteria Organizzativa Sig.ra Floriana Cazzola, Fondazione Salvatore Maugeri, Clinica del Lavoro e della Riabilitazione, Segreteria Master Biennale in Medicina Estetica e del Benessere, Via Salvatore Maugeri 4, 27100 Pavia, tel. 0382 592225, cell 366 5091688, sito web: <http://plasticaticinensis.it>

Malattia varicosa e fleb winter farm

Napoli, 16 dicembre, Stazione Zoologica Anton Dohrn

Organizzatore: prof. Michele del Guercio

Struttura: corso teorico pratico sul trattamento della malattia varicosa con scleroterapia e scleromousse

Alcuni argomenti: criteri di selezione con eco-color-doppler dei pazienti per il trattamento con eco-sclerosi, scelta dello sclerosante migliore, scleroterapia post-stripping, varici recidive, trattamento delle varici reticolari o dermiche, scleroterapia con trans-illuminatore veno-lite

Informazioni: Segreteria Organizzativa Solaria Service, Via Posillipo 316, 80123 Napoli, tel. 081 2466193-94, fax 081 2403698, e-mail: nunzia@solariaservice.com, sito web: www.solariaservice.com

Università Politecnica delle Marche

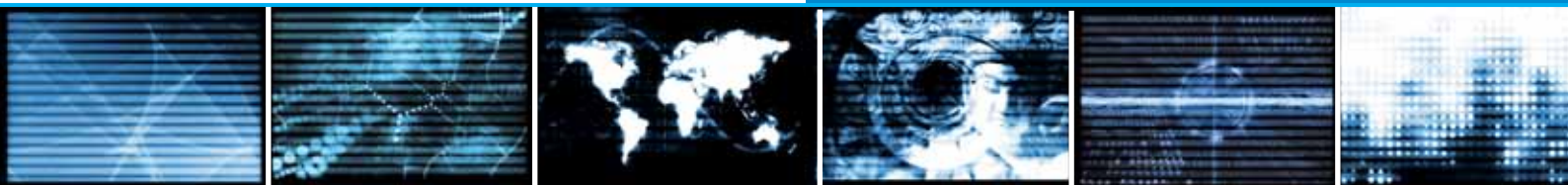
Nutrizione e dietetica on-line

Ancona, a.a. 2011-2012, Polo Monte Dago, Via Brecce Bianche

Scadenza iscrizioni: 31 dicembre 2011

Informazioni Segreteria Organizzativa: Dip. Scienze Cliniche Specialistiche ed Odontostomatologiche, sito web: www.funiber.it, 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



a cura di Maurizio Zomparelli

Dieci gli anni previsti per la produzione industriale di sangue artificiale ottenuto da cellule staminali adulte del midollo umano: questo è emerso dai ricercatori della Edinburgh University. La ricerca consentirebbe soprattutto di utilizzare sangue del gruppo 0 negativo, presente solo nel 7% della popolazione mondiale.

Sulla rivista Nature Nano Technology, un gruppo di ricercatori del Massachusetts Hospital di Boston ha pubblicato una ricerca sperimentale sul tessuto cardiaco, utilizzando dei nano fili d'oro. La ricerca ha evidenziato notevoli vantaggi sulla contrattilità muscolare cardiaca, oltre ad una maggiore produzione di troponina 1 e connessina 43 che giocano un ruolo determinante nel legame del Ca e della stessa contrattilità. Lo studio può avvalorare l'utilizzo dei nano fili d'oro sia per i tessuti cardiaci colpiti da infarto, sia per quello del cervello e del midollo spinale.

Uno studio sperimentale su topi dell'Università di Tokyo - diretto da Keiko Abe e pubblicato su Bioscience, Biotechnology e Biochemistry - ha evidenziato che l'utilizzo di sciroppo d'acero, come dolcificante od in sostituzione di piccole quantità di carboidrati, migliora i valori di AST, ALT ed LDH.

Il nostro ministro della Sanità in accordo con la direzione dell'I.S.S. sta varando nuove linee guida per rendere più efficaci i controlli nelle neonatologie riguardo il contagio e la trasmissione della Tbc.

Uno studio dell'università giapponese di Fukuoka pubblicato su Neurology, effettuato su 1017 pazienti di almeno 60 anni sottoposti al test di intolleranza al glucosio e seguiti per 11 anni, ha diagnosticato 232 casi di Alzheimer nei soggetti affetti da diabete. Questo porterebbe a considerare che il diabete è uno dei fattori di rischio della stessa patologia.

Una pubblicazione del Nutrition & Health Journal riferisce che l'utilizzo di cereali a colazione, tutti i giorni, riduce il fattore di rischio d'ipertensione del 20%. Lo studio multicentrico è stato effettuato su 13.368 soggetti maschi adulti con un follow-up di 16 anni circa.

Uno studio pubblicato sul New England Journal of Medicine ha dimostrato una sensibile riduzione di casi di recidiva del cancro della mammella in stadio precoce somministrando l'acido zoledronico, un bifosfonato, in aggiunta alla terapia standard.

Dall'Imperial College di Londra un gruppo di chirurghi vascolari ha elaborato una tecnica per operare le vene varicose utilizzando ed iniettando una schiuma al posto del laser. I risultati, del tutto simili alla tecnica con il laser, consentono di ridurre i costi di quattro volte. Lo studio è stato presentato al congresso della Società di chirurgia vascolare di Atene.

Un lavoro pubblicato su Critical Care e svolto a S. Paulo (BRA) presso l'Heart Institute dell'Università, ha evidenziato che la somministrazione della dobutamina in soggetti sottoposti ad interventi di cardiocirurgia aumenta il rischio di mortalità di 2,3 volte e di 2,7 di disfunzione renale.

Si chiama Ergometro, è un nuovo attrezzo progettato dalla facoltà di Scienze Motorie di Milano ed illustrato sul Journal of the American College of Cardiology. Consente un'efficace riabilitazione per i pazienti cardiopatici (simile ad una cyclette); non sovraccarica lo sforzo durante la riabilitazione motoria in questa tipologia di pazienti.

Una ricerca pubblicata sul Journal of American College of Cardiology ha dimostrato che bassi livelli nel sangue di vitamina D comportano un significativo aumento di rischio di malattie cardiovascolari e che la somministrazione della stessa, in prevenzione, ne riduce l'incidenza.

Rischio cardio-metabolico e la sua gestione

di Enzo Gallo

Calcolare i vari rischi a cui si va incontro durante la vita, è un'ottima prevenzione per evitare complicazioni sicure. Per un'attenta valutazione del danno cardiovascolare globale del paziente diabetico, bisogna in primis valutare numerosi fattori: età, sesso, familiarità per coronaropatia, attività fisica, fumo, peso corporeo etc. Dunque, è necessario attenersi ad alcuni studi utilizzati per le nuove note della CUF. Per il calcolo del rischio globale può essere indicato eseguire una stratificazione semiquantitativa del rischio che identifichi, in una maniera più semplice, gli individui ad alto rischio. Il dottor Um-

berto Alecci, presidente regionale Simg, ha parlato all'università di Catania, di prevenzione e cura, sviscerando dati molto significativi sui rischi cardio-metabolici. Tale impostazione agevola l'immediatezza delle decisioni terapeutiche e al tempo stesso tiene conto di alcuni parametri di rischio specifici per i pazienti diabetici (compenso metabolico, livelli di trigliceridemia e/o HDL colesterolo, micro e macroalbuminuria). Pertanto i pazienti diabetici sono da considerare a rischio cardiovascolare elevato (probabilità di sviluppo di evento cardiovascolare in 10 anni >20%): in prevenzione primaria quelli con età >55 a. + 1 fattore di rischio, età tra 45 e 54 a. + 2 fattori di rischio, età tra 35 e 44 a. + 3 fattori di rischio.

Quelli maggiormente da prendere in considerazione sono: colesterolo LDL >115mg/dl o colesterolo totale >190 mg/dl; trigliceridi >150 mg/dl o HDL colesterolo <40 mg/dl; pressione arteriosa >130/85 mmHg; fumo da tabacco; micro e macroalbuminuria; iperglicemia (HbA1c >7.5%) o instabilità della glicemia; anamnesi familiare positiva per malattie cardio-va-

scolari (vedi valutazione fattori di rischio).

Per quanto concerne invece la valutazione della malattia cardiovascolare asintomatica nei pazienti diabetici, più che nei soggetti non diabetici, è importante prevedere la valutazione del rischio cardiovascolare globale e riuscire a svelare l'eventuale presenza di forme subcliniche di malattia cardiovascolare che sono molto più frequenti che negli individui non diabetici. Pertanto, per la diagnosi della malattia cardiovascolare subclinica e una migliore valutazione del rischio cardiovascolare, tutti i soggetti diabetici devono eseguire, indipendentemente dal livello di rischio, almeno 1 volta l'anno: esame polsi periferici e soffi; ECG a riposo (se età >30 anni o durata >10 anni o con macroalbuminuria); misurazione delle pressioni distali (Indice di Winsor: rapporto pressione arteriosa caviglia/braccio). Nei diabetici a rischio elevato (20%) sarebbe opportuno eseguire anche ecodoppler carotideo; ecodoppler arti inferiori (se Indice di Winsor <0.80 o arterie incompressibili); ECG da sforzo* o scintigrafia da sforzo o con stress farmacologico o ecocardio-

Modelli organizzativi

La costruzione di un modello efficace per la gestione del rischio cardiovascolare nei pazienti diabetici necessita di alcune premesse irrinunciabili: l'adozione di linee guida scientifiche; la formulazione di linee guida organizzative da decidere ed applicare a livello locale; l'istituzione di un "board multidisciplinare".

Il modello più efficace è certamente quello in cui il paziente è al centro di un *sistema integrato* di cure (al cui interno egli è stato inserito da uno qualsiasi degli operatori sanitari) e nel quale egli usufruisce di servizi di diagnosi (per la stratificazione del rischio) e di cure (farmacologiche e educazionali) erogate dalle strutture di 1°, 2° o 3° livello, ognuno col "proprio standard di competenza".

Ogni livello deve coinvolgere nel processo di cura il livello inferiore o superiore, a seconda delle necessità. La struttura coinvolta risponde alla richiesta di assistenza, consapevole del proprio ruolo e della propria funzione e nel rispetto delle linee guida condivise. La componente più importante di tale sistema integrato di assistenza è proprio il paziente, che ha la responsabilità di una gestione consapevole del problema e di sottoporre la propria condizione clinica ad un monitoraggio continuo. La formazione del paziente all'autogestione è parte integrante della strategia di prevenzione. •



Farmaci antimicrobici, i composti “ad azione locale”

di Walter Pasini

Stanno assumendo crescente importanza sul piano dell'utilizzo e della prescrizione medica, i farmaci “generici”, commercializzati a basso costo a seguito del termine delle scadenze di brevetto concesse ai farmaci originali. Autorità regolatorie quali l'EMA hanno realizzato linee-guida illustranti le condizioni per le quali i farmaci generici possono essere considerati interscambiabili, “equivalenti” sul piano terapeutico, rispetto ai prodotti originatori. Per i farmaci che esercitano azioni terapeutiche di tipo sistemico, la documentazione di interscambiabilità richiede valutazioni farmacocinetiche comparative nei volontari sani. In certi casi però, l'assorbimento sistemico non viene ricercato, ma viene al contrario considerato un effetto indesiderato. E' il caso per esempio di antibiotici ad uso topico intestinale come la rifaximina alfa, utilizzata nel trattamento della maggior parte delle forme batteriche di diarrea del viaggiatore ed altre importanti malattie dell'apparato digerente. La rifaximina deve esercitare la sua azione antibatterica

all'interno del lume intestinale e la caratteristica della non-assorbibilità consente di raggiungere alte concentrazioni all'interno del lume intestinale riducendo il rischio di resistenze e di effetti collaterali. In occasione del 35° Congresso Nazionale della Società Italiana di Farmacologia, svoltosi a Bologna dal 14 al 17 settembre 2011, il prof. C. Blandizzi della Divisione di Farmacologia e Chemioterapia dell'Università di Pisa ricordava che quando si sviluppano prodotti generici di antibiotici somministrabili per via orale e che devono agire localmente, il cambiamento delle proprietà fisico-chimiche dei componenti attivi e di quelli non-attivi può influenzare significativamente l'assorbimento e pertanto i profili di efficacia e di sicurezza dei prodotti generici che pertanto non possono venir considerati interscambiabili con i prodotti originari. Per rimanere nell'esempio di cui sopra, il prof. C. Scarpignato del Laboratorio di Farmacologia clinica, Divisione di Gastroenterologia, dell'Università di Parma, nell'ambito dello stesso Congresso nazionale, sottolineava come la rifaximina allo stato

solido può presentarsi sia in forma amorfa che cristallina, assumendo in tal caso cinque forme polimorfiche (alfa, beta, gamma, delta ed epsilon). Il polimorfismo consiste nella capacità dei componenti nello stato solido di esibire differenti disposizioni e conformazioni delle molecole nel reticolo cristallino. Esso può avere notevole influenza sulla qualità ed efficacia del prodotto in termini di stabilità, dissoluzione e bio-disponibilità. Mentre il prodotto originale contiene la forma polimorfa alfa dotata delle proprietà di scarso o nullo assorbimento intestinale, i prodotti generici in commercio non specificano le forme polimorfe di cui sono composti, e potendo contenere altre forme polimorfe caratterizzate da percentuali maggiori di assorbimento intestinale potrebbero comportare il rischio di produrre resistenze ed effetti indesiderati. La forma amorfa e le altre forme polimorfe di rifaximina differiscono infatti dalla forma polimorfa alfa in termini di proprietà fisico-chimiche e biodisponibilità sistemica. I dati clinici ottenuti col prodotto originale, rifaximina polimorfo alfa, sup-



portati da oltre 400 trials clinici, non possono pertanto venir traslati “sic et simpliciter” ad altre forme polimorfe di rifaximina, che possono mostrare un assorbimento imprevedibile. L'esempio citato vale per altri prodotti di cui esistono prodotti generici, ad esempio nel campo dermatologico.

Tutta la materia è comunque sotto le competenze dell'Autorità Regolatoria Europea (EMA) che prevede per i farmaci generici lo stesso rigore che richiede ai nuovi farmaci in termini di efficacia e sicurezza prima di emettere una licenza o patente di assimilabilità o interscambiabilità, prevedendo la conduzione di studi clinici atti a dimostrare la reale equivalenza in termini di sicurezza ed efficacia per la salute del paziente e per la salute pubblica, in particolare per i cosiddetti “prodotti ad azione locale” (1). •

(1) European Agency for the Evaluation of Medicinal Products (1995) Clinical requirements for locally applied, locally acting products, containing known constituents. CPMP/EWP/239/95.

http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2009/09/WC500003687.pdf



Inseminazione artificiale, negli Usa nasce un problema

di Ezio Pasero

Priamo, ci ha raccontato Omero, aveva cinquanta figli. E poco o nulla sappiamo delle madri, visto che solo Euripide sosteneva che fossero stati tutti incredibilmente partoriti da Ecuba, la seconda moglie del re di Troia. Nell'universo ora messo a soqquadro dell'inseminazione artificiale negli Stati Uniti, invece, è dei padri che non si sapeva nulla. E in questo universo, in ogni caso, Priamo avrebbe fatto la figura del dilettante, almeno a giudicare dalla confessione in diretta che l'avvocato Ben Seisler, 33 anni, ha fatto recentemente a sua moglie su Style Network, una tv

via cavo di Los Angeles. "Cara", le ha detto, "devo confessarti che, mentre eravamo fidanzati, ho messo al mondo dei figli con altre donne". E quando lei, visibilmente turbata, gli ha chiesto quanti fossero questi figli, lui ha risposto: "Di sicuro, almeno 75. Ma secondo i miei calcoli dovrebbero essere tra i 120 e i 140, e finora sono più di 15 quelli che si sono messi in contatto con me chiedendomi di conoscermi". In realtà, tutto è cominciato undici anni fa, quando la signora Wendy Kra-

mer, una mamma single del Colorado, aveva deciso di aprire e mettere online il "Donor Sibling Registry" (sibling in inglese significa fratellastro), cioè una specie di gigantesco database in grado di mettere in contatto i bambini concepiti con l'inseminazione artificiale tra di loro e con i loro padri biologici. Questi ultimi sono molto spesso studenti che si mantengono agli studi donando il loro seme alle "banche" di cliniche che realizzano in questo modo profitti enormi. Anche per-

Il rischio che eventuali malattie genetiche si diffondano più facilmente tra la popolazione

ché, a differenza di quanto accade nei paesi europei dove l'inseminazione artificiale è consentita, negli Stati Uniti finora non è stato fissato alcun limite al numero di volte in cui può essere utilizzato il seme di uno stesso donatore. Anche per l'avvocato Seisler era andata così: per pagarsi gli studi di legge presso la George Mason University, in Virginia, aveva donato il proprio seme alla "Fairfax Cryobank", che lo retribuiva con 150 dollari a prelievo. La sua identità era protetta per motivi di privacy, come quella di tutti i donatori, che sono però identificabili attraverso un numero di registro. Ed è proprio questo numero che, inserito nel database creato da Wendy Kramer, consente di verificare se ci sono delle corrispondenze, cioè in pratica quanti bimbi sono stati concepiti con il seme dello stesso padre biologico. In questo modo, a una donna single di Seattle, di nome Sharon, mamma di una bambina di sette anni e di un maschietto di quattro, è bastato inserire nel registro il numero del donatore grazie al quale li aveva concepiti, il numero 2149, per scoprire quanti fratellastri avessero in realtà i suoi figli. E, attraverso una corrispondenza email filtrata dalla banca del seme, è riuscita anche a mettersi in contatto con l'avvocato Seisler, che ha poi accettato di incontrare e conoscere i due bambini. Ancora più scioccante il caso della signora Cynthia

Daily, un'assistente sociale di Washington che ora ha 48 anni e che insieme al suo partner aveva deciso sette anni fa di utilizzare il seme di un donatore per mettere al mondo un figlio che altrimenti non avrebbe mai avuto. Utilizzando a sua volta il registro creato dalla signora Kramer, Cynthia Daily ha dato vita a un gruppo online di figli dello stesso donatore, che sono diventati finora, ma il numero è in continua crescita, la bellezza di 150. Molte famiglie di questi bambini ora si incontrano, hanno organizzato di fare le vacanze insieme, e, a detta della signora Daily, "è incredibile quanto questi bimbi si somiglino, sembrano tutti uguali". Sulla scia del-

Fissare per legge il numero di volte in cui è consentito utilizzare il seme di uno stesso donatore

la sua iniziativa, sono ormai una cinquantina negli Stati Uniti le comunità online di fratellastri figli di uno stesso donatore. E il problema della somiglianza fisica tra di loro è, ovviamente, il problema minore. Il timore che si sta facendo strada tra i genitori, i medici e gli stessi donatori di seme è piuttosto quello delle possibili conseguenze negative di questo tipo di concepimento privo di regole, sia da un punto di vista clinico che etico. Da un lato, infatti, c'è il rischio che eventuali malattie genetiche si diffonda-

no più facilmente tra la popolazione. Dall'altro, soprattutto in piccole città, quello di incesti tra inconsapevoli fratellastri e sorellastre che vivono gli uni vicino agli altri. "Mia figlia conosce il numero del suo padre naturale proprio per questi motivi", ha dichiarato sul sito di una delle comunità online di fratellastri una signora californiana che era ricorsa all'inseminazione artificiale. "Nella sua scuola, infatti, lei vive a contatto con numerosi coetanei nati proprio nello stesso modo".

La pubblicità data a questi e agli altri casi più clamorosi ha dato ovviamente il via a critiche e polemiche che si stanno facendo sempre più aspre. Alcune riguardano gli enormi profitti che molte cliniche della fertilità stanno facendo utilizzando senza limiti il seme dei donatori più "gettonati", visto che questo sistema consente a chi vi fa ricorso di scegliere il colore della pelle e persino degli occhi o dei capelli del potenziale padre naturale. Così, aumentano le richieste di fissare per legge il numero di volte in cui è consentito utilizzare il seme di uno stesso donatore. Negli Stati Uniti, infatti, questo limite non esiste. Ci sono solo le raccomandazioni della American Society for Reproductive Medicine, che suggeriscono di limitare a 25 il numero di concepimenti di uno stesso donatore in una comunità di 800 mila persone. Debora Spar, preside del Barnard College affiliato alla Columbia University, che ha scritto il libro "Il Baby business: come i soldi, la scienza e la politica guidano il commercio del concepimento", è assolutamente drastica: "Ci sono più regole per acquistare un'automobile usata che del seme per la riproduzione", sostiene. "Nel primo caso il venditore non può rifilarti un bidone e deve anche darti tutte le informazioni sulla storia dell'auto, ma tutte queste regole finora nell'industria della fertilità non esistono". •



Libri ricevuti

di G. F. Barbalace



Le decisioni di fine vita

Le riflessioni sulla vita terminale fatte da Giuseppe Battimelli riguardano un argomento che ha dato origine ad un ampio dibattito nell'opinione pubblica, nelle aule parlamentari e tra le varie correnti filosofiche e del diritto. Due principi antitetici vengono contrapposti: l'etica della qualità della vita e l'etica della sacralità della vita. Principi che, se non sono affrontati

con il dovuto equilibrio e la necessaria saggezza, rischiano di trasformarsi in idolatrie: l'una che assolutizza il soggettivismo e l'individualismo, l'altra che estremizza la vita del corpo per farne un totem od un simulacro da salvare ad ogni costo. Questo opuscolo, in aderenza al magistero della Chiesa, ma senza scadere in interpretazioni confessionali, fornisce molte equilibrate riflessioni sul principio di autonomia, sulla qualità e la sacralità della vita, sul consenso informato e su molti altri argomenti.

Giuseppe Battimelli

"Le decisioni di fine vita"

Stampa Tipolitografia Tirrena, Cava dei Tirreni (SA) - pp. 55



La malasorte

Per aver denunciato nel 2000 alla Procura della Repubblica di Benevento, assieme ad altri sindacalisti, le irregolarità nei pagamenti dovuti a diversi centri sanitari privati, Pierluigi Partenio viene inquisito e, nel luglio del 2010, finisce in carcere, dove viene sottoposto a diversi provvedimenti disciplinari e anche all'isolamento per uscirne, dopo alcuni mesi, assolto con

formula piena. Questa esperienza lo fa meditare sulla vita nel carcere, sul suo caso giudiziario, sui rischi della professione medica e su come l'attività di un sanitario scrupoloso sia sempre in bilico fra coscienza e codice penale. Stando a contatto con detenuti per i più vari reati, viene a conoscenza di numerose irregolarità commesse da amministratori e magistrati del Sannio.

Dalle osservazioni e dalle testimonianze riportate ne risulta un interessante libro denuncia.

Pierluigi Partenio

"La malasorte"

Edizioni L'Altra voce - pp. 109, € 5,00

La vita è un puzzle

Giovanni Ruffini, figlio di un verseggiatore in dialetto bolognese, ed egli stesso autore di commedie di ambientazione emiliana, giunto ad "una certa età", con questa opera si volge indietro agli anni passati e ci racconta la sua vita ricca di avvenimenti e personaggi originali. Il racconto inizia logicamente dagli anni dell'infanzia in cui sono ricordati la fine del fascismo e il periodo della guerra. Seguono gli anni della scuola e degli studi universitari, le prime esperienze sentimentali, l'amore per la musica e gli spettacoli teatrali, poi la laurea, il matrimonio e, solo accennata, la professione medica. Le varie vicende, più che per fissare dei ricordi, sembrano scritte per meditare sull'uomo e i fatti della vita. Da questo racconto ne emerge una figura ricca di personalità, dotata di spirito umoristico e di saggio buon senso.

Giovanni Ruffini

"La vita è un puzzle"

Editografica, Rastignano (BO) - pp. 143, € 12,00



La nostra sessualità

La monografia sulla sessualità umana scritta da Bruto Maria Bruti si distingue per la chiarezza del linguaggio, l'ampiezza dell'indagine e la serietà degli intenti. A differenza di molti altri studi, questo testo pone l'accento sull'importanza dell'"amore autentico" (che soddisfa emotivamente ed affettivamente) in contrapposizione all'"amore disordinato" che considera il partner soltanto come oggetto di piacere e lascia gli amanti soli anche durante l'atto sessuale. Oltre all'ontogenesi del comportamento sessuale, le conferme dell'identità sessuale, le parafilie e le perversioni, il libro tratta molti argomenti che investono più o meno ampiamente la sfera sociale, come l'amore romantico, l'amore libero, il divorzio, le convivenze, l'omosessualità, la pedofilia nelle diverse chiese e nella legislazione olandese, il pudore, l'incesto, l'esibizionismo, lo gnosticismo e i movimenti gnostici di massa volti alla distruzione della famiglia.

Bruto Maria Bruti

"La nostra sessualità"

Sugarco Edizioni, Milano - pp. 163, € 15,50



Se... la psiche parla alla cute e se... la cute agisce nella psiche: osservazioni ed esperienze...



La monografia, di Anna Maria Iannaccone e Stefano Iurassich esamina, sotto un'ottica nuova, le patologie della cute, protezione esterna e principale connotazione estetica e relazionale dell'individuo, che è originata dallo stesso "foglietto germinativo" del sistema nervoso e conserva con esso, per tutta la vita, delle connessioni privilegiate.

Il lavoro si incentra infatti sulle numerose dermatopatie, nelle quali si rileva l'impronta psichica e sui molti disturbi psichici, che si ancorano o si neutralizzano in alterazioni della cute. È questo un campo di ricerca che ha dato origine ad una nuova scienza: la psiconeuroendocrinoimmunologia, della quale vengono qui fornite le notizie sugli approcci teorici e sui modelli di intervento, ancora trascurati dagli attuali percorsi informativi, che risulteranno di grande utilità anche per i medici di altre discipline.

A.M. Iannaccone, S. Iurassich

**"Se... la psiche parla alla cute e se...
la cute agisce nella psiche:
osservazioni ed esperienze"**

Cooperativa Libreria Universitaria, Genova - pp. 279



Un'altra vita

Le liriche di Giovanna Campo, raccolte in questo volumetto, tracciano il percorso emotivo della presa di coscienza di una donna che ha saputo ribellarsi e sottrarsi ad una dolorosa condizione di violenza familiare. Una lunga serie di componimenti che esprimono, con poetica efficacia, i sentimenti di incertezza, sofferenza, paura e titubanza che hanno

oppresso l'animo di una donna vittima e quasi complice di questi soprusi, occupa gran parte del volume in un intenso susseguirsi di osservazioni e di minuziose analisi dei diversi stati d'animo. Nelle poesie finali, però, un inaspettato afflato lirico si apre all'improvvisa raggiunta libertà emotiva e alla ritrovata consapevolezza di sé.

Il libro verrà presentato nelle scuole medie e superiori di Milano nell'ambito di un progetto di informazione sulla violenza alle donne.

Giovanna Campo

"Un'altra vita"

Bastogi Editrice Italiana, Foggia - pp. 68, € 8,00

In breve

Ferdinando Lentini

L'EFFIMERO

È la storia avvincente di un professionista che, a causa di una grave malattia, si ritrova a meditare, senza moralismi, sulla caducità della vita e sui valori dell'etica e della spiritualità. Una bella storia d'amore e di affetti sinceri che fa meditare il lettore sulla bellezza del creato, sui rapporti fra le persone, sullo scopo della nostra esistenza in questo mondo e sulla consolazione della fede.

Pubblicato in proprio - Via S. Bernadette 57 - 00167 Roma

Paola Arcuri

QUEL BATTITO D'ALI

Le brevi poesie di questa raccolta cesellano con efficacia una gamma di sentimenti veritieri espressi con parole che sembrano sgorgare da una profonda indagine introspettiva. Il riaffiorare di un amore non dimenticato e il ricordo di affetti vissuti con intensità, sempre resi con un tu anonimo, a volte in forma femminile, favoriscono l'immedesimazione del lettore.

Albatros Il Filo, Roma - pp.70, € 11,50

Eugenio Morelli

IL CERVELLO UMANO E L'IMPONDERABILE

In questa raccolta di brevi commenti, l'eclettica mente del nostro autore si sofferma con metodica insistenza sulla percezione extrasensoriale di ciò che è imponderabile e imprevedibile. Nell'alternativa tra ciò che si vuole e ciò che si subisce, il suo sospetto è che gli uomini siano portati a vacillare considerando soltanto il prevedibile.

I tascabili di Cronache Italiane - pp. 36, € 7,00

Giuseppe Ronzoni

POESIE E PROSA

Le poesie di questa raccolta, eleganti e dalle vaghe reminiscenze classiche, sembrano essere un lirico diario di esperienze di vita e di considerazioni sui cambiamenti sociali alternati a nostalgici ricordi del passato e alla descrizione delle bellezze della natura. Le pagine autobiografiche in prosa gareggiano in delicatezza con le liriche che le precedono.

Pubblicato in proprio, tel. 065691276, cell. 3280572825 - pp. 352

Giovanni Scribano

CUORE SEGRETO

Poesie miranti ad infrangere la caligine creata dalle illusioni del vivere che si frappone alla "sete di luce" del poeta il quale, con una sorta di alchimia delle parole, descrive il mondo e l'apatica indifferenza degli uomini con la fantasmagoria dei colori innalzando i versi fino all'immensità degli spazi siderali nell'intento di fuggire dalle terrene mediocrità umane.

Guido Miano Editore, Milano - pp. 70



Il medico che diventò Papa

Numerosi medici contemporanei e del passato sono oggi famosi in tutto il mondo più come letterati, musicisti, artisti, uomini di Stato, che non come grandi clinici o scienziati: molti ne ignorano addirittura la reale estrazione professionale e sono sorpresi nell'apprendere ad esempio che Anton Cechov fu anche un

medico di alto livello, che il musicista Aleksandr Borodin era professore di chimica all'Università di Pietroburgo. Medici erano anche il romanziere Archibald Cronin, l'eroe-guerrigliero Che Guevara, o Pietro Hispano che divenne papa Giovanni XXI...

In molti casi l'essere medico giovò sicuramente alla loro "seconda professione": Conan Doyle poté così creare con cognizioni mediche i personaggi di Sherlock Holmes e del dottor Watson, o Dino Risi e Oliver Sachs le trame e i protagonisti di film famosi. Un caleidoscopio avvincente di storie e vicende curiose di "Medici, ma non solo".

Luciano Sterpellone

"Il medico che diventò papa"

Società editrice internazionale, Torino – pp. 206, euro 13,50



L'orma di Ginolia

Parodia postmoderna della città ideale del Rinascimento, Ginolia - paese di sole donne con licenza di limitatissime aperture ai maschi interessati - accoglie il colto e sensibile libraio Nicolò. Condivideremo con lui, inizialmente diffidente, sospettoso, timoroso di scoprirsi quanto desideroso di essere stanato, un tragitto che (tra andirivieni, pause, momentanee ritrosie) somiglia a un labirinto. Un percorso al termine del quale il protagonista ritroverà se stesso: maturato, eppure ancora incompleto. E noi ameremo le sue sempre parziali scoperte, nonché i capovolgimenti inaspettati e le sorprese tenere, beffarde, che colorano la lettura fino al suo sorprendente epilogo.

Bernardo Baratti

"L'orma di Ginolia"

Mobydick editore, Faenza – pp. 176, euro 14,00



Malattia e Evoluzione

In questo testo, divulgativo ma scientificamente rigoroso, viene enunciato un nuovo paradigma di malattia che, coerentemente alle medicine di antiche culture, viene interpretata come un processo di regolazione, un tentativo di salvare la vita individuale e provvedere all'evoluzione della specie. L'uomo

che si ammala entra certamente in una sofferenza, ma può diventare altresì una opportunità di crescita fisica, emotiva e spirituale. Cogliere l'opportunità insita in ogni malat-

tia, dipende dalla possibilità umana di osservare la regolazione applicata e procedere coerentemente al senso indicato dalla malattia stessa. Il testo si rivolge a coloro che cercano una ragione per la propria malattia e ai loro medici. La cura infatti, oltre ad una tecnologia raffinata, necessita inesorabilmente di un principio di umanità. Questi due aspetti non sono affatto distanti e la medicina attuale prefigura un suo futuro luminoso coniugando alta tecnologia ad un preciso senso biologico.

Fabio Elvio Farelli

"Malattia e evoluzione"

Nuova Ipsa editore, Palermo – pp. 224, euro 24,00

Finito! 1945: l'avanzata degli americani nella valle padana e la resa dei tedeschi

Nel libro vengono rievocate le vicende belliche dopo la liberazione di Bologna (il 21 aprile 1945): da un lato la disordinata ritirata dei tedeschi, il tragico passaggio del Po con migliaia di annegati, la prigionia nel campo di Bellaria, la costruzione di un organo con materiale di recupero; dall'altro la "corsa" della 10ª Divisione di Montagna, addestrata originariamente alla guerra sulle montagne, nella pianura padana e l'abilità nell'attraversare il Po ed il lago di Garda. Il libro è corredato da 150 fotografie dell'epoca.



Ezio Trota

"Finito! 1945: l'avanzata degli americani nella valle padana e la resa dei tedeschi"

Edizioni Il Fiorino, Modena – pp. 112, euro 12,00

Dal bambino minaccioso al bambino minacciato

Rivolto ai professionisti dell'infanzia e a chi vuole comprendere la complessa realtà degli abusi all'infanzia, questo libro propone una rilettura di un fenomeno considerato come una patologia, spesso cronica, espressa dalle diverse forme cliniche; ne esamina le radici storico-culturali, transgenerazionali, familiari e individuali, delineandone una lettura psicodinamica; individua i fattori di rischio e di protezione; definisce gli obiettivi dell'intervento clinico, di tutela e giudiziario; indica le strategie di un intervento efficace, le metodologie diagnostiche, i percorsi terapeutici, dando ampio spazio ai metodi psicoterapeutici, in particolare al *gioco della sabbia* (sand play therapy). Un libro, completo e aggiornato, che indica le strategie di intervento clinico efficace per prevenire che i bambini abusati diventino adulti psicopatologici abusanti.



Francesco Montecchi

"Dal bambino minaccioso al bambino minacciato"

Franco Angeli editore, Milano – pp. 240, euro 29,00



Il bianco, il nero, il grigio

«Scrivere aforismi è un'arte funambolica: è pensare senza rete di protezione» sostiene Silvana Baroni in un eloquente aforisma sull'aforisma posto in epigrafe dell'opera. Chi scrive aforismi deve sbilanciarsi nei giudizi, rompere l'ovvietà del luogo comune lambendone i confini, esporsi in una confessione che si manifesta attraverso gli specchi altrui. L'aforisma parla spesso della vita in modo diretto, senza mediazioni, il che ne fa un genere ostico, perché di continuo sottoposto alla sottile oscillazione tra verità e banalità. La distinzione è a volte minima ma è lì, in quello spazio del pensiero e della parola talvolta impercettibile ma sorprendente, che se ne coglie la grandezza, la perentoria illuminazione, quella conoscenza impreveduta che fa sobbalzare di stupore.

(dalla Prefazione di Gino Ruozzi)

Silvana Baroni

"Il bianco, il nero, il grigio"

Edizioni Joker, Novi Ligure (AL) – pp. 70, euro 11,00



Come Perseidi

Linda Liotta Sindoni descrive avvenimenti veri, concreti, spietatamente attuali rivestendoli di una aureola magica di gioco e di fantasia, quasi a voler indurre il lettore a dover dubitare di trovarsi in una dimensione reale. Protagonisti sono sempre i sentimenti umani, le emozioni, le riflessioni sui valori. Con brevi, ma chiari, tratti de-

linea i luoghi, le persone e i personaggi. Sintetizza i valori espressi celando, dietro ogni brano, l'essenza di essi. Mette insieme racconti, riflessioni, brani che hanno la musicalità di una poesia e conclude gli episodi narrati con ironia o con un sorriso.

Linda Liotta Sindoni

"Come Perseidi"

Armenio editore, Brolo (ME) – pp. 136, euro 15,00



Un medico in missione

Il libro racconta, con ironia e sarcasmo, l'esperienza di un medico in un ospedale di Capo Verde, esperienza che, più che portare un contributo alla Sanità locale, porterà un miglioramento del proprio io. Davanti all'Oceano, ai piedi del Vulcano, nel silenzio e nella potenza della natura, tra avventure e di-

savventure, la "missione" diventerà il momento di partenza (o di ripartenza) di una vita più autentica.

Luca Praticò

"Un medico in missione"

Edizioni Cinque Terre, La Spezia – pp. 162, euro 10,00

Sanità, Medicina, Etica, Deontologia

"Sette anni di articoli, report e recensioni comparsi sul portale www.fnomceo.it in cui emerge l'intensa attività della Fnomceo che, con la presidenza di Amedeo Bianco, ha visto crescere la propria presenza nel Paese, nelle Istituzioni, nella società italiana.

"Un diritto mite, un'etica forte". È questo il principio ispiratore delle ripetute prese di posizione della Federazione sui temi dell'etica, di inizio e di fine vita, che periodicamente hanno occupato l'agenda della politica e della società italiana. Emerge poi una più avanzata concezione della deontologia della professione medica, che è arrivata a sintesi, alla fine del 2006, nel nuovo Codice deontologico. Compagno nel testo anche alcune recensioni di libri ritenute particolarmente significative. E, in questo sforzo di memoria, non potevano mancare alcuni articoli e approfondimenti sui Rapporti annuali del Censis sulla situazione sociale del Paese.

Orfeo Notaristefano

"Sanità, Medicina, Etica, Deontologia"

Edizioni Ponte Sisto, Roma – pp. 544, euro 22,00



Multidisciplinarietà in medicina

L'ultima fatica dell'endocrinologa Lucia Gasparini rivela un complesso e delicato lavoro di indagine e contiene, inoltre, proposte che dovrebbero stimolare in modo rigoroso sul piano scientifico e su quello del metodo i medici di diverse aree specialistiche, ma valido anche per i non specialisti ed indispensabile agli omeopati. Il volume si articola in tre sezioni, tra queste merita particolare attenzione la seconda sulle "Scienze bio-mediche", che tratta in modo sintetico ma esaustivo nove discipline in altrettanti capitoli. Tra queste fanno riflettere per sistematicità e completezza di contenuti quelle su immunologia, psico-neuro-endocrino-immunologia, cronobiologia, genetica e neuroscienze.

(Claudio Di Veroli)

Lucia Gasparini

"Multidisciplinarietà in medicina"

Salus Infirmorum, Padova – pp. 832, euro 74,90



Diario (fotografico) di un medico volontario



Testo di Paola Stefanucci
Foto di Maurizio Piazza

Click. Scatta l'otturatore. Cattura l'Africa e la sua umanità devastata dal dolore ma risplendente di speranza. Immagini semplici e indimenticabili, intime e universali. Inconsueto l'autore: Maurizio Piazza pratica con imparziale fervore l'arte di Esculapio e l'arte della fotografia. Ed è in prima linea sul fronte, altrettanto nobile, della solidarietà: ortopedico traumatologo in servizio all'Ospedale S. Maria Goretti di Latina, effettua missioni brevi per l'ONG Medici con l'Africa Cuamm, la più grande e longeva (61 anni) organizzazione italiana di promozione e tutela della salute delle popolazioni africane. Dagli scatti realizzati sul

campo dal dottor Piazza durante i viaggi umanitari compiuti in otto anni, dal 2003 sino ad oggi, in Uganda e negli ospedali non governativi etiopi di Asella, Makallè e Wolisso è scaturita naturalmente la mostra "Questi occhi hanno visto. Il diario di un medico volontario", presentata alla Casa della Memoria nella Capitale. Forte l'impatto (e il contributo) emotivo: tanto è vero che, a esposizione chiusa, quelle immagini (chiamarle foto, ci sembra riduttivo) pubblicate altresì da National Geographic, continuano tuttora ad essere cliccatissime in rete. Sensibile e schivo, instancabile e indomito (tra i suoi antenati annovera Michele Piazza, il più giovane – tredici anni – dei garibaldini) nella difesa quotidiana della salute, l'ortopedico ro-

mano è stupito quanto gratificato dall'emozione che è riuscito a suscitare in una così vasta platea. Lo abbiamo incontrato.

Dottor Piazza, lei si è laureato nel 1983, esercita la medicina da quasi trent'anni. Che cosa rappresenta per lei la fotografia?

All'inizio solo un hobby, poi una forma di attrazione verso gli altri, un mezzo straordinario di conoscenza. Una vocazione e una passione al pari della medicina. Direi che in me il fotografo è cresciuto insieme al medico.

Ritiene che quanto da lei documentato nell'esposizione capitolina "Questi occhi hanno visto" possa indurre altri a percorrere il suo stesso sentiero umanitario?

Lo spero. La solidarietà è uno dei doveri inderogabili

della persona, oltre che di un Paese, lo afferma anche la nostra Costituzione.

Perché ha scelto di ritrarre la crudele realtà dei nosocomi africani?

Per affrontarla, superarla e vincerla. Nel mio album però non ci sono solo ospedali, infermi e sofferenza, c'è tanto desiderio di riscatto, sete di dignità, fame di futuro. C'è anche la natura, forte e primitiva, gli spazi sconfinati di quelle latitudini.

Ma quando si è fatto incantare dal Continente Nero?

Durante un viaggio, anni fa. Sono un viaggiatore incallito. Dunque, in un viaggio in Uganda, che ha preso una direzione inaspettata, dove ero andato anche per incontrare un amico carissimo, medico del Cuamm, Giovanni Dall'Oglio. Quel giorno – destino! – ho conosciuto don Dante Carrao che accompagnava alcuni studenti e Fabio Manenti, oggi l'uno è il direttore e l'altro è responsabile del-



l'ufficio progetti dell'Africa Cuamm. Uomini eccezionali, capaci lavorare insieme al servizio dei più poveri, una capacità che sembra si sia persa. Ho deciso di tornare.

E da quanto tempo milita al fianco della ONG Medici con l'Africa Cuamm?

Quindici anni, più o meno.

Quante missioni ha compiuto?

Tredici.

Quando e dove sarà la prossima?

A dicembre, all'ospedale St. Luke di Wolisso, in Etiopia, una nazione che conta, come tutti sanno, 80 milioni di abitanti ma, come pochi sanno, solo 23 (sì, ventitré) ortopedici. Ciò in un paese dove si registra un'elevata incidenza di traumi e patologie ortopediche altamente invalidanti. Nel mio calendario operativo ho inserito altre due tappe, Sierra Leone e Burundi, per formare nuovi specialisti africani.



Un giorno ordinario al St. Luke.

L'organizzazione è anglosassone. Dalle otto del mattino alle cinque del pomeriggio si susseguono il rituale meeting con il medico di guardia che illustra i nuovi casi, il giro in reparto, le visite ambulatoriali, gli interventi operatori. L'ospedale, aperto dieci anni fa da noi del Cuamm, ha 192 posti letto ed è attualmente la struttura sanitaria di riferimento per gli abitanti, oltre un milione, dell'Oromia, la regione etiopica più estesa. Forniamo servizi di medicina, pronto soccorso, ortopedia, abbiamo un laboratorio di analisi, sala raggi ed eco-

grafo, reparti di pediatria, ostetricia, malnutrizione, un dipartimento di salute materno-infantile e una sala di attesa per le donne ad alto rischio nel parto, nonché una scuola per infermieri ed assistenti sanitari. Non manca un reparto per i degenti cronici (per lo più pazienti con infezione da HIV sottoposti a trattamento con farmaci antiretrovirali) ed un ambulatorio psichiatrico. Inoltre, cosa non da poco, gli studenti dell'Università di Addis Abeba possono fare il tirocinio nel nostro ospedale che, grazie a noi Medici con l'Africa, riesce a garantire standard elevati di qualità nel soccor-

so, nell'assistenza, nelle cure, nella formazione e nelle campagne di salute pubblica sul territorio. Tutto questo è per noi motivo di grande orgoglio, ma non basta. L'Etiopia ha solo 6 dollari a disposizione per la spesa sanitaria pro capite. Pochissimo!

Certo è sconcertante.

Sì, ma s'impara a fare molto con poco. L'anno scorso, al St. Luke, abbiamo effettuato circa 75 mila visite ambulatoriali, tremila parti e 20 mila vaccinazioni. Un miracolo? Basta usare di più gli occhi, le mani, ascoltare, insomma fare l'anamnesi e l'esame obiettivo prima di tutto, e dopo, solo dopo, il resto... se c'è.

Eppure l'esperienza umana è impagabile. Quando ho davanti un bambino con un femore fratturato o infettato, io, medico, faccio il possibile (e l'impossibile) per strapparli all'immobilità, alla malattia o alla morte. Non è forse questo che ho (e abbiamo) giurato a Ippocrate? •



Cézanne e Mondrian, al di là del visibile

di Riccardo Cenci

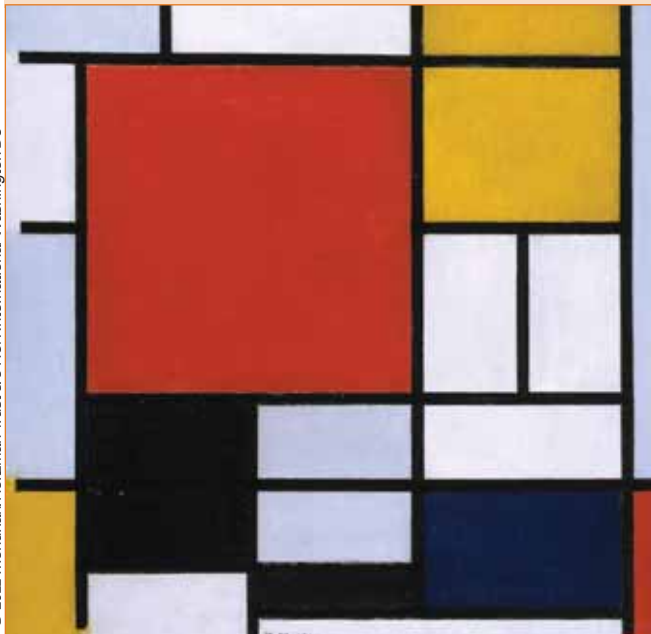
Si respira un'atmosfera particolare nell'atelier dei Lauves, allestito da Cézanne nei pressi di Aix-en-Provence nel 1901 e rimasto luogo d'elezione per la sua pittura sino al 1906, anno della sua morte. Nei giorni di sole la luce piove tra le foglie del giardino come in un quadro impressionista, trasmettendo al visitatore un sentimento di pace, mentre lo studio al primo piano conserva gli oggetti originali appartenuti all'artista in una disposizione che non ha nulla di museale, facendone percepire la presenza, quasi che egli fosse uscito per un attimo di pausa prima di tornare alle sue

tele. Questo è Cézanne, lavoratore isolato ed instancabile, perennemente insoddisfatto eppure caparbiamente alla ricerca di una chiave per scardinare il muro che lo separa dalla realtà. A questo padre indiscusso della modernità Milano dedica una mostra dal titolo "Cézanne. Les ateliers du Midi", nelle sale del Palazzo Reale (fino al 26 febbraio 2012 – catalogo pubblicato da Skira insieme ai volumi di approfondimento "Mi ricordo Cézanne" di Emil Bernard, allievo dell'artista e dunque osservatore privilegiato del suo metodo di lavoro, e "L'architettura di Cézanne" di Vittorio Gregotti, il quale ne analizza l'opera dal punto di vista della costruzione for-

male). L'esposizione pone l'accento sulla necessità di avere "a room of one's own", per usare le parole di Virginia Woolf, sua grande estimatrice, sull'idea dello studio come esigenza individuale, laboratorio di un lavoro incessante finalizzato a cercare l'essenziale all'interno del molteplice. Cézanne è certo profondamente legato alla tradizione della pittura en plein air, e non è un caso che la morte lo colga a causa della sua ostinazione a voler dipingere all'aperto nonostante le avversità atmosferiche, ma allo stesso tempo la sua ispirazione necessita di una riflessione profonda e solitaria, di uno sforzo del pensiero in grado di trascendere la finitezza delle cose. I suoi esordi fanno presagire le inquietudini di uno spirito romantico, profondamente influenzato dalla narrativa di Zola e di Hugo e dalla pittura di Delacroix. Durante il periodo tra-

scorso a Pontoise e ad Auvers, Cézanne si accosta alla tecnica impressionista per allontanarsene rapidamente, intraprendendo un cammino del tutto peculiare. Ossessionato dalle problematiche della forma, l'artista aspira alla chiarezza assoluta dell'immagine, alla creazione di un qualcosa di eterno da opporre alla caducità delle cose umane. Voltando le spalle al soggettivismo ed ai fervori romantici, Cézanne si orienta verso i lidi di un nuovo classicismo. L'esempio dell'amico Pissarro lo spinge non solo ad acquisire uno sguardo oggettivo nei confronti della realtà, ma anche a maturare una propria poetica della luce, oltrepassando il livello della semplice impressione retinica. La sua opera acquisisce a questo punto un rigore ed una lucidità esemplari, la sua concezione dello spazio conquista una solidità architettonica assoluta. In "Tavolo di cucina" (1888-90) i singoli elementi vengono analizzati nella propria sostanza volumetrica, mentre l'adozione di diversi punti di vista restituisce l'impressione di una vita che rie-

Piet Mondrian, "Composizione con grande piano, rosso, giallo, nero, grigio blu", 1921, olio su tela, 59,5 x 59,5 cm Collezione Gemeentemuseum, L'Aia, Foto Gemeentemuseum, L'Aia



© 2011 Mondrian/Holtzman Trust c/o HCF International Washington DC



Cézanne, "Grande pino e terre rosse", 1890 – 1895, olio su tela; 72x91 cm, San Pietroburgo, Ermitage



sce ad essere più intensa dell'immagine reale. L'energia con la quale tratta il tema della natura morta negli ultimi anni del secolo, l'insistenza quasi maniacale sui medesimi oggetti, testimoniano un rovello interiore ed un conflitto ancora irrisolto. Molti sono i luoghi che vedono maturare questa ricerca, dal salone della casa di famiglia del Jas de Bouffan sino alla soffitta di rue Boulegon, ma è specialmente l'atelier dei Lauves ad assumere un valore simbolico fortissimo. Nei suoi anni estremi l'artista osserva i propri soggetti con pazienza certosina, cercando di cogliere quel barlume di eternità al di là del mutamento che tutto precipita nel nulla.

Nelle innumerevoli declinazioni della montagna Saint-Victoire ad esempio (in mostra l'acquerello della Tate di Londra), si percepisce un qualcosa di definitivo, una freschezza ed una libertà che sembrano dare voce all'invisibile, un'intensità spirituale e filosofica che penetra la sostanza stessa delle cose. Anche l'arte di Piet Mondrian mostra un'analogia lucidità, un radicalismo intellettuale ed una forza che aspirano al raggiungimento dell'armonia perfetta. La mostra a lui dedicata negli spazi del Vittoriano (sino al 29 gennaio 2012 – catalogo Skira), ha il pregio di mostrare per intero il suo percorso creativo, svelando aspetti poco noti della sua evoluzione. Le impli-

cazioni filosofiche del suo pensiero lo portano ad allontanarsi dalla tradizione realistica della scuola dell'Aja per maturare uno stile pre-gno di significati simbolici, in taluni aspetti affine a quello di Munch (il "Crisantemo morente" ne è un esempio eloquente). L'influsso di Jan Toorop provoca un mutamento nella tavolozza di molti artisti olandesi, fra i quali lo stesso Mondrian, un'esplosione di colori che prende il nome di luminismo. Nei soggetti raffigurati, immagini di torri, di campanili, di fari, si nota una stilizzazione ed una predilezione per i ritmi verticali ed orizzontali che prefigura i futuri sviluppi della sua arte. Momentanei accostamenti al puntinismo di Seurat ed al cubismo sono altrettante tappe verso il raggiungimento di uno stile perfettamente razionale, scevro di qualsiasi implicazione emotiva. Mondrian elimina completamente ogni effetto di profondità, procede per sottrazione giocando esclusivamente con le linee e con i co-

lori. Qualcosa di simile stava avvenendo in musica con la rarefazione del linguaggio portata avanti da Anton Webern, anche se Mondrian è più vicino alla cultura jazz conosciuta a Parigi. Egli è davvero un uomo del proprio tempo, fiducioso nel progresso, grande amante della danza moderna ed animato da una vitalità irrefrenabile, in grado ad esempio di adattarsi immediatamente al forzato esilio newyorkese, causato dalla minaccia nazista, là dove molti artisti europei soffrirono a lungo il doloroso sradicamento (in quest'ottica il suo rifugiarsi nell'astrattismo potrebbe essere inteso come una fuga dalla tragicità del reale e dagli incubi della storia). La sua arte, rigidamente formale e dinamica al tempo stesso, apparentemente complessa ma in realtà semplice e diretta, si riassume in una matematica dello spazio che ha avuto grande influenza sull'architettura, sulla moda, sul design, in definitiva sull'intera cultura del nostro tempo. •



Cézanne, "La tentazione di Sant'Antonio", 1877, olio su tela; 47x56 cm, Parigi, Musée d'Orsay

ed esposizioni in Italia

a cura di Anna Leyda Cavalli

ESPRESSIONISMO

CODROIPO (UD)

fino al 4 marzo 2012

Oltre cento opere provenienti dal berlinese Brücke Museum raccontano la nascita e lo sviluppo del movimento denominato Die Brücke che pose le basi dell'Espressionismo.

Villa Manin

telefono: 0432 821234

GLI ANNI FOLLI. LA PARIGI DI MODIGLIANI, PICASSO E DALÌ (1918-1933)

FERRARA – fino all'8 gennaio 2012

Esposti grandi pittori all'apice della loro carriera come Monet, Matisse, Mondrian, Picasso, Braque, Modigliani, Chagall, Duchamp, De Chirico, Mirò, Magritte e Dalì, protagonisti di un periodo di eccezionale vitalità artistica nella Parigi degli anni Venti.

Palazzo dei Diamanti

telefono: 0532 2244949

MORDILLO

GENOVA – fino all'8 gennaio 2012

Allestita per la prima volta in Italia una grande mostra dedicata alle opere del celebre cartoonist argentino Guillermo Morbillo.

Museo Luzzati a Porta Siberia

telefono: 010 2530328

DEGAS, LAUTREC, ZANDÒ. LES FOLIES DE MONTMARTRE

PAVIA – fino al 18 dicembre 2011

L'esposizione raccoglie ottanta opere accomunate dal tema del mito di Montmartre, centro pulsante della vita artistica parigina, e non solo, di fine Ottocento e d'inizio Novecento.

Scuderie del Castello Visconteo

telefono: 038 2538932

FILIPPINO LIPPI E SANDRO BOTTICELLI

NELLA FIRENZE DEL '400

ROMA – fino al 15 gennaio 2012

L'esposizione offre al pubblico un'oc-

sione unica per ammirare i capolavori di Filippino Lippi a confronto con il suo maestro Sandro Botticelli sullo sfondo della fervente Firenze del Quattrocento.

Scuderie del Quirinale

telefono: 06 39967500

GIAMBATTISTA TIEPOLO.

IL GIOVANE TIEPOLO.

LA SCOPERTA DELLA LUCE

UDINE – fino al 4 dicembre 2011

L'esposizione è volta alla ricostruzione, attraverso le opere maggiormente significative, del periodo giovanile dell'attività di Tiepolo presso la bottega del pittore accademico Gregorio Lazzarini.

Civici Musei e Gallerie di Storia e Arte

- Castello di Udine

telefono: 0432 271591

GEORGIA O'KEEFFE

ROMA – fino al 22 gennaio 2012

Per la prima volta in Italia una grande retrospettiva storica permette di conoscere una delle più note rappresentanti dell'arte americana del XX secolo.

Fondazione Roma Museo

Palazzo Cipolla

telefono: 06 39967888



© 2009 Georgia O'Keeffe Museum/Georgia O'Keeffe by SIAE 2011

Georgia O'Keeffe, "New York Street with Moon" (1925), olio su tela montata su masonite, 121,9 x 76,2 cm, Carmen Thyssen-Bornemisza Collection

IL RINASCIMENTO A ROMA.

NEL SEGNO

DI MICHELANGELO

E RAFFAELLO

ROMA – fino al 12 febbraio 2012

L'evento offre un'ampia retrospettiva su uno dei periodi più prolifici della storia artistica della Città Eterna iniziato con il pontificato di Giulio II e terminato nel 1564, anno della morte di Michelangelo.

Fondazione Roma Museo

Palazzo Sciarra

telefono: 06 697645599

www.fondazioneromamuseo.it

ARTEMISIA GENTILESCHI.

STORIA DI UNA PASSIONE

MILANO – fino al 29 gennaio 2012

La mostra, composta da oltre 40 opere e documenti inediti, attribuisce la giusta importanza a questa grande pittrice, ammirata fin dal Seicento e ricercata dai potenti di tutta Europa.

Palazzo Reale

telefono: 02 54911

www.mostrartemisia.it

HENRI DE TOULOUSE-LAUTREC E LA PARIGI DELLA BELLA ÉPOQUE

TRAVERSETOLO (PR) – fino all'11 dicembre 2011

La mostra propone la parte della produzione dell'aristocratico Toulouse-Lautrec ispirata al japonisme ovvero all'arte giapponese.

Fondazione Magnani Rocca

telefono: 0521 848327

AVANGUARDIA RUSSA.

ESPERIENZE

DI UN MONDO NUOVO

VICENZA – fino al 26 febbraio 2011

Per la prima volta sarà possibile ammirare ottantacinque capolavori dell'Avanguardia russa di autori noti quali Kandinskij, Malevič, Rodčenko e di figure meno conosciute.

Gallerie di Palazzo Montanari

telefono: 800 578875



Il pianista dalle “ossa di cristallo”

La vita, la malattia e la breve, ma brillante, carriera musicale di Michel Petrucciani

di Ludovica Mariani

Quando saliva sul palco, il piccolo corpo deforme sorretto dalle stampelle o in braccio ad uno dei suoi musicisti, forse neppure chi era venuto apposta per ascoltarlo poteva immaginare che avrebbe assistito al concerto di uno dei più grandi musicisti della sua epoca. Michel Petrucciani era un uomo sorprendente e particolare, sia da un punto di vista fisico che da quello del suo straordinario talento musicale. Una vita segnata dall'eccezionalità, una malattia devastante e rarissima e un talento unico, pochi anni da vivere ma con un'intensità e una pienezza sconosciuta ai più. Nasce con l'osteogenesi imperfetta Michel, una patologia chiamata comunemente *ossa di cristallo* perché le ossa del corpo, al minimo urto,

vanno in mille pezzi. Una malattia che invece di essere un ostacolo è stata trasformata da Petrucciani in una spinta a fare ed essere sempre qualcosa di più. “Era impastato di musica”, dice Michael Redford, il regista che di recente ha voluto dedicargli un film, “questa è la storia vera e straordinaria di un uomo spinto da un desiderio insaziabile e divorante per tutto quello che la vita ha da offrire, i viaggi, le donne e l'arte. Una forza della natura dall'incredibile talento che ha dovuto sconfiggere un handicap fisico pesantissimo per diventare un gigante della musica, lui che non è cresciuto mai oltre un metro di altezza.” A 13 anni fa il suo primo concerto, suona già come un esperto bluesman anzi, come dirà in seguito Clark Terry suo primo partner, “a

quell'età suonava come un vecchio negro amareggiato dalla vita in un piano bar in qualche parte del Messico...”. Poi incontra una lunga serie di jazzisti: Charles Lloyd, il leggendario sassofonista della West Coast, Roy Haynes, Jim Hall, John Abercrombie, Wayne Shorter, Joe Henderson, Joe Lovano, Dizzy Gillespie.

La sua carriera musicale è fulminea, lui di tempo ne ha poco e lo sa. Allora anche la sua vita privata è consumata, divorata, assaporata con l'intensità che lui mette in tutte le cose. Incontra donne famose e bellissime, le ama, le sposa. Poi decide di avere un figlio, un'altra scommessa con la vita perché il rischio di trasmettergli la malattia (cosa che poi accade) è altissimo. Ma per Michel Petrucciani l'handicap non esiste, lui ne è la di-

mostrazione, esiste solo la vita, un regalo che vuole donare, qualcosa che merita di essere vissuto comunque e completamente. “Mio padre era il mio eroe”, dice Alexandre 22 anni, “anche se l'ho scoperto come uomo solo dopo la sua morte. Era un personaggio talmente eccezionale con una personalità spiccata, una volontà incredibile e un comportamento eccentrico. A volte, anche in casa, si comportava da diva, sapeva di essere un uomo non comune – già perché per il genio la difficoltà è proprio di essere visto o di essere un uomo normale – e questo poteva risultare addirittura fastidioso. Inventava storie, – forse perché aveva dovuto caparbiamente inventarsi una vita – era sempre difficile capire se diceva la verità. Ma per un figlio il padre è solo il padre e solo di recente ho potuto capire che era anche un uomo con pregi e difetti, come tutti noi”. Sulla sedia a rotelle, Alexandre ha a fianco una bellissima ragazza: “È la mia fidanzata, in questo assomiglio molto a mio padre”, dice sorridente. Parla anche della sua malattia: “Il calcio non attecchisce alle ossa e per questo non cresciamo. La cura è stata cercata prima per gli astronauti perché nello spazio senza gravità si perde la densità ossea e poi anche per il caso di mio padre. Attualmente la ricerca per questa malattia segna il passo, credo ci siano problemi di natura etica. Noi però non ci sentiamo fragili ma differenti, chissà se anche gli altri ci vedono così?”. •



A QUANTO AMMONTERÀ LA MIA PENSIONE?

Presidente Parodi,
sono un medico di base, laureato nel 1975, giunto all'età di 65 anni. Gradirei pertanto sapere a quanto ammonterebbe la mia rendita mensile

pensionistica. Nel caso in cui il sottoscritto decidesse di convertire in capitale il 15% della pensione maturata a quanto ammonterebbe la succitata somma e a quanto il trattamento mensile? Infine gradirei sapere l'ultima finestra di uscita per l'anno 2012, anno in cui ho deciso di pensionarmi.

Ringraziandola anticipatamente le porgo i più cordiali saluti.

(Lettera firmata)

Caro Collega,
a riscontro delle richieste informazioni ti rappresento quanto segue.

Preliminarmente ti preciso che le cd. "finestre di uscita" disposte dalla legge n. 449/97, regolamentano la decorrenza delle rendite pensionistiche per tutti i sanitari che, in possesso dei requisiti prescritti, cessano l'attività professionale svolta in regime di convenzione con gli Istituti del S.S.N. precedentemente al compimento del 65° anno di età.

Dopo il raggiungimento del suddetto requisito anagrafico, la normativa vigente concede facoltà all'iscritto di optare in qualsiasi momento per il collocamento a riposo; il trattamento pensionistico verrà riconosciuto, entro 120 gg. dalla presentazione della domanda, con decorrenza stabilita al mese successivo alla effettiva data di cessazione.

Supponendo, quindi, la cessazione dell'esercizio in convenzione della medicina generale al compimento del 65° anno di età, l'ammontare della rendita pensionistica che percepiresti è quantificabile in circa euro 2.500,00 lordi mensili. Nel caso decidessi di convertire in capitale il 15% della pensione maturata, come consentito dalle vigenti norme regolamentari, ti verrebbe erogata una indennità pari a circa euro 55.000,00 al lordo delle ritenute fiscali, congiunta ad un trattamento pensionistico residuo, lordo mensile, ammontante a circa euro 2.000,00. Qualora, invece, optassi per il collocamento a riposo al 31/12/2012, come indicato nella tua nota, la rendita pen-

sionistica che percepiresti è quantificabile in circa euro 2.700,00 lordi mensili. In caso di trattamento misto, l'indennità in capitale ammonterebbe a circa euro 58.000,00 al lordo delle ritenute e il trattamento pensionistico residuo sarebbe pari a circa euro 2.200,00 lordi mensili. Al compimento del 65° anno di età, inoltre, potrai inoltrare domanda per conseguire il trattamento di quiescenza erogato a carico del Fondo di Previdenza Generale. Posso anticiparti che per quanto riguarda la "Quota A" della gestione, dove vengono accreditati i contributi minimi, alla cui corresponsione sei vincolato in conseguenza dell'iscrizione all'albo professionale di categoria, la rendita è quantificabile in circa euro 250,00 lordi mensili. Relativamente alla "Quota B" del Fondo, dove confluiscono i contributi relativi all'esercizio della libera professione, ti informo che risultano accreditati versamenti inerenti gli anni 1996 e 1997 che daranno luogo alla erogazione di un ulteriore, esiguo, trattamento pensionistico.

Devo precisarti, infine, che sono allo studio misure di stabilizzazione dei Fondi di previdenza, nell'ottica di assicurare l'equilibrio delle gestioni, come previsto dalla Finanziaria 2007. La normativa regolamentare potrà, quindi, essere oggetto di modificazioni e, conseguentemente, la misura delle prestazioni pensionistiche potrebbe subire variazioni. La presente informativa non deve pertanto ritenersi comunque impegnativa per la Fondazione.

L'occasione è gradita per salutarti cordialmente.

Eolo Parodi



ALCUNI QUESITI SUL MIO FUTURO PREVIDENZIALE

Egregio presidente Parodi,
invio questa mail per porre dei quesiti riguardanti la mia situazione e il mio futuro previdenziali. Sono iscritto presso l'Ordine dei medici dal 1981. Ho iniziato a lavorare in guardia medica nel 1981, lavoro come medico di base in un comune della provincia di Olbia-Tempio. I quesiti che intendo porre sono i seguenti:

A quanto ammontano i versamenti contributivi ad oggi?

Quale potrebbe essere la mia pensione cessando l'attività a 65 oppure a 70 anni?

Qual è la somma che dovrei versare per riscattare 2 anni universitari ed indi quale sarebbe la mia pensione riscattando i 2 anni universitari cessando l'attività a 65 anni?

Ringraziando anticipatamente per la vostra gentile risposta, porgo cordiali saluti.

(Lettera firmata)

Caro Collega, sulla posizione previdenziale accesa a tuo nome presso il Fondo Medici di Medicina Generale risultano accreditati contributi, a decorrere dal mese di agosto 1981, per un importo pari ad euro 251.034,22, sulla base dei quali gli Uffici hanno provveduto a determinare le richieste ipotesi pensionistiche.

Supponendo la cessazione dell'attività professionale svolta in convenzione con gli Istituti del S.S.N. al compimento del 65° anno di età, come da te indicato, l'ammontare della rendita pensionistica che percepiresti è quantificabile in circa euro 3.000,00 lordi mensili. Nel caso decidessi di convertire in capitale il 15% della pensione maturata, come consentito dalle vigenti norme regolamentari, ti verrebbe erogata una indennità pari a circa euro 68.000,00 al lordo delle ritenute fiscali, congiunta ad un trattamento pensionistico residuo, lordo mensile, ammontante a circa euro 2.500,00.

Qualora, invece, decidessi di protrarre l'esercizio in convenzione della medicina generale fino al compimento

del 70° anno di età, la rendita pensionistica ammonterebbe a circa euro 4.000,00 lordi mensili. In caso di trattamento misto, l'indennità in capitale sarebbe pari a circa euro 75.000,00 al lordo delle ritenute e il trattamento di quiescenza residuo ammonterebbe a circa euro 3.500,00 lordi mensili.

Ti preciso, nel merito, che i suddetti importi sono stati determinati sulla base della media contributiva riferita all'ultimo quinquennio di attività professionale, supponendo una contribuzione costante fino alle date indicate.

Per quanto riguarda la possibilità di riscattare due anni del corso di laurea in medicina e chirurgia, ti rappresento che supponendo l'avvenuta presentazione della domanda il costo dell'operazione è, allo stato, stimabile in circa euro 28.000,00, a fronte di un incremento pensionistico quantificabile in circa euro 2.000,00 lordi annui. Ti informo che detto onere dovrà essere corrisposto in un'unica soluzione. Il debito relativo al riscatto degli anni del corso di laurea, infatti, deve essere estinto entro il compimento del 65° anno di età. Ti ricordo che l'onere in parola è interamente deducibile dall'imponibile determinato ai fini fiscali e che la presentazione di una domanda di riscatto non determina alcun vincolo; potrai decidere se dare seguito al procedimento dopo aver preso visione dell'effettivo costo dell'operazione e dei connessi benefici pensionistici, dettagliatamente illustrati nella lettera di proposta che gli Uffici prov-

vederanno ad inviarti.

Devo precisarti, infine, che sono allo studio misure di stabilizzazione dei Fondi di previdenza, nell'ottica di assicurare l'equilibrio delle gestioni, come previsto dalla Finanziaria 2007. La normativa regolamentare potrà, quindi, essere oggetto di modificazioni e, conseguentemente, la misura delle prestazioni pensionistiche potrebbe subire variazioni. La presente informativa non deve pertanto ritenersi comunque impegnativa per la Fondazione.

L'occasione è gradita per salutarti cordialmente.

E. P.



QUALE ANZIANITÀ CONTRIBUTIVA È RICHiesta PER AVERE DIRITTO ALLA PENSIONE?

Gentile presidente, sono un medico libero professionista. Mi sono laureata e ho iniziato la professione medica tardi nella vita, all'età di 56 anni. Vorrei sapere per favore quale anzianità contributiva è richiesta per avere diritto alla pensione ordinaria (quota A + quota B). Le chiedo questo perché sul vostro sito a livello di sistema previdenziale leggo che: "la pensione ordinaria è concessa a tutti gli iscritti alle seguenti condizioni: che abbiano compiuto il 65° anno di età; che al compimento di tale età siano iscritti al Fondo e possano contare su almeno cinque anni di anzianità contributiva effettiva", mentre invece nelle risposte al-

le "Lettere al Presidente" sul giornale mi è capitato di leggere che l'anzianità contributiva deve essere di 15 anni.

Colgo l'occasione per porgerle i più cordiali saluti.

(Lettera firmata)

Cara Collega, a riscontro delle richieste informazioni ti rappresento quanto segue.

La pensione ordinaria erogata a carico del Fondo di Previdenza Generale, è concessa a tutti gli iscritti che al compimento del 65° anno di età risultino iscritti alla gestione e possano far valere un'anzianità contributiva effettiva pari ad almeno cinque anni. Il requisito dei quindici anni al quale fai riferimento nella tua nota, è previsto, ai fini del conseguimento del trattamento pensionistico di vecchiaia, per i sanitari che cessano l'attività professionale svolta in regime di convenzione con gli Istituti del S.S.N. prima del raggiungimento del suddetto requisito anagrafico.

Agli iscritti che optano per il collocamento a riposo prima del compimento del 65° anno di età, infatti, senza aver maturato una anzianità contributiva effettiva pari ad almeno 15 anni, spetta la restituzione dei contributi versati, al netto di una quota pari al 12% degli stessi, relativa alla copertura dei rischi di invalidità e premorienza e maggiorati degli interessi semplici al tasso annuo del 4,50%.

Nel rimanere a disposizione per qualsiasi ulteriore chiarimento, colgo l'occasione per salutarti cordialmente.

E. P.

Emissione per i cavalieri

Omaggiato con un francobollo l'Ordine Equestre del Santo Sepolcro di Gerusalemme

di **Gian Piero Ventura Mazzuca (*)**

Nel 2011 oltre a celebrare i 150 anni dell'Unità d'Italia, si ricordano anche i 60 anni dalla legge 178/51 con la quale viene istituito l'Ordine al Merito della Repubblica Italiana che ha sostituito alcuni ordini riferibili a Casa Savoia e non più usabili, ovviamente, per premiare i cittadini meritevoli.

Nella stessa legge vengono anche disciplinate le onorificenze conferite a cittadini italiani da ordini non nazionali o da stati esteri. Trattamento privilegiato è riservato, riferendosi ai Patti Lateranensi, al Sovrano Militare Ordine di Malta e all'Ordine Equestre del Santo Sepolcro di Gerusalemme, emanazione di sub collazione pontificia e unica istituzione laicale della Santa Sede. Proprio a questo antico Ordine lo Stato Ita-

liano ha dedicato un bel francobollo, che riproduce un quadro del pittore Mario Albartella, andato distrutto nella II Guerra Mondiale. Lo Smom invece, che discende dall'Ordine dei Cavalieri Ospitalieri, gode di un suo status unico essendo riconosciuto da molte nazioni e organizzazioni come ente primario di diritto internazionale ed emette, come ben sappiamo, in proprio sia monete che francobolli, davvero molto gradevoli.

Ma volendo fare una piccola incursione nel mondo degli ordini cavallereschi non possiamo non citarne altri ugualmente risalenti al periodo delle crociate e decisamente famosi, come quello Teutonico e quello di Templari. Il primo, tutt'oggi esistente, venne riformato nel 1929 dalla Santa Sede e trasformato unicamente in un ordine religioso. Il secondo invece fu soppresso "con norma irreformabile e

perpetua" tramite la bolla *Vox in excelso* del 1312 da Papa Clemente V, ma successivamente riabilitato "moralmente" grazie alla Pergamena di Chinon

del 1314, documento ritrovato nell'Archivio Segreto Vaticano dalla studiosa Barbara Frale nel 2002.

Ricordiamo infine l'Ordine Costantiniano, forse il più antico dato che la sua fondazione si dice per tradizione risalga direttamente all'imperatore Costantino (IV secolo), sebbene la certezza è quella dovuta all'imperatore bizantino Isacco II Comneno (suo discendente), anch'essa al tempo delle crociate. Questo è rimasto fino al 1699 sotto la Famiglia imperiale degli Angeli-Comeno di Tessaglia, poi ceduto da Giovanni Andrea alla famiglia Farnese con il placet di Papa Innocenzo XII; successivamente i Farnese si sono estinti in linea diretta e inglobati nella Famiglia reale dei Borbone. Il 14 novembre 1900 però Carlo Tancredi rinunciò al trono delle Due Sicilie e cedette, tra gli altri beni, il Gran Magistero dell'Ordine al suo fratello minore Ranieri tramite il cosiddetto Atto di Cannes. Questa interpretazione è stata però rigettata da parte della fami-

glia Borbone ed ora ci sono due Ordini Costantiniani di San Giorgio, uno con a capo Don Carlos Maria e riconosciuto dal Re di Spagna ed uno con a capo il cugino Don Carlo, Duca di Noto riconosciuto dalle case reali europee. Esiste poi una terza versione reclamata da Don Carlo Saverio di Borbone-Parma. Peccato che tutti e tre siano in realtà in errore, infatti l'ordine era dinastico e quindi non cedibile, seppure in difficoltà, in presenza di eredi. Per non confliggere con famiglie allora più ricche e potenti gli Angeli-Comneno preferirono istituire il 20 ottobre 1701 presso notaio in Pisa l'Ordine della Sacra Milizia Angelica della Croce di Costantino il Grande. La famiglia è tuttora esistente ed oggi, l'ultimo discendente e Capo della Casa il Principe Alessio VI, ne è il Gran Maestro e, per la curiosità degli amici numismatici, detiene un'antica autorizzazione a battere moneta. Imperiale, naturalmente. •

(*) gp.ventura@enpam.it





a cura
dell'avv. Pasquale Dui (*)

Con sentenza n. 18643 del 16 giugno/12 settembre 2011 la Suprema Corte stabilisce che non può essere affermata la responsabilità del sanitario per la mancata informazione ai genitori sulle gravi malformazioni della figlia quando l'indagine ecografica rivelatrice del danno alla salute della nascita avrebbe potuto essere eseguita soltanto al quinto mese di gravidanza.

Nel caso di specie i coniugi convenivano in giudizio dinanzi al tribunale di S. Maria Capua Vetere il ginecologo, chiedendone la condanna al risarcimento dei danni da lui provocati alla figlia e conseguenti alla mancata informazione pre-nascita di cui lo stesso si era reso responsabile circa la grave patologia da cui la piccola era risultata affetta. Il giudice di primo grado respingeva la domanda, ritenendo, quanto all'istanza risarcitoria proposta dai genitori nella qualità di esercenti potestà, che nessuna responsabilità potesse essere ascritta, nella specie, al sanitario, e, quanto alla do-

manda proposta in proprio dagli attori, che la stessa fosse ormai prescritta ai sensi dell'art. 2947 cod. civ. Successivamente, la Corte di appello di Napoli, investita del gravame proposto dai coniugi, lo rigettava.

La sentenza veniva impugnata dagli appellanti con ricorso per Cassazione articolato in due motivi. Con il primo motivo, si denunciava omessa, insufficiente e contraddittoria motivazione circa un fatto controverso e decisivo per il giudizio, dal momento che *“La Corte di Appello di Napoli si limita a dire che la malformazione della bambina non può rappresentarsi come la conseguenza di una condotta riferibile al dott. V. (ginecologo che aveva seguito la gravidanza della*

sig.ra M. P.) o ad altri. Resta il fatto che la bambina è venuta in essere con una condizione di grave menomazione che, se conosciuta tempestivamente dai genitori, avrebbe potuto essere valutata in vista di una volontaria interruzione di gravidanza”.

Il ricorrente formulava, a conclusione dell'esposizione del motivo, il seguente quesito di diritto: *“dica la Suprema Corte di Cassazione se il dott. V. in base alle indagini ecografiche, avrebbe potuto informare correttamente i sigg. P. della malformazione della nascita”*.

In caso di risposta affermativa al suddetto quesito, dica la Suprema Corte di Cassazione se è riscontrabile una responsabilità del me-

dico che ha avuto la sig.ra M. in gravidanza.

Con il secondo motivo, si denunciava violazione e falsa applicazione della responsabilità contrattuale. Il motivo - che si conclude con il seguente quesito di diritto: *“Dica la Corte se il dott. V. ha instaurato un rapporto professionale di natura contrattuale con i coniugi oppure con la sola sig.ra M. P. e ... se il risarcimento dei danni richiesto dai coniugi ricada nella prescrizione decennale”*.

Osservava la Corte che nel caso di specie i genitori non avevano allegato né dimostrato, neanche per presunzione, che la madre, trascorsi i 90 giorni dalla data del concepimento, essendo stata informata della situazione di salute della figlia, si sarebbe determinata comunque all'interruzione della gravidanza, dimostrando la ricorrenza dei necessari presupposti, nonostante il divieto imposto dalla legge sulla premessa che l'indagine ecografica rivelatrice del danno alla salute della nascita oggi lamentato avrebbe potuto essere eseguito soltanto al quinto mese. •

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



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

Ordine di Livorno, eletto il nuovo Consiglio



Il dottor Eliano Mariotti

Nei giorni 29-30 e 31 ottobre u.s. si sono svolte le elezioni per il rinnovo del Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Livorno. Nella riunione del 6 novembre il Consiglio neo-eletto ha proceduto all'assegnazione delle cariche.

Pertanto per il triennio 2012-2014 il Consiglio dell'Ordine sarà così composto:

Presidente: Eliano Mariotti
Vice Presidente: Vincenzo Paroli

Segretario: Giorgio Di Lupo

Tesoriere: Marco Cola

Consiglieri: Massimo Angeletti, Pasquale Cognetta, Renato Crisciani, Massimo Fontani, Francesco Genovesi, Edoardo Micheletti, Paolo Nencini, Massimo Orsini, Frida Pedicchio, Paolo Piram, Ilo Vivaldi, Domenico Zucca, Alfredo Zusto-vich.

Revisori dei Conti

Effettivi: Luca Mastrosimone, Claudio Pasquini, Domenico Tiso. Supplente: Patrizia Faccendoni.

Commissione Odontoiatri

Presidente: Vincenzo Paroli

Componenti: Marco Cola, Giovanni Colombo, Stefano Malquori, Marco Teodori.

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 Sermoni

email: andrea.sermoni@gmail.com

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Paola Boldregghini: Tel. 06 48294258 - Fax 06 48294260

email: giornale@enpam.it

Foto: Archivio ENPAM - THINKSTOCK

**MENSILE - ANNO XVI - N. 10
DEL 21/11/2011**

**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 - pagamento contributi 2011

Il 30 novembre è scaduta la quarta rata del contributo di Quota A.

Quota B – redditi professionali 2010

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.

Ricevimento del bollettino MAV: coloro che hanno inviato la dichiarazione (modello D) entro il termine del 31 luglio 2011, ovvero – *cadendo quest'anno di domenica - entro il 1° agosto*, hanno già ricevuto il bollettino precompilato con scadenza 31 ottobre 2011. Coloro che, invece, hanno presentato tale dichiarazione successivamente al 31 luglio 2011 dovranno attendere il ricevimento del relativo MAV.

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

Mancato ricevimento del bollettino MAV: il mancato ricevimento del MAV non esonera dal pagamento del contributo. In tal caso è necessario contattare la Banca Popolare di Sondrio al numero verde **800.24.84.64**, la quale provvederà all'invio di un duplicato ovvero fornirà le istruzioni necessarie per effettuare il pagamento di quanto dovuto entro i termini regolamentari.

Utenti registrati: gli utenti registrati presso il portale www.enpam.it possono stampare dall'Area riservata il duplicato dei bollettini già emessi a loro carico. In questo caso il pagamento potrà essere effettuato esclusivamente presso gli Istituti di Credito oppure utilizzando le procedure on-line.

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

- una sanzione in misura fissa pari all'1% del contributo, qualora il versamento sia effettuato entro 90 giorni dalla scadenza (entro il 29 gennaio 2012);
- 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.

Trattamento ordinario del Fondo di Previdenza Generale

Ai sensi del vigente Regolamento del Fondo di Previdenza Generale, gli iscritti nati nel 1947 potranno presenta-

re la domanda di pensione ordinaria, nel corso dell'anno 2012, dal compimento del 65° anno di età.

Il relativo modulo verrà recapitato agli iscritti unitamente alla dichiarazione concernente il diritto alle detrazioni d'imposta, da allegare obbligatoriamente compilata in ogni parte.

In caso di mancato ricevimento, il modulo è reperibile presso gli uffici della Fondazione o presso gli Ordini provinciali di appartenenza o sul sito www.enpam.it (sezione Modulistica).

Area riservata

Per accedere all'area riservata ed usufruire dei servizi online è necessario essere registrati al sito www.enpam.it. Per informazioni riguardanti la registrazione contattare il SAT al n. 06.4829.4829, ovvero scrivere a sat@enpam.it, indicando nome, cognome e recapito telefonico.

Riscatti

Versamento di un acconto

Gli iscritti che hanno presentato domanda di riscatto e sono **in attesa di ricevere il prospetto di calcolo** possono effettuare il versamento di un acconto, **preferibilmente entro il 15 dicembre 2011** (termine ultimo 31 dicembre), mediante bonifico bancario sul conto corrente acceso presso la Banca Popolare di Sondrio, codice IBAN IT06 K 05696 03200 000017500X50, intestato alla Fondazione Enpam.

Nella causale del bonifico indicare cognome e nome, codice Enpam, tipologia del riscatto, Fondo sul quale è stato richiesto il riscatto e su cui sarà accreditato il versamento.

Versamento una tantum

In caso di riscatto **in corso di pagamento**, l'iscritto può effettuare, **preferibilmente entro il 15 dicembre 2011** (termine ultimo 31 dicembre), un versamento aggiuntivo nei limiti del debito residuo.

Il suddetto versamento non sostituisce la rata di dicembre che, pertanto, deve essere versata alla scadenza prevista.

Sia per il versamento in acconto che per il versamento una tantum, al fine della relativa rendicontazione da parte del Servizio Riscatti e Ricongiunzioni, dovrà essere **tempestivamente** trasmessa copia della ricevuta del bonifico al seguente numero di fax 06.48.294.978.

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

Le Strategie del **CAMBIAMENTO**



La FONDAZIONE dei MEDICI e degli ODONTOIATRI sta CAMBIANDO

Un sistema pensionistico con un equilibrio di lungo periodo,
sostenibile a 30 anni con proiezione a 50 anni

Una strategia di investimento prudente e diversificata
con nuove procedure ispirate alle migliori pratiche internazionali

Una gestione partecipata dalle categorie professionali

**Fondazione Enpam:
PENSIONI SICURE, SENZA COSTI PER LO STATO**

e n p a m