

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

PARODI

2

**Solo e sempre
privati**

ENPAM

3

**CN: risposte
alle domande**

EURISPES

13

**Un'analisi
favorevole**

GERMANIA

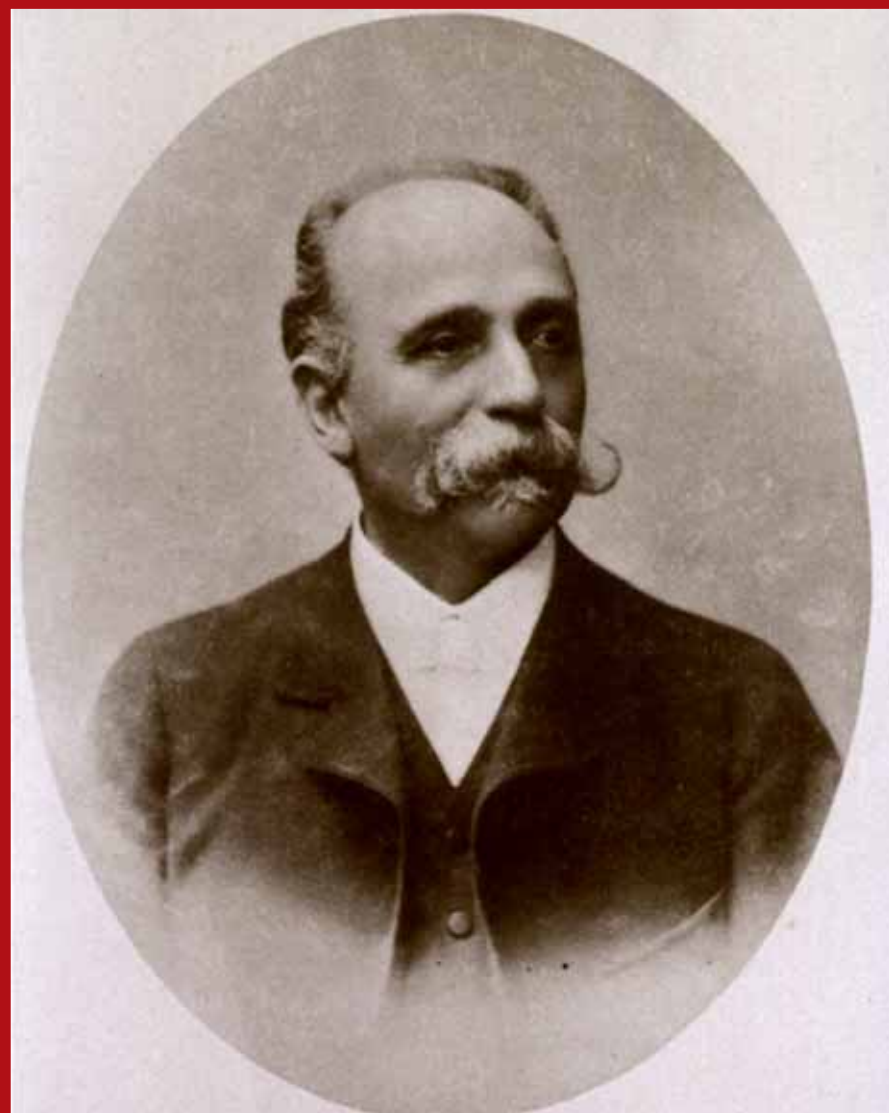
32

**Come funziona
quella Sanità**

PREVIDENZA

**Auto-calcolo
dei trattamenti**

18



Camillo Golgi, primo italiano ad essere insignito con il Premio Nobel per la medicina. Ricevette l'ambito premio - insieme allo spagnolo Santiago Ramon Y Cajal - in "riconoscimento del lavoro sulla struttura del sistema nervoso". (Sterpellone L. Premi Nobel per la Medicina. 2 ed. Milano: Passoni editore, 2000: 32. Foto: © The Nobel Foundation)

periodico

DCOER0953 Omologato

Posteitaliane

un futuro di certezze.

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

FondoSanità è la risposta alle tue esigenze di integrazione previdenziale.



Per aderire:

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



FondoSanità

PER INFORMAZIONI:

Tel. 06 48294333 Sign. DANIELA BRIENZA

Tel. 06 48294337 Sign. PAOLA CINTIO

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

www.fondosanita.it

Fondi chiusi o fondi aperti?

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

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

Prestazioni pensionistiche

Il diritto alla prestazione pensionistica complementare si acquisisce con almeno cinque anni di partecipazione. L'associato potrà chiedere che gli venga liquidato subito, sotto forma di capitale, al massimo il 50% dell'importo maturato, mentre il rimanente verrà impiegato come premio unico per l'acquisto di una rendita vitalizia rivalutabile personale oppure reversibile (moglie, ecc.). In misura non eccedente il 10% della propria contribuzione annua, è possibile acquistare polizze vita assicurative complementari per la copertura dei rischi di invalidità e premorienza. Il regime di capitalizzazione (il capitale versato più i rendimenti accumulati serviranno a garantire le prestazioni pensionistiche future) e di contribuzione definita (il livello contributivo è predefinito e la pensione è in funzione del rendimento netto del fondo) scelti da FondoSanità, lo rendono uno strumento previdenziale sicuro, trasparente, vantaggioso, necessario.

CAPITALE TOTALE

Euro 5.164,69
Euro 154.937,07
Euro 258.228,45

RENDITA ANNUALE LORDA

Euro 3.640
Euro 10.920
Euro 16.650,64

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

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 annuo 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%.



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'ENIPI, gli infermieri iscritti all'ENIPAR, i farmacisti iscritti all'ENIPAF 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	Privati, solo e sempre privati
3-4	... cominciamo dal mobiliare
5-6	... passiamo all'immobiliare
7-10	Il nuovo corso del mattone Enpam
11	Maternità delle dottoresse
12	L'Enpam è dei medici e degli odontoiatri
13	Rapporto Eurispes 2010
14	Professione e sistema previdenziale
15	Federspev
16	Quota A, domiciliazione bancaria
17	Tutele in caso di parto plurimo
18-23	Calcolo dei trattamenti previdenziali
24-25	L'intervista/1: terapia fotodinamica
26-27	L'intervista/2: chirurgia coloproctologica
28-29	L'intervista/3: mammografia tridimensionale
30-31	Seconda vita per ecografi e Tac
32-33	Sanità italiana e tedesca a confronto

34-35	Curare i "migranti forzati"
36-37	I danni delle mine antiuomo
38-42	Congressi, convegni, corsi
43	Accadde a... Marzo
44-45	Quando papà picchia mamma
46-47	Medici illustri: Percival Pott
48-49	La Sindone, profumo di storia
50-51	Se il cardiocirurgo diventa artista
52-53	Alberto Pellai, genitori e figli a confronto
54-55	Recensioni libri
56-57	Anniversario di Frédéric Chopin
58	Musica, il Quartetto Cetra
59	Cinema, l'epopea di Pierfrancesco Favino
60-61	Lettere al Presidente
62	Filatelìa
63	Danno da "demansionamento"
64	L'Ammi per l'ospedale de L'Aquila

IN COPERTINA



Camillo Golgi

Nel numero 1 del 2010 abbiamo pubblicato la foto del primo Premio Nobel per la medicina Emil Adolf von Behring. Questa volta tocca a Camillo Golgi, il primo italiano a riceverlo - premiato assieme allo spagnolo Santiago Ramon Y Cajal nel 1906 - in "riconoscimento del loro lavoro sulla struttura del sistema nervoso". Golgi (Brescia 1843 - Pavia 1926), figlio di un medico, si laureò in medicina a Pavia. Le sue prime pubblicazioni riguardano l'anatomia normale e patologica del sistema nervoso, nelle quali descrive, tra l'altro, i caratteri morfologici della glia e dimostra i rapporti esistenti tra i loro prolungamenti e i vasi sanguigni. E' il primo a distinguere il sarcoma dal glioma. Oltre al sistema nervoso, importanti anche le ricerche di Golgi sulla malaria.

Santiago Ramon Y Cajal (Petilla de Aragon 1852 - Madrid 1934), barbiere, pittore, calzolaio finalmente medico laureato all'Università di Saragozza si oppose con una certa durezza alle teorie di Golgi, al punto che all'assegnazione del premio i due scienziati neppure si salutarono rinviando il contrasto esistente tra le scuole italiana e spagnola. Al primo congresso internazionale di istopatologia del sistema nervoso uno studioso G. C. Requier disse: "Una crudele ironia della sorte aveva accoppiato i due grandi emuli a guisa di fratelli siamesi uniti per la schiena".

Santiago Ramon Y Cajal



LA FINESTRA DEL *Presidente*

Privati, solo e sempre privati



di Eolo Parodi

È chiaro che non è un semplice giro di parole: trattasi invece del nostro problema di fondo. Infatti spesso ci sentiamo ghettizzati perché dobbiamo fare la guardia al nostro patrimonio che fa gola a molta gente. Soprattutto però, voglio generalizzare, diamo fastidio, siamo lo specchio dove i “pubblicizzati” non intendono guardarsi.

Noi vogliamo essere al servizio dell'Italia, vogliamo contribuire affinché il nostro Paese superi crisi, malesseri generali e problemi sociali. Intendiamo operare nel rispetto delle leggi, dei controlli e di tutto ciò che in questo momento è già in azione. Però il nostro fine culturale, professionale ed istituzionale è quello di essere liberi, autono-

mi, chiaramente all'interno delle regole: poter uscire da tutte le ambiguità, da qualsiasi strumentalizzazione, anche perché guardati con un occhio verso il pubblico ed un occhio verso il privato. Vogliamo essere competitivi, certamente senza arroganza, ma con uno spirito collaborativo tale da modificare leggi e regolamenti per permetterci di superare i tanti ostacoli che troviamo sul nostro cammino che troppe volte ci fanno lo “sgambetto”. Abbiamo già dato e daremo prova di intensa collaborazione: ripeto amando la nostra Italia, mettendo a disposizione l'intero bagaglio di capacità e professionalità che coincide con il nostro essere. Il cosiddetto “privatizzato” da troppo tempo ci ostacola rendendoci diversi di fronte a tutti, quasi fossimo degli ibridi da poter essere utilizzati anche per voglie che non permetteremo mai.

Insomma, non è una semplice battaglia per la parola “privato”, ma piuttosto la nostra volontà di essere corretti, responsabili nei confronti della nostra gente che vorrebbe essere sempre sul palco e non essere confinata dietro le quinte. •



Al termine del Consiglio Nazionale dell'Enpam - svoltosi lo scorso novembre - il presidente Eolo Parodi prese l'impegno di rispondere, avvalendosi della preziosa collaborazione dei nostri uffici, a varie domande specifiche poste da alcuni rappresentanti degli Ordini. Come pubblicato con risalto nello scorso numero del "Giornale della Previdenza", il presidente risponde approfondendo i temi sul tappeto che, sistematicamente, vengono affrontati e approfonditi dal Consiglio di amministrazione. Tutto ciò, naturalmente, nel nome dell'assoluta trasparenza del nostro Ente riconosciuta non solo a livello nazionale.

... cominciamo dal mobiliare

Il 2008 è stato un anno estremamente critico per i mercati e per le economie mondiali. A partire da marzo 2009 si è assistito ad una ripresa generale dei listini, la maggior parte dei quali, tuttavia, pur avendo registrato performance notevoli, non ha ancora raggiunto i livelli pre-crisi.

Come si è comportato l'Ente in questo difficile momento storico?

Il portafoglio ENPAM è rimasto saldo e stabile anche nei venti di tempesta. Questo è potuto accadere grazie all'atteggiamento di estrema prudenza negli investimenti che l'Ente ha sempre avuto nel corso degli anni, e che ha portato alla costruzione di un insieme di attività caratterizzate dal forte peso del settore immobiliare e di quello obbligazionario, comparti che hanno operato come cuscinetti protettivi durante il traumatico impatto della crisi.

In particolare, il settore obbligazionario è caratterizzato dalla consistente presenza di titoli a capitale garantito e con rating relativo alla fascia "investment grade", fascia dove le entità che ne fanno parte sono state valutate dalle agenzie che attribuiscono questo giudizio come aventi un'eccellente capacità di corrispondere gli interessi e di ripagare il proprio debito nei tempi dovuti.

Quasi tutti i titoli obbligazionari sono stati acquisiti con la finalità di essere conservati in portafoglio fino alla loro naturale scadenza, e non per finalità di compravendita, e sono stati quindi classificati in bilancio nel settore delle attività finanziarie immobilizzate. Dal momento che i principi contabili impongono di effettuare svalutazioni solo per i titoli che potrebbero essere venduti prima della loro scadenza, o per quelli che hanno una vita molto breve, il portafoglio obbligazionario immobilizzato ha la capacità di stabilizzare il rischio del portafoglio complessivo, neutralizzando la volatilità dei mercati. Infatti, nessuna svalutazione è stata necessaria in questo comparto.

L'Ente ha voluto esprimere comunque la massima trasparenza, indicando in bilancio la valorizzazione di

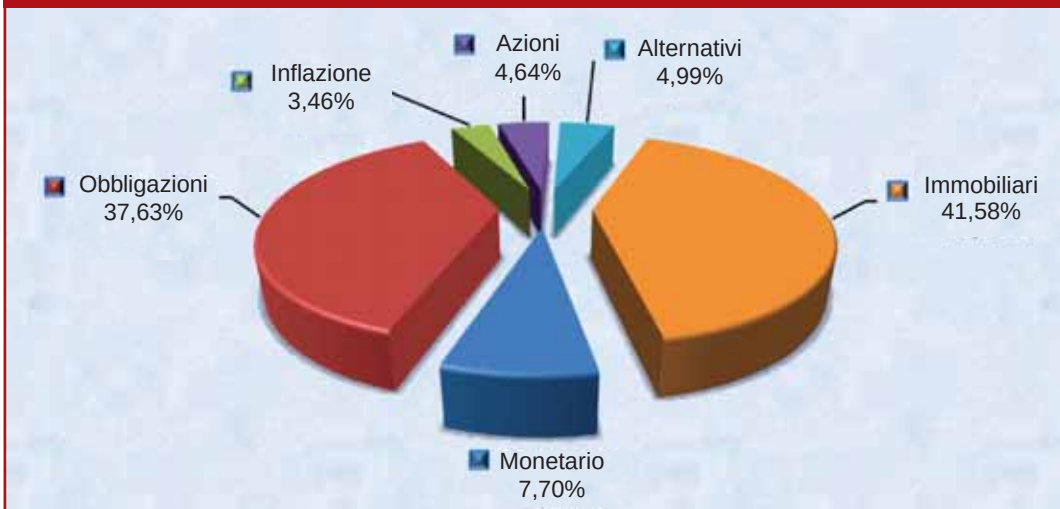
mercato di ogni titolo (nonostante ciò non fosse richiesto), ben sapendo che tale valore rappresenta la percezione che il mercato ha di determinate attività in un momento specifico e dunque non rappresenta quanto l'Ente percepirà alla scadenza. Si tratta di un valore suscettibile di variazioni nel corso del tempo, ed è noto che comunque alla scadenza il capitale di una gran parte di questi titoli è garantito da primarie Istituzioni. Ultimo ma non ultimo lo Stato Italiano di cui Enpam ha responsabilmente sottoscritto BTP per un valore nominale superiore al miliardo di euro (1.018.125.000 euro), in un momento di particolare necessità per le casse italiane.

La preferenza accordata ai titoli obbligazionari nel corso del tempo deriva anche dall'esigenza, per un investitore istituzionale il cui fine è il pagamento delle pensioni dei propri iscritti, sia di allineare la durata degli investimenti all'orizzonte di riferimento delle passività, che è lungo, sia di perseguire un rendimento potenziale maggiore di quello delle cosiddette attività prive di rischio come i Titoli di Stato.

Le obbligazioni sono infatti degli strumenti flessibili in quanto da un lato, permettono di godere della protezione del capitale, al di fuori naturalmente di eventi straordinari e dunque auspicabilmente irrealistici, dall'altro, in alcuni casi offrono l'opportunità di agganciare il rendimento ad attività sottostanti, selezionando quelle che abbiano un maggiore rendimento potenziale come azioni, fondi comuni, fondi hedge, materie prime.

Grazie alle loro caratteristiche i titoli obbligazionari hanno quindi anche contribuito in modo efficiente a soddisfare le esigenze di diversificazione del portafoglio dell'Ente. La costruzione di questo ricco portafoglio ha permesso quindi all'Ente nel corso del tempo di affinare la conoscenza dei mercati, degli strumenti finanziari, degli operatori e dei fattori di rischio-rendimento degli investimenti. Con queste approfondite competenze l'Ente ha quindi gradualmente iniziato ad inserire nel portafoglio strumenti che offrissero un'esposizione diretta sulle classi a maggiore rendimento potenziale, co-

COMPOSIZIONE DEL PORTAFOGLIO COMPLESSIVO ENPAM AL 30/09/09



Si pensi ad esempio che la perdita di valore nello stesso periodo dei fondi pensione "complementari" è stata superiore all'8% e che Calpers, il fondo pensione dei dipendenti pubblici della California, ha perduto quasi il 27% nel periodo da luglio 2008 a gennaio 2009. Crediamo si possa essere soddisfatti del percorso fatto fino ad oggi anche se il cammino è ancora lungo;

me i fondi comuni e gli ETF, caratterizzati da un elevato grado di liquidità, selezionando le migliori case a livello mondiale. Questo percorso di crescita del portafoglio che l'Ente ha realizzato, è sempre comunque avvenuto nell'ambito di un attento monitoraggio degli eventi di mercato. Durante la crisi del 2008, infatti, l'Ente ha immediatamente interrotto il processo di espansione delle classi caratterizzate da maggiori livelli di rischio-rendimento, selezionando esclusivamente investimenti con il più basso grado di rischio possibile. La liquidità disponibile è stata quindi destinata, in questo periodo, all'acquisizione di Titoli di Stato italiani, francesi e tedeschi.

In definitiva, qual è stato quindi l'impatto della crisi sul portafoglio dell'Ente?

Grazie alla struttura del portafoglio stesso, l'impatto è stato pressoché nullo.

Svalutazioni nell'ordine di circa 140 milioni sono state effettuate nel 2008 per gestioni patrimoniali, fondi ed ETF, essendo il capitale di questi asset movimentato quasi quotidianamente, e rientrando quindi essi nell'ambito delle attività finanziarie non immobilizzate. Di tale svalutazione, è stato comunque stimato che a settembre 2009 (il dato a dicembre 2009 è in corso di elaborazione) siano stati recuperati già circa 80 milioni, i quali verranno quindi registrati in chiusura d'esercizio come riprese di valore. Il peso delle svalutazioni contabilizzate nel 2008 è stato comunque estremamente contenuto, considerando che si è trattato di minusvalenze riferite ad un patrimonio mobiliare di circa 5,6 miliardi di euro. A fronte delle perdite registrate nello stesso anno dalla media dei fondi pensione europei e da altre entità che svolgono attività previdenziale, questi risultati appaiono di tutto rispetto.

ma siamo pronti alle sfide future. Ogni euro che deve essere investito in attività finanziarie è sottoposto, oltre che ai controlli di natura ministeriale, ad un rigido sistema di controllo interno. Il processo d'investimento è basato infatti su un attento monitoraggio del mercato e dei suoi operatori, a cui segue la selezione dei prodotti.

Questa fase del processo di selezione prevede un'analisi approfondita che riguarda le performance passate, registrate sia negli anni di crescita che negli anni di caduta dei mercati, i fattori di rischio e di rendimento, il curriculum dei gestori e le strategie seguite. Ogni investimento è quindi sottoposto ad una severa cosiddetta "due diligence", espressione inglese che ritengo non sia errato tradurre con "la diligenza del buon padre di famiglia".

Dopo questo processo di analisi, l'investimento deve superare l'analisi del Comitato Investimenti, organo interno formato da membri del Consiglio di Amministrazione con il contributo del Collegio Sindacale, prima di poter approdare alla decisione finale da parte del Consiglio di Amministrazione, anch'esso attentamente vigilato dal Collegio.

E' una strada complessa e lunga, ma credo che sia quella che deve seguire, appunto, il buon amministratore per gestire un portafoglio come quello dell'Ente, dove comunque ogni decisione d'investimento deve rispondere all'esigenza di equilibrio dei fondi di previdenza nel lungo periodo.

A voi colleghi vorremmo offrire prima di tutto i risultati concreti prodotti fino ad oggi.

E poi tutto ciò che di buono abbiamo messo, oltre agli strumenti finanziari, in questo portafoglio mobiliare: l'impegno, il coraggio, e la passione nel nostro lavoro. •

... passiamo all'immobiliare

Fondo Immobiliare chiuso “Ippocrate” - Le quote sono interamente di proprietà della Fondazione e pure la gestione patrimoniale Immobiliare dell'Ente.

Come noto in Italia, come del resto in Europa e nel mondo, si sta vivendo un periodo di crisi che si ripercuote, in maniera diversificata, sui vari mercati azionari, obbligazionari e immobiliari.

In particolare il mercato immobiliare degli uffici in Italia ha subito nell'ultimo periodo un rallentamento con prezzi e canoni di locazione in calo a seguito di un forte indebolimento della domanda e alla conseguente contrazione delle quantità di beni scambiati a titolo di vendita e di locazione. Nel nostro Paese sono state rilevate, nel primo semestre del 2009, flessioni dei prezzi nella misura del 2,3% con picchi anche superiori al 4% nelle città di Firenze, Milano, Napoli e Padova. Si tratta della prima variazione negativa osservata dal 1998 e che riporta il livello dei valori a quelli praticati poco più di un anno fa.

Tale flessione, ovviamente, ha trovato analogo riscontro nei prezzi dei canoni con flessioni, su base annua, pari al 3,3% nella media dei maggiori mercati italiani. Il “Fondo Ippocrate” (Fondo Comune di Investimento Immobiliare di tipo chiuso), costituito nel marzo 2007 e gestito dalla First Atlantic SGR con lo scopo di incrementare e gestire il patrimonio immobiliare non residenziale della Fondazione ENPAM, dati alla mano, sembra non aver risentito particolarmente di tale “momento” di crisi.

La tabella sottostante riporta il confronto fra il rendimento¹ conseguito dal Fondo Ippocrate, dal mercato azionario e dal mercato obbligazionario a partire dal Marzo 2007 ovvero a partire dalla data di costituzione di Ippocrate:

referimento	Ippocrate	Investimenti Immobiliari - IPD ²	MIBTEL	Titoli di Stato BTP 10 anni
2007	10,41%	9,30%	-6,57%	4,49%
2008	0,29%	-1,60%	-48,66%	4,69%
1° sem 2009	-0,84%	-3,90%	4,29%	4,50%
Cumulativo 2007-2009	8,45%	3,70%	-49,97%	13,60%

Dalla costituzione del Fondo i dati evidenziano un in-

cremento del 10,41% nell'anno 2007, dello 0,29% nell'anno 2008 e un decremento dello 0,84 nel primo semestre dell'anno 2009 con un risultato cumulativo dell'8,45% che denota un rendimento superiore non solo al mercato azionario (che paga lo scotto di una maggiore volatilità e rischiosità) ma anche rispetto allo stesso mercato immobiliare.

Quanto sopra risalta soprattutto analizzando l'andamento nell'anno 2008 dove sia i mercati azionari che immobiliari hanno subito pesanti trend negativi mentre il “Fondo Ippocrate”, come già riportato, ha conseguito una performance, seppur di poco positiva, con un rendimento dello 0,29%.

Nell'analisi delle prospettive e obbiettivi di Ippocrate non va, inoltre, trascurato il fattore durata del fondo (30 anni) che consente di guardare ai possibili cicli negativi di mercato con meno allarmismo visto il lungo orizzonte temporale previsto per la vendita degli immobili.

Pertanto, in un ottica a lungo termine e con i risultati al momento conseguiti, possiamo ritenere il Fondo Ippocrate un prodotto finanziario decisamente solido, in grado di offrire rendimenti sicuri ed idoneo per investimenti di lungo periodo grazie anche ai requisiti che lo caratterizzano, quali:

- l'essere costituito da immobili di elevata qualità, “*trophy assets*”, localizzati nelle aree centrali delle principali città italiane (Roma e Milano);
- l'avere conduttori di primario standing, con elevate e comprovate qualità di affidabilità e solvibilità;
- il poter contare su contratti di locazione di durata medio-lunga in grado di garantire una redditività costante e sicura in una previsione temporale di medio-lungo periodo.

Con riguardo alle perplessità sollevate in merito ai mancati “dividendi” percepiti da Ippocrate va innanzi tutto precisato cosa si intende per “Proventi Distribuibili”. Cadono sotto questo nome i proventi di gestione del Fondo (utile/perdita del periodo) calcolati al netto delle plusvalenze/minusvalenze non realizzate in sede di determinazione del valore del portafoglio immobiliare da parte dell'esperto indipendente.

Le eventuali minusvalenze sono portate ad incremento dell'utile distribuibile a condizione che il valore dei be-

¹ Indicatore sintetico della performance di una quota/azione in un determinato arco temporale. È calcolato come segue: (Valore Quota T - Valore Quota T-1 + Proventi (distribuiti tra T-1 e T)) / Valore Quota T-1.

² L'indice IPD misura il rendimento da canoni sulla base della seguente formula specifica: (Canone Netto T) / (Valore Mercato Immobili T-1 + Valore Acquisizioni nel periodo da T-1 a T).

ni immobiliari e degli altri beni detenuti dal Fondo, singolarmente considerati, sia eguale o superiore al valore di apporto e/o acquisizione dei medesimi.

Nel rendiconto di gestione di dicembre 2008 e nella successiva relazione semestrale di giugno 2009 non si è proceduto alla distribuzione dei proventi per un duplice ordine di ragioni:

1) innanzitutto perché alcuni immobili rilevavano una valutazione inferiore al loro valore di apporto/acquisizione, pertanto le minusvalenze non sono state portate ad incremento del risultato economico ai fini della determinazione dei proventi rendendone, quindi, impossibile a norma di regolamento del fondo la distribuzione;

2) in secondo luogo è da ricordare che la strategia di Ippocrate prevede il raggiungimento di una “massa” gestita di circa 2 miliardi di Euro entro il 2012 attraverso l’ulteriore acquisizione di circa 800 milioni di Euro di immobili a reddito. Risulta pertanto essere fiscalmente più efficiente per l’Investitore una politica di reinvestimento degli utili, piuttosto che una distribuzione degli stessi ed un successivo richiamo di capitale; gli utili distribuiti infatti, sono soggetti ad imposta sostitutiva del 20% mentre gli stessi utili, fino a quando non sono distribuiti, non sono tassati in quanto il Fondo immobiliare è un veicolo fiscalmente efficiente.

Ancora una volta dunque la chiave di lettura per comprendere le scelte fatte da coloro che svolgono l’attività di gestione è data dall’orizzonte temporale del Fondo, poiché un lasso di tempo di così lunga durata (30 anni) rende plausibile supporre che le minusvalenze maturate e non realizzate sino a questo momento saranno oggetto di recupero durante l’arco di vita del Fondo stesso.

Per quanto sopra ricordato possiamo dunque dire che, pur apprezzando l’invito alla prudenza che senz’altro tanto la Fondazione quanto la SGR di Ippocrate fanno proprio, i risultati e le potenzialità del Fondo Ippocrate sono, allo stato, confortati dai positivi risultati ottenuti.

Gestione Patrimoniale Immobiliare

I proventi della gestione immobiliare diretta della Fondazione, nel corso degli ultimi tre esercizi, si sono ridotti e ciò solo in ragione delle vendite che la Fondazione ha deliberato.

Al fine di dare il giusto valore al rilievo, è comunque opportuno leggere i dati nella loro interezza, contestualizzandoli nella strategia che il Consiglio di Amministrazione ha perseguito negli ultimi anni; i punti che

seguono proveranno a dare la corretta e positiva chiave di lettura dei dati:

- nell’ultimo triennio la Fondazione ha ceduto immobili per un controvalore pari ad oltre 618 milioni di Euro con una plusvalenza, rispetto i valori dei cespiti in bilancio, di circa 181 milioni;
- la redditività percentuale dei beni direttamente gestiti dalla Fondazione, sempre nel periodo di riferimento, è rimasta sostanzialmente invariata e ciò a testimonianza che la diminuzione dei proventi da canone è da imputarsi esclusivamente alle vendite;
- le vendite immobiliari, e le conseguenti plusvalenze generate, hanno evidenziato anzitutto una redditività dei beni ceduti sovrastimata³ e, soprattutto, liberato risorse non sfruttate che sono state prontamente reimpiagate, nello stesso ambito immobiliare, in prodotti più redditizi e con uno strumento fiscalmente più efficiente quale è il fondo immobiliare.

È dunque corretta la manovra fatta dal Consiglio che ha meglio valorizzato i propri investimenti immobiliari, migliorandone sia il posizionamento territoriale sia la redditività e, soprattutto, l’efficienza fiscale, tutti fattori utili all’innalzamento del reddito netto.

Le osservazioni sono comunque molto utili perché evidenziano come sia necessario, in un prossimo futuro, illustrare i dati relativi al patrimonio immobiliare consolidando le varie parti che lo compongono (ovvero il patrimonio diretto e quello gestito dalla SGR) al fine di rendere trasparente la strategia perseguita e i buoni risultati ottenuti che solo nella loro interezza si riesce ad apprezzare.

È stato rilevato che nel preventivo del 2010 è previsto un aumento delle entrate per canoni di locazione pari a 4,5 milioni di Euro rispetto al preconsuntivo 2009 e si domanda se la previsione sia da considerarsi ottimistica.

Premesso che le previsioni indicate sono conseguenti all’attuale composizione del portafoglio immobiliare e che dunque ulteriori dismissioni potrebbero produrre una riduzione delle entrate, è utile sapere che la Fondazione ENPAM ha concluso, prima dell’ultimo Consiglio Nazionale, la trattativa per cedere in locazione all’ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica) un immobile, sito in Roma e attualmente non locato, ad un canone annuo di € 4.200.000,00.

Al di là della singola circostanza sono comunque attesi aumenti nei canoni di locazione percepiti, principalmente dovuti ai rinnovi dei contratti residenziali delle abitazioni romane.

³ È evidente che, avendo le vendite generato plusvalenze, la redditività degli immobili prima della cessione era sovrastimata rispetto il valore commerciale dei cespiti e, pertanto, sono stati ceduti beni con redditività reale inferiore alla media del portafoglio.

Una precisazione infine riguardante le spese ovvero gli oneri per i fabbricati da reddito e per i relativi impianti. Non avendone il dettaglio delle spese non è stato possibile apprezzare come, a seguito della richiamata gara europea che ha prodotto il cambio dei gestori, la spesa relativa a questa voce si sia quasi dimezzata; tuttavia i

valori globali degli oneri per i fabbricati sono invariati rispetto gli anni precedenti in quanto si prevede di avviare nel corso del 2010 importanti opere di riqualificazione di fabbricati con un sostanziale aumento dei costi di manutenzione che ha reso non visibile le riduzioni di costo dette. •

Il nuovo corso del mattone Enpam

L'immobiliare è la parte del patrimonio Enpam che, nelle ultime due legislature della Fondazione, ha sostanzialmente mantenuto il proprio "volume", ma quante trasformazioni sono dentro questa apparente "stasi", quante cessioni e acquisti, quante riqualificazioni e diverse modalità nella gestione sono state affrontati per migliorare i proventi di questo storico ed importante segmento del portafoglio dell'Ente.

Il patrimonio immobiliare della Fondazione è certamente tra i più vasti del Paese: a partire dal primo acquisto del 1956 per 50,6 milioni di Lire, adibito a prima sede della Fondazione, il numero di immobili e il loro valore è nel tempo considerevolmente aumentato.

Una fotografia dei beni immobiliari a dicembre dello scorso anno evidenzia un valore complessivo¹ pari a oltre 3,4 miliardi di Euro corrispondenti a circa 2,5 milioni di metri quadrati di strutture coperte collocate principalmente nelle aree metropolitane di Roma e Milano, con una notevole e bilanciata diversificazione tipologica (grafico 1).

Varia è infatti la destinazione d'uso degli immobili: oltre che di abitazioni, che peraltro sono state significativamente ridotte dalle vendite, l'Ente è proprietario di uffici, unità commerciali (negozi, magazzini, locali destinati alla grande distribuzione, esposizione e vendita, logistica ecc.), alberghi congressuali e termali, residenzes e villaggi turistici.

Il grafico 2 fornisce l'asset allocation immobiliare della Fondazione, evidenziando la varietà delle tipologie d'uso degli edifici cui, ovviamente, corrispondono specifiche tipologie contrattuali.

È facile rilevare dal grafico il bilanciato mix di tipologie e l'evidente presenza di un notevole "comparto alberghiero" che, assemblato negli anni '80, richiede specifiche modalità gestionali e notevoli interventi manu-

Grafico 1

DISTRIBUZIONE SUL TERRITORIO valori in bilancio

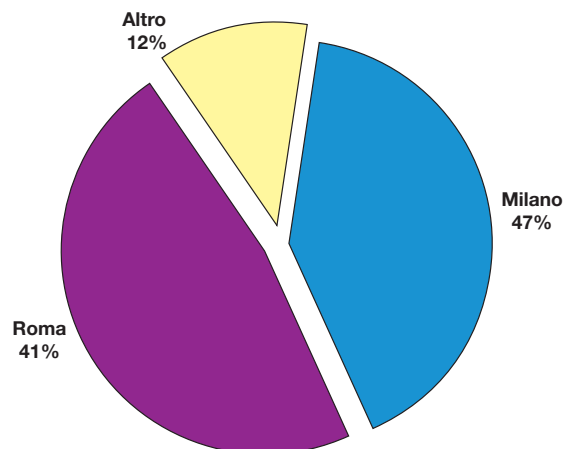
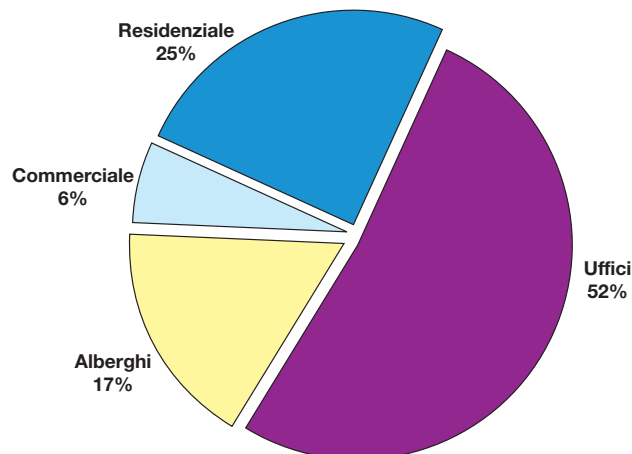


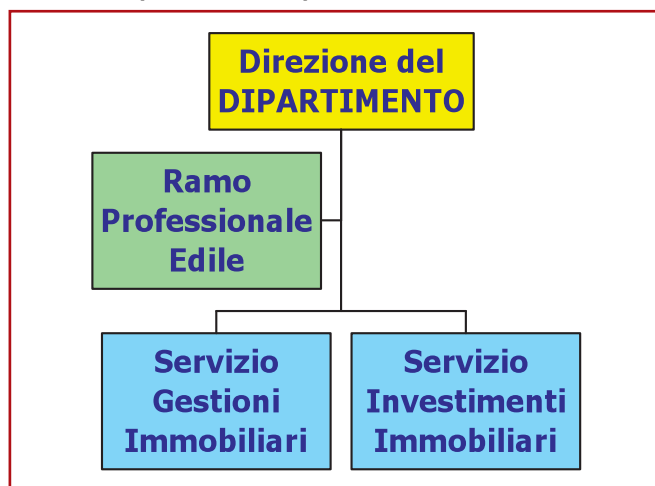
Grafico 2

DESTINAZIONE D'USO per valori in bilancio



¹ Somma del patrimonio immobiliare di proprietà diretta dalla Fondazione e dei cespiti proprietà di società o fondi immobiliari le cui quote sono interamente ascrivibili al patrimonio dell'Enpam.

Dipartimento del patrimonio immobiliare



tentivi e per il quale si ipotizza il conferimento in un futuro fondo immobiliare specializzato.

Su tale complesso patrimonio, a partire dal 1998, che può senz'altro individuarsi come l'anno di inizio del percorso di ristrutturazione intrapreso sotto la direzione dell'Arch. Pietro Ayala, è stato avviato un nuovo modello di gestione che vedeva sette società, selezionate per competenze professionali e requisiti economici, provvedere, mediante delega della Fondazione, alla gestione corrente della gran parte del patrimonio immobiliare.

Ad inizio del 2009, a seguito di una procedura di gara europea, le sette società sono state sostituite con un unico gestore che è supportato, guidato e controllato nelle sue attività dal Dipartimento del Patrimonio Immobiliare dell'Ente cui è riservata la gestione dinamica e straordinaria degli immobili e una serie di funzioni e compiti concernenti l'indirizzo, la programmazione, il controllo sistematico ed il puntuale riscontro dei risultati attesi dai beni a reddito.

A partire dal 2007 una parte sempre più rilevante del patrimonio è gestita, attraverso il fondo immobiliare chiuso Ippocrate, da una SGR immobiliare che opera sotto il controllo degli organi vigilanti (Banca d'Italia e Consob) e della *corporate governance* del fondo.

Il Dipartimento, per rispondere ad alcune domande, si articola in due servizi e si compone, attualmente, di due dirigenti e ventotto impiegati.

È importante sottolineare la drastica riduzione di personale che, con evidente sacrificio, il Dipartimento ha

gestito, passando da oltre 120 impiegati e 6 dirigenti del 1999 agli attuali.

In aiuto al Dipartimento e funzionalmente dipendente da questo, per le attività di "ingegneria" connesse alla gestione tecnica degli immobili, è il Ramo Professionale Tecnico Edile della Fondazione cui appartengono oggi tredici dipendenti, tra diplomati e laureati in ingegneria e architettura abilitati all'attività professionale. Il modello di gestione, così come illustrato, è stato negli ultimi anni perfezionato ed arricchito di contenuti e procedure, finalizzati al mantenimento della funzionalità e fruibilità degli immobili ed all'ottimizzazione del reddito e del valore patrimoniale dei cespiti.

Le premesse fatte, che forniscono una sommaria fotografia del comparto immobiliare e dell'attuale gestione del patrimonio, sono il necessario preambolo per introdurre la disamina della redditività dell'immobiliare Enpam, ovvero di quello che, tra tutti i dati che caratterizzano la gestione di un patrimonio immobiliare, è l'indice di maggiore interesse e ciò è particolarmente vero per la Fondazione che detiene e gestisce i propri *assets* al fine di garantire ai propri iscritti un reddito e quindi l'erogazione delle prestazioni previdenziali e assistenziali.

Poiché spesso vengono comparati tra loro dati non omogenei, con evidenti distorsioni nell'analisi dei risultati, è utile premettere all'esposizione dei dati numerici alcune considerazioni circa la metodologia per il calcolo del reddito di un immobile utilizzata dalla Fondazione. La Commissione Bicamerale di controllo dell'attività degli Enti di previdenza ha indicato un rigoroso criterio cui l'Ente, oramai da anni, si attiene pur non essendo il metodo ancora obbligatorio; sono utilizzate le seguenti definizioni:

Rendimento lordo = Reddito lordo/Consistenza media lorda del patrimonio

Reddito lordo = Canoni di locazione anno in corso + Sanzioni (interessi moratori) + Recupero costi della gestione immobiliare

Rendimento netto = Reddito netto/Consistenza media lorda del patrimonio

Reddito netto = Reddito lordo – Costi diretti² – Costi di gestione³ – Imposte e tasse

Consistenza media lorda del patrimonio⁴ = Valore immobili destinati a locazione + Manutenzioni straordinarie incrementative del valore del bene.

I risultati ottenuti nel miglioramento della redditività lor-

² Tra i costi diretti sono compresi: costo acqua, energia elettrica, TARSU, imposta di registro, portierato, premi assicurativi, manutenzione ordinaria e straordinaria non incrementative del valore del bene, vigilanza.

³ Tra i costi di gestione sono compresi: personale diretto, consulenza immobiliare, intermediazione immobiliare, compensi amministrativi.

⁴ Calcolata come media aritmetica della consistenza del I semestre [(consistenza 1° gennaio + consistenza 30 giugno) / 2] e consistenza del II semestre [(consistenza 1° luglio + consistenza 31 dicembre) / 2]. Il valore degli immobili a locazione è quello assunto ai fini ICI.

REDDITIVITÀ LORDA DA LOCAZIONE DEL PATRIMONIO IMMOBILIARE DIRETTO 1999/2009


da del patrimonio immobiliare sono evidenti nel grafico in cui è illustrata la redditività lorda del 2009 rispetto quella calcolabile alla fine degli anni '90: il miglioramento è pari a circa il 35%.

Ancora più evidente, esaminando il grafico successivo, è la crescita della redditività netta che, negli ultimi dieci anni, ha incrementato il proprio valore oltre il 500%!

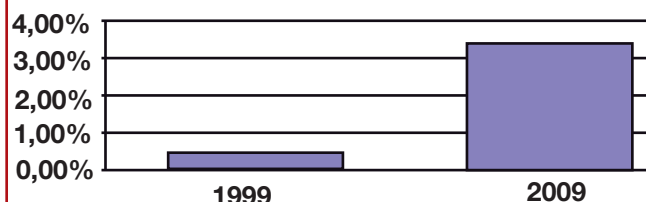
La circostanza non deve sorprendere: è infatti dal 2001 che il Dipartimento, su input dell'Ente, ha avviato le necessarie azioni, anche strutturali (singole cessioni, spin-off, conferimenti d'usufrutto in Enpam Real Estate, fondo Ippocrate), con il dichiarato intento di elevare la redditività lorda, comunque soggetta al mercato, e soprattutto di ridurre le detrazioni che calcolano il dato netto della stessa redditività.

Si noti inoltre che i calcoli esposti non tengono in alcuna considerazione la rivalutazione patrimoniale dei cespiti, ovvero l'incremento di valore che gli immobili hanno nel corso della loro vita e che negli ultimi anni ha visto una rapida ascesa; ciò fa sì che i dati di redditività immobiliare non siano direttamente confrontabili con le rendite da titoli mobiliari, come erroneamente a volte succede.

È infatti noto che analizzando la redditività di un qualsiasi bond si valuta sia la redditività corrente, ovvero la cosiddetta cedola, e sia la plusvalenza al termine della vita del titolo rispetto l'acquisto.

Anche per i beni immobiliari dunque, affinché si possa fare un corretto confronto con altre forme di investimento, dovrebbe sommarsi al reddito da locazione (paragonabile con la cedola annua del bond), la plusvalenza, ovvero la rivalutazione, che l'edificio ha negli anni. La disposizione, come in breve vedremo analizzando le dismissioni, ha aspetti tutt'altro che residuali.

Dato che è la redditività del patrimonio, nella sua accezione più ampia e completa ovvero comprensiva della rivalutazione patrimoniale e delle detrazioni che la riducono, l'obiettivo primario nella gestione del patrimonio stesso, è utile l'analisi delle strategie che, come si è detto, la Fondazione ha adottato per

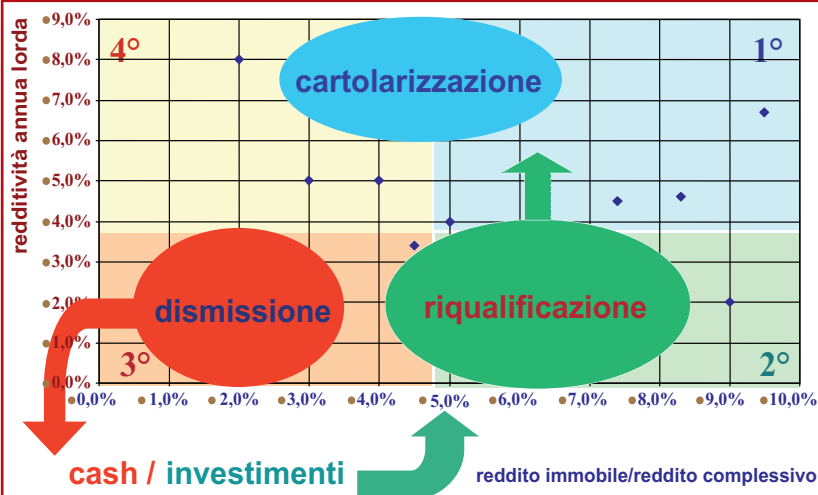
REDDITIVITÀ NETTA GLOBALE DEL PATRIMONIO IMMOBILIARE 1999/2009


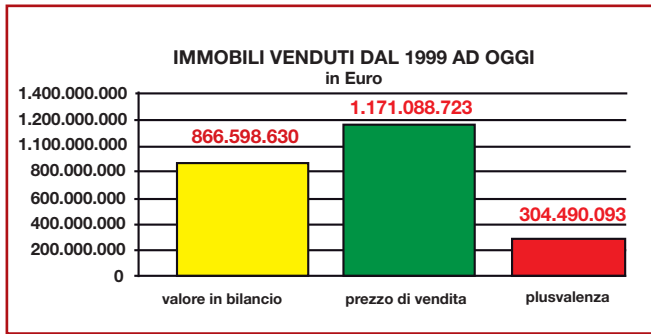
addivenire ai risultati illustrati, operando all'interno di un complesso ed esaustivo sistema di regole e procedure di cui l'Ente si è dotata per affrontare con precisione, efficienza e trasparenza verso il mercato gli importanti progetti di trasformazione che le sono stati proposti.

La strategia che nell'ultimo quinquennio ha guidato la Fondazione Enpam nella gestione del proprio portafoglio immobiliare, ricercando la valorizzazione degli immobili e l'ottimizzazione della redditività complessiva che si trae dagli stessi, ha attivato operazioni di dismissioni, riconversioni, ristrutturazioni, per un riposizionamento dell'asset immobiliare che consenta il massimo ritorno dell'investimento e il raggiungimento di elevati standard gestionali.

Con riferimento alla "matrice della redditività" del patrimonio immobiliare della Fondazione, ovvero alla rappresentazione su un sistema di assi cartesiani del rapporto tra il reddito del singolo immobile rispetto al reddito complessivo e della redditività annua percentuale dello stesso singolo bene, la strategia detta può rappresentarsi come di seguito disegnata ed essere articolata in due punti essenziali:

- cessione dei cespiti non più utili agli obiettivi della Fondazione ed individuati, essenzialmente, nelle zone della matrice a minore redditività,
- riqualificazione degli immobili con potenziale di reddito inespresso.





Coerentemente con quanto indicato al primo punto della strategia, si è avviato un progetto di dismissione di cespiti, opportunamente individuati mediante l'analisi di alcuni dati caratteristici dei singoli immobili, che ha consentito alla Fondazione di operare le proprie scelte con l'ausilio di particolari indici adimensionali, tenendo anche conto dell'attuale reddito e delle prospettive future di utilizzo degli immobili analizzati, della necessità di investimenti specifici e degli altri costi specifici, della loro collocazione geografica.

Utilizzando anche i risultati dell'analisi effettuata, a partire dal 2001 è stato predisposto un elenco, successivamente aggiornato, degli immobili da dismettere e, conseguentemente, si è dato corso alle prime operazioni di cessione sul mercato che, senza soluzione di continuità, si sono protratte fino ad oggi culminando con tre importanti operazioni di spin-off immobiliare che ha visto l'ENPAM, prima Cassa di previdenza privatizzata, gestire con successo tale strumento operativo.

In totale, dal 1999 al 2009, i risultati delle vendite dei beni immobiliari hanno comportato la cessione di 69 cespiti per un valore complessivo in bilancio di 866,6 milioni di Euro ed una plusvalenza di circa 300 milioni di Euro.

Si è visto come il secondo capitolo della strategia prima enunciata, volta al riassetto del patrimonio immobiliare, prevedesse la riqualificazione degli immobili e ciò con due principali finalità:

- ripristinare il decoro e il prestigio di beni "appannati", con i conseguenti riscontri patrimoniali,
- ripristinare l'appetibilità del mercato sul bene e quindi favorire la capacità reddituale dello stesso.

Negli ultimi anni la Fondazione ha realizzato numerosi interventi di ristrutturazione, parziale e globale, di strutture di proprietà: il complesso uffici di via Pola, via Taramelli in Milano, poi venduto alla Regione Lombardia, è solo l'esempio maggiore di una serie d'interventi che dimostra le capacità tecniche e organizzative dell'Ente.

Data l'età di costruzione del patrimonio immobiliare dell'Ente, la presenza del materiale inquinante è diffu-

sa in molti immobili e la Fondazione ha fatto e sta tuttora compiendo un grande sforzo, economico ed organizzativo, per eliminare la pericolosa presenza del materiale dalle proprie strutture; la riqualificazione dell'immobile di proprietà in Corsico, sede della Nielsen Italia, costituisce l'esempio più vistoso dell'opera di bonifica attuata.

Tra le grandi opere di riqualificazione vi sono anche gli interventi nei grandi insediamenti residenziali nella periferia di Milano e, nel prossimo futuro, il restyling del grattacielo Italia all'EUR, del complesso uffici in via Barberini a Roma e del quadrilatero di via Adda, Cornalia, Bordini e Viviani nel cuore di Milano.

Si tratta di alcune delle più pregiate proprietà della Fondazione che, dal loro acquisto avvenuto negli anni '70, non hanno più avuto consistenti ed integrali rifacimenti e quindi oggi mostrano i segni del tempo; su tutti gli immobili elencati sono in corso le progettazioni o le procedure di gara.

Ma la riqualificazione non riguarda solo i grandi e più importanti immobili: al fine di mantenere ed anzi elevare il decoro del patrimonio immobiliare in condizioni a volte precarie, l'Ente negli ultimi anni ha effettuato molteplici appalti di manutenzione straordinaria, tutti con procedura pubblica, cui si aggiungono gli interventi per la manutenzione ordinaria degli stabili.

È evidente lo sforzo istruttorio, di analisi e decisione e quindi organizzativo e realizzativo che deve necessariamente essere fatto per consentire alla Fondazione di raggiungere i risultati attesi.

Nelle riqualificazioni un capitolo a parte meritano gli alberghi e ciò sia per l'importante impegno, anche economico, che tali opere hanno richiesto e sia per la particolare struttura utilizzata dalla Fondazione per attuare il programma.

È stato precedentemente evidenziato come il settore alberghiero rivesta all'interno del patrimonio dell'Ente particolare importanza sia per le dimensioni del comparto e sia, di conseguenza, per l'atteso reddito da locazione.

Lo stato delle strutture alberghiere fino a pochi anni fa era tale da non consentire un favorevole posizionamento sul mercato con un conseguente danno economico per l'Ente. A partire dal 1999 è stato dunque avviato un importante piano di riqualificazione che ha interessato, fino ad oggi, ben 15 tra alberghi e residence per i quali, partendo dagli interventi prioritari quali gli adeguamenti normativi, si è eseguito un vero e proprio programma di restyling che può dirsi oramai concluso.

La riqualificazione degli alberghi ha comportato per l'Ente un rilevante sforzo economico e finanziario per cui, al fine di ottimizzare l'impatto dei costi ed enucleare

il comparto per una migliore conduzione del progetto, è stata costituita una società immobiliare, l'Enpam Real Estate srl a socio unico, alla quale la Fondazione ha ceduto in usufrutto, per 13 anni e a titolo oneroso, la gran parte delle strutture alberghiere.

È dunque l'Enpam Real Estate che ha avviato, a proprio carico e con finanziamento della Fondazione, le opere di riqualificazione degli alberghi che ha avuto in usufrutto ed è la stessa società che riscuote i canoni di locazione dagli albergatori restituendo in tal modo il finanziamento.

La Fondazione ENPAM, prima tra tutte le Casse di previdenza privatizzate, nel corso del 2007 ha acquisito la totalità delle quote di un fondo immobiliare chiuso che è stato denominato Ippocrate.

Successivamente alla sua creazione, le cui fasi sono state attentamente seguite ed indirizzate dall'Ente, Ippocrate ha provveduto ad acquistare un cospicuo e altamente qualificato portafoglio che a tutto il dicembre 2009, dopo quattro successive fasi di sviluppo, si compone di 15 cespiti il cui valore attuale complessivo è pari a 1.183,46 milioni di Euro con un rendimento lordo annuo atteso pari al 6,06% e netto del 3,69%⁵.

Le peculiari caratteristiche dei fondi immobiliari e gli indubbi vantaggi fiscali correlati, rendono la tipologia di investimento di chiaro interesse per l'Ente al punto da poterne ipotizzare un utilizzo più diffuso.

Si è illustrato un patrimonio immobiliare di elevatissimo valore commerciale, tra i privati più grandi del Paese, gestito in modo dinamico ma prudente, con redditività lorde che, nonostante le dimensioni e la vetustà del portafoglio, sono assolutamente confrontabili con le più elevate del settore.

È anche un patrimonio che, con la dovuta cautela, sperimenta le diverse modalità di gestione degli investimenti consentite dalla legislazione vigente, ponendosi all'avanguardia delle Casse privatizzate.

I risultati conseguiti, seppur gratificanti, non possono tuttavia appagare la Fondazione che nel futuro dovrà perseverare sia nell'ottimizzazione del portafoglio, con nuovi acquisti e qualche ancora utile dismissione, e sia nella ricerca del miglior strumento societario attraverso il quale detenere e gestire i beni, unica via allo stato delle cose per migliorare la redditività netta del patrimonio.

L'esperienza fatta con il fondo immobiliare di proprietà indica una delle possibilità da percorrere nel costante intento di rendere il comparto patrimoniale meno rischioso aumentandone al contempo la redditività. •

⁵ Nel calcolo del rendimento netto del fondo sono detratte anche le attuali imposte pari al 20,0% che gravano sui dividendi.

Maternità delle dottoresse

Un'ultima risposta sul problema della maternità. Di fronte all'evento maternità eguale per tutte le donne, diverse sono però le tutele perché in rapporto alle specificità della attività svolta che condiziona in maniera differente la vita della neomamma.

Al contrario dell'ospedalizzazione che svolge una attività con direttive, orari, programmi difficilmente conciliabili con lo stato di madre, la mancanza di orari lavorativi permette alla mamma libero professionista (ivi comprese le mamme di medicina generale) di scegliere con l'autogestione quelle modalità di lavoro tali da conciliare il lavoro con la condizione di madre, da cui la possibilità di continuare a lavorare anche durante il periodo coperto dalla indennità di maternità senza per-

dere il diritto al mantenimento dell'indennità pagata dalla loro Cassa previdenziale, coi minimi e massimi previsti per legge.

Riguardo ai periodi del puerperio dopo il terzo mese che nella dipendenza prevede la possibilità di una astensione dall'attività lavorativa con la decurtazione della retribuzione al 30 per cento con un massimo complessivo col padre di sei mesi, una erogazione economica indennitaria solo per la donna libero professionista (ivi comprese le convenzionate) non sospendendo l'attività professionale si tradurrebbe in pratica in un "bonus aggiuntivo" che potrebbe essere discriminatorio rispetto alla colleghe dipendenti che invece hanno una decurtazione retributiva, posto anche che le risorse economiche sarebbero a carico di tutti gli iscritti. Andrebbe allora rivisto tutto l'impianto per la tutela della maternità per tutte le neo mamme affinché possano vivere questo delicato e fondamentale momento in piena serenità, senza pregiudizi economici. •

**Andrebbe
rivisto
tutto l'impianto
per la tutela
della maternità**



di Mario Falconi (*)

L'affermazione che l'Enpam sia di tutti i medici e odontoiatri potrebbe apparire scontata o addirittura far sorridere, soprattutto coloro che la sentono lontana dai propri interessi o peggio la vivono con fastidio come un qualsiasi Ente esattore di cui si farebbe volentieri a meno.

E' ben vero che la carente cultura sui temi previdenziali ha bisogno di strutturali e costanti investimenti formativi da parte di chi è chiamato ad amministrare i soldi dei contribuenti, ma senza il coinvolgimento attivo di tutti gli Ordini professionali e dei sindacati medici, la strada da percorrere sarà sempre lunga e tortuosa. Tutti possiamo e dobbiamo fare di più, ma è indi-

Nel mondo politico è forte la tentazione di attentare al nostro ingente patrimonio

spensabile soprattutto l'aiuto dei sindacati della dipendenza che, dall'alto della loro autorevolezza, informino i propri associati, in maniera del tutto trasparente ma anche oggettiva, di quello che l'Enpam è in grado di offrire loro sia in senso previdenziale che assistenziale, anche rispetto al rapporto contributi versati e pensioni ottenute al compimento dei 65 anni (ci riferiamo ovviamente agli iscritti al Fondo generale). Al di là del corretto e coerente aspetto pensionistico, abbiamo già in passato pubblicato i dati riguardanti migliaia di colleghi (convenzionati, ospedalieri, universitari o liberi professionisti) e/o loro familiari, che hanno potuto, in condizioni di varie fragilità, ottenere, spesso in maniera reiterata, importanti contributi economici.

Le centinaia di colleghi e colleghe, vittime, in varia forma, del recente terremoto abruzzese rappresentano l'ultima testimonianza di quanto il nostro Ente abbia fatto e stia facendo per loro.

L'Enpam è dei medici e degli odontoiatri

La solidità dell'Ente e la sua potenzialità prefigurano ulteriori positivi futuri sviluppi per la Fondazione. Il coinvolgimento degli Ordini per creare una cultura previdenziale. L'ambito assistenziale, anche a seguito del terremoto abruzzese, svolge un ruolo particolarmente apprezzato

La Fondazione Enpam è solida e con grandi potenzialità di ulteriori positivi futuri sviluppi.

Purtroppo però, troppo spesso siamo costretti a fare i conti con destabilizzanti e ricorrenti affermazioni, dettate dall'ignoranza, da parte di coloro che non conoscono quasi nulla delle nostre politiche previdenziali e anche assistenziali.

È indispensabile inoltre isolare tutti coloro che, anche inseriti, in posti di responsabilità, nel contesto medico e odontoiatrico, cercano di privilegiare i propri interessi personali a scapito di quelli generali.

Pertanto non è un mistero, e la storia in tal senso ne può essere maestra, che nel mondo politico è forte la tentazione di attentare, con cupidigia, del tutto o

in parte, al nostro ingente patrimonio.

Siamo perfettamente consapevoli di ripetere cose già dette ma, visto che i pericoli sono sempre dietro l'angolo, "repetita iuvant", anche perché, nell'approssimarsi del rinnovo del CDA, sono in progressivo aumento turbolenze e interessati corteggiamenti dei "grandi elettori".

A volte la soluzione ai problemi, se si è intellettualmente onesti, è molto più semplice e vicina di quanto si possa pensare.

Da anni combattiamo perché nell'agenda della politica siano rimessi al centro fondamentali valori, quali ad esempio la MERITO-CRAZIA, se si vuole riportare il nostro paese a livelli di eccellenza.

Anche per il futuro dell'Enpam riteniamo valga no gli stessi vitali principi: scegliere i futuri amministratori, in assoluta libertà, ma tenendo la barra ben salda e dritta verso CAPACITÀ, COMPETENZA e ONESTÀ.

(*) Vice presidente vicario Enpam

Rapporto 2010, Enpam esempio di virtuosismo

Importante riconoscimento per il nostro Ente dal 22esimo Rapporto Italia 2010 dell'Eurispes, presentato nelle scorse settimane al pubblico, che ha onorato l'Enpam quale esempio virtuoso del passaggio dal pubblico al privato. Enpam costituisce, infatti, secondo Eurispes, un modello per amministrazione, conduzione, competenza ed efficienza, al punto che, in un periodo caratterizzato da di-

scusse ipotesi di riforma previdenziale, l'Ente si distingue per aver saputo gestire il passaggio al privato con "agilità e flessibilità, senza mettere in discussione la propria missione sociale ed economica". I ricercatori si sono serviti di tutte le cifre all'attivo dell'Ente per presentare un quadro molto promettente per il presente e il futuro di iscritti e dipendenti, in linea con quanto già emerso dal periodico

controllo sugli Enti operato dalla Corte dei Conti, ma anche rivolgendo una particolare attenzione per i benefici che ne deriveranno all'Ente guidato da Eolo Parodi in una prospettiva di medio-lungo termine. Le positività riguardano anche la composizione del suo corpo di iscritti che, per condizione previdenziale, può contare su un rapporto con i pensionati decisamente promettente: si va da 6 iscritti a 0,79 iscritti

per pensionato, a garanzia di una solida sostenibilità dei bilanci di lungo periodo che si traduce in un rapporto fra contributi e pensioni pari nel 2008 all'1,89%. Questi primi dati confermano, comunque, una più generale tendenza positiva mostrata da Enpam rispetto al numero degli iscritti che per gli ultimi quindici anni presenta un netto aumento, pari a più di 75mila unità. Ugual tendenza positiva e in rapida crescita è quella registrata per il patrimonio della Fondazione che in virtù della privatizzazione si è quadruplicato, favorendo l'aumento di un avanzo di bilancio accertato e in previsione promettente rispetto alla gestione futura e alle difficoltà economiche attuali. I dati sono il risultato di una gestione lungimirante e, soprattutto, trasparente, del patrimonio della Fondazione che ha saputo adeguarsi anche alla privatizzazione e al conseguente scioglimento delle società immobiliari per il conferimento nella rendicontazione delle attività mobiliari. Il tutto, peraltro, è stato ottenuto in Enpam con spese affatto eccessive: ne sia una dimostrazione il dato secondo il quale tutte queste trasformazioni sono state gestite includendo nell'organico della Fondazione solo otto nuove unità di personale fra il 1994 ed il 2009. L'impiego delle risorse umane a disposizione si rivela virtuoso, secondo quanto sottolinea il Rapporto Eurispes, se è effettivamente orientato a coniugare le esigenze di funzionalità dell'Ente con il rispetto della persona. •

Rapporto iscritti/pensionati - Valori al 2008
Valori assoluti e percentuali

Fondo	Iscritti	Pensionati	Rapporto iscritti/pensionati
Fondo di Previdenza Generale - Quota A	342.260	82.501	4,14/1 pens.
Fondo di Previdenza Generale - Quota B	137.888	22.903	6,02/1 pens.
Fondo dei Medici di Medicina Generale	69.452	25.531	2,72/1 pens.
Fondo Specialisti Ambulatoriali	16.737	11.497	1,45/1 pens.
Fondo Specialisti Esterni	4.867	6.126	0,79/1 pens.
N.B. Circa il raffronto tra i contributi e le pensioni, al 2008 la Fondazione Enpam registra un rapporto di 1,89 con 1.836,42 contributi e 970,63 pensioni. Fonte: Fondazione Enpam.			

Situazione patrimoniale - Dal 1990 al 2008 (Valori in euro)

Anni	Totale Attivo	Totale Passivo	Avanzo economico	Patrimonio netto al 31/12
1990	2.486.143.767,25	261.480.001,48	220.088.550,68	2.224.663.765,77
1991	2.780.789.814,76	237.672.588,70	318.453.460,28	2.543.117.226,06
1992	3.008.817.476,97	254.659.994,79	211.040.257,15	2.754.157.483,21
1993	2.827.348.624,05	179.621.809,96	-106.430.669,12 (*)	2.647.726.814,09
1994	2.880.234.333,79	166.670.067,51	65.837.452,19	2.713.564.266,29
1995	2.867.600.835,98	135.542.849,38	18.493.720,32	2.732.057.986,60
1996	2.898.347.362,05	156.883.563,15	9.405.812,30	2.741.463.798,90
1997 (**)	3.472.152.251,40	216.839.265,83	148.508.723,61	3.255.312.985,58
1998	3.740.998.168,55	260.943.689,17	224.741.493,81	3.480.054.479,39
1999	3.997.121.841,89	317.930.505,76	199.136.856,74	3.679.191.336,13
2000	4.235.177.078,00	321.892.672,00	234.093.070,00	3.913.284.406,00
2001	4.580.198.337,00	324.487.952,00	342.425.979,00	4.255.710.385,00
2002	4.977.516.593,00	316.907.239,00	404.898.969,00	4.660.609.354,00
2003	5.391.481.812,00	288.845.190,00	442.027.265,00	5.102.636.622,00
2004	6.078.313.844,00	293.021.817,00	671.436.093,00	5.785.292.027,00
2005	6.839.443.655,00	247.429.544,00	813.941.396,00	6.592.014.111,00
2006	7.652.365.487,00	258.995.168,00	801.357.208,00	7.393.370.319,00
2007	8.505.393.744,00	188.393.895,00	927.629.530,00	8.316.999.849,00
2008	9.309.149.933,00	316.180.554,00	675.969.530,00	8.992.969.379,00

(*) Il dato si riferisce all'anno del commissariamento, unico in cui si è registrata una flessione negativa del patrimonio.

(**) Primo bilancio civilistico, nonostante la privatizzazione risalga al 1994.

Fonte: Fondazione Enpam.



di Alberto Oliveti (*)

Quando si vuole rappresentare una gestione onesta e trasparente si usa la similitudine del... “come farebbe un buon padre di famiglia”. Richiamando idealmente l'immagine del paterfamiliae attento alla difesa del suo nucleo, si trasmette anche una immagine di genuino impegno ad un equilibrio basato sui fondamentali della economia casalinga: il costante controllo di quanto entra, l'accurata amministrazione di quanto esce - all'insegna del passo per la gamba e delle necessità prioritarie - ed in caso di bisogno il saper fare di necessità virtù.

Ed il richiamo al primo dei fondamentali - quanto entra - ci viene in questi giorni dalla cronaca che ci racconta di come l'Inps, nel-

La contribuzione individuale ai Fondi gestiti è la base su cui si fonda tutto il sistema Enpam

Evoluzione della professione e sistema previdenziale

l'ambito dell'operazione Po-seidone di concerto con l'Agenzia delle Entrate stia cercando di rastrellare contributi dai medici ritenuti evasori dell'obbligo alla contribuzione per la previdenza obbligatoria.

Non mi soffermerò sull'evidente ingerenza di campo di un Istituto che è alla disperata ricerca di finanziamenti per medicare i suoi bilanci feriti da anni di gestioni all'insegna del consenso politico che tanto alla fine un Pantalone che paga si trova.

Mi preme sottolineare come uno dei problemi prossimi venturi della Fondazione Enpam potrebbe riguardare l'approvvigionamento dei contributi nella competizione con altre gestioni alle prese con problemi di equilibrio, in uno scenario demografico di costante aumento dell'aspettativa di vita, in un panorama economico finanziario di difficile lettura dove l'insegnamento che ci viene dalla storia recente è che nessuno dei modelli usati è in grado di prevedere i futuri eventi e dove la professione di domani potrà assumere aspetti ben differenti da quella che conosciamo oggi.

Sarà un compito non facile trovare la compensazione del costo della generazione di pensionati ad alta aspettativa di vita nelle opportu-

nità offerte dai mercati finanziari mondiali per far rendere al meglio la massa di contributi incassati dall'esercizio di una professione in progressiva evoluzione di conoscenze e di pratiche tecniche.

Non credo che dal punto di vista professionale l'introduzione di nuovi orizzonti operativi sarà indifferente per le entrate contributive dell'Enpam.

La medicina predittiva collegata alle nuove conoscenze sul genoma e la medicina molecolare basata sulle cellule staminali, con le sue applicazioni terapeutiche e rigenerative, modificheranno sensibilmente il classico profilo prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, attirando inevitabilmente nuovi interessi economici oltre che scientifici.

La Fondazione, che basa le sue prestazioni sulla oculata amministrazione e messa a reddito dei contributi derivanti dai redditi da lavoro autonomo dell'esercizio professionale dei medici iscritti, dovrà verosimilmente fare i conti con nuove modalità di investimento e di profitto dei capitali che verranno investiti nel business salute di una popolazione in continuo invecchiamento ed alla spasmodica ricerca di un benessere quasi mitologico.

La contribuzione individuale ai Fondi gestiti è la

base su cui si fonda tutto il sistema Enpam. Già oggi l'ampliamento dei profili professionali sanitari si è aggiunto al crescente esercizio di attività sanitarie in forme societarie di capitale ed all'evasione fiscale nel sottrarre flussi contributivi destinati ai medici.

E' prevedibile che la ricerca del massimo profitto porterà a studiare nuove modalità di aggiramento dell'obbligo contributivo individuale. E' altrettanto prevedibile che una medicina sempre più tecnologizzata sempre di più farà affidamento su professionisti tecnici, più bioingegneri che medici.

Si potrebbero ridurre gli spazi professionali per i medici, e quel che è più grave le loro opportunità di guadagno.

In estrema sintesi, dovremo occuparci dell'evoluzione della professione anche per la tenuta del suo sistema previdenziale, basato su un patto tra le generazioni successive.

Mi auguro che questa consapevolezza aggiunga un ulteriore elemento di sensibilizzazione all'esigenza di politiche professionali condivise e concordate da parte di tutte le organizzazioni ed aggregazioni mediche interessate, sia ordinistiche che professionali e sindacali. •

(*) Consigliere Enpam

Sempre alla ricerca di maggiore visibilità

L'intero universo dei sanitari in pensione - medici, farmacisti, veterinari - è un grande serbatoio da cui attingere adesioni per una maggiore visibilità e quindi capacità contrattuale. Un nuovo rapporto di sinergia con tutte le categorie del mondo sanitario

di Leonardo Petroni (*)

La Federspev, con oltre 40 anni di esperienza, è una Federazione nata per rispondere ai bisogni ed esigenze morali e materiali della classe sanitaria.

In essa ognuno ritrova un po' di se stesso dal punto di vista umano, professionale e culturale.

Il suo obiettivo è creare scambi interattivi fra tutti i gruppi di questa categoria per affrontare insieme e in modo dinamico le problematiche relative allo stato di quiescenza.

Per tale scopo, al suo interno c'è un team di professionisti in grado di offrire agli associati un valido supporto ed una completa assistenza. Essa si consolida se nell'ambito dei suoi programmi trova condivisione e coinvolgimento da parte di tutti coloro che fanno parte di questa grande categoria. Dal numero degli iscritti che fanno parte di una federazione, di un sindacato o di qualsiasi altra associazione dipende indiscutibilmente la sua visibilità. Il tasso di partecipazione o se vogliamo di sindacalizzazione è considerato il più importante indice di efficacia delle organizzazioni di rappresentanza. Nel caso della Federspev la

soglia di significatività di questo tasso deve necessariamente e continuamente aumentare per non mettere in discussione la natura stessa di qualsiasi esperienza sindacale.

L'intero universo dei sanitari (medici, farmacisti, veterinari) in pensione è un grande serbatoio da cui attingere adesioni per una maggiore visibilità e quindi capacità contrattuale.

Sappiamo che un processo stimolante e riaggregante è difficile, ma è necessario, sapendo che il futuro sarà determinato da come riusciremo a consolidare e sviluppare il nostro ruolo di parte sociale.

La Federspev, conscia di questo problema, sta cercando da ogni parte vie di uscita, sia dal punto di vista rivendicativo, aggregando-

si a strutture che hanno maggiori competenze nel ruolo contrattuale, sia per quanto riguarda il così detto proselitismo, rilanciando un rapporto di sinergia con tutte le categorie del mondo sanitario.

La Federspev, agevolando il contatto non solo con i colleghi impenetrabili, per i quali auspica una crescita della coscienza sindacale, ma anche con gli attivi prossimi alla pensione, cerca di svilupparsi numericamente per essere un punto di riferimento in una società sempre meno solidale.

Non avendo per questo scopo uno strumento funzionale, utilizza nuovi spazi riservati alla divulgazione di tutte le attività ed iniziative politico-sindacali condivise.

Uno di questi spazi, senz'altro il più autorevole, la Fe-

derspev lo ha ottenuto dall'Enpam, a cui è veramente molto grata, che le concede di pubblicare mensilmente una rubrica su "Il Giornale della Previdenza".

Questo importante canale di comunicazione nazionale offre alla Federazione una maggiore visibilità nel mondo sanitario, una ulteriore chance per farsi conoscere e una più proficua penetrazione negli spazi, ancora molto ampi, occupati dagli impenetrabili, consapevole che l'unità di azione è un valore, una ricchezza per il mondo sindacale.

La continua ricerca di nuovi spazi attiva rapidamente il concetto di solidarietà, quello che conduce poi alla creazione di una coscienza collettiva.

Conquistare una accresciuta visibilità vuol dire avere anche la forza di indignarsi, di muoversi su più fronti e a tutti livelli politici, stare svegli e pronti ad affrontare le sfide che la tempesta economico-finanziaria ci agita davanti e con la quale tocca al ceto medio fare i conti.

La delicatezza del momento ci deve dare occasioni di ritrovarsi per un riconoscimento dei veri valori ed in nome di questi tutela determinata di diritti morali e materiali acquisiti.

() Comitato Direttivo nazionale Federspev*

Info: FEDER.S.PEV (Federazione Nazionale Sanitari Pensionati e Vedove)
via Ezio, 24 -00192 Roma
tel. 06.3221087, 06.3208812,
fax 06.3224383,
tel. ufficio stampa:
347.6843236
e-mail federspev@tiscalinet.it
www.federspev.it.



Contributo "Quota A", domiciliazione bancaria

di Vittorio Pulci (*)

Nel corso del prossimo mese di aprile, tutti gli iscritti al Fondo di Previdenza Generale tenuti a corrispondere il contributo "Quota A", riceveranno il relativo avviso di pagamento, trasmesso da Equitalia Esatri S.p.A.

Fra le diverse modalità di versamento messe a disposizione degli iscritti, si evidenzia la possibilità di attivare la c.d. **domiciliazione bancaria** (addebito permanente in conto corrente bancario). Con tale servizio è possibile ottemperare agli obblighi contributivi relativi alla "Quota A" in modo semplice, automatico e, soprattutto, senza doversi recare, ad ogni scadenza di rata, presso gli Istituti di credito o le agenzie postali.

Con la domiciliazione bancaria (procedura RID), infatti, il pagamento delle somme dovute è effettuato automaticamente l'ultimo giorno utile per il versamento di ciascuna rata (o alla scadenza della prima rata, in caso opzione per il pagamento in unica soluzione) mediante addebito diretto sul conto corrente comunicato a tal fine dall'iscritto. Il servizio offerto, quindi, è del tutto analogo a quello previsto in caso di domiciliazione del pagamento delle utenze domestiche (luce, gas, telefono etc.). La comodità di tale modalità di corresponsione del contributo è già stata sperimentata da oltre 100.000 iscritti

che hanno attivato la suddetta procedura RID.

Gli iscritti interessati possono attivare il servizio in esame sin da ora collegandosi tramite Internet al portale www.taxtel.it, ovvero chiamando il numero 800.178.090 (da telefono cellulare n. 02.64 16.1703) dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle 16.45.

In alternativa, è possibile attendere la ricezione dell'avviso di pagamento trasmesso da Equitalia ESATRI S.p.A. nel corso del prossimo mese di aprile e compilare l'apposito modulo di adesione da inoltrare tempestivamente al medesimo Agente della riscossione. **Il modulo RID, quindi, non deve essere presentato alla propria banca, ma deve essere inoltrato direttamente ad Equitalia ESATRI S.p.A.** Per il servizio offerto, la commissione richiesta da Equitalia ESATRI S.p.A. è di € 2,07 per addebito.

Le domande di attivazione della domiciliazione bancaria relative al contributo "Quota A" posto in riscossione nel corrente anno devono necessariamente pervenire entro il 31 maggio. Tutte le richieste di adesione presentate entro tale data determinano l'addebito in conto corrente dell'intero importo dovuto, secondo le modalità di pagamento prescelte (unica soluzione o pagamento rateale). **In tale caso, pertanto, l'iscritto non dovrà in alcun caso procedere al versamento di-**

retto dei contributi dovuti, anche qualora abbia ricevuto i relativi bollettini RAV.

Il pagamento del contributo mediante il servizio RID, ai fini della deducibilità fiscale, potrà essere comprovato dagli addebiti riportati negli estratti di conto corrente inviati dalla banca e da un **riepilogo annuale dei pagamenti intervenuti che Equitalia ESATRI S.p.A. invierà a mezzo posta, in tempo utile per gli adempimenti fiscali.**

Si evidenzia, inoltre, che da quest'anno sarà attivato, in via sperimentale, un nuovo servizio per gli utenti registrati presso il portale www.enpam.it. Tali iscritti, infatti, accedendo all'Area riservata del sito della Fondazione potranno reperire direttamente un duplicato della certificazione dei pagamenti effettuati mediante RID, rilasciata da Equitalia ESATRI S.p.A.

È evidente, infine, che l'attivazione della domiciliazione di pagamento mediante addebito permanente in conto corrente bancario consente di evitare i possibili disagi connessi al mancato ricevimento o allo smarrimento dei bollettini RAV. Infatti, anche in tale evenienza, alle scadenze di rata viene effettuato l'addebito di quanto dovuto e la documentazione del pagamento, utile ai fini fiscali, è trasmessa al domicilio dell'iscritto a cura di Equitalia ESATRI S.p.A.

Si ricorda, per completezza,

che oltre alle ordinarie modalità di pagamento dei bollettini RAV (presso le agenzie postali e gli istituti di credito) Equitalia Esatri S.p.A. offre le seguenti possibilità di versamento del contributo:

- pagamento con di carta credito (Servizio Taxtel) (circuiti abilitati: Moneta, Visa, Mastercard, American Express, Diners e Aura) via Internet sul portale www.taxtel.it, ovvero mediante i diversi canali telematici indicati su tale sito e nelle istruzioni allegate ai bollettini. L'importo massimo consentito per ciascuna operazione è di € 1.000,00 ed il costo del servizio è pari al 1% dell'importo pagato;

- pagamento mediante Bancomat presso tutti gli sportelli Bancomat di Intesa Sanpaolo (funzione Bonifici/Pagamenti) indicando il numero di RAV;

- tramite Internet Banking di Intesa Sanpaolo, Banca Mediolanum, IW Bank e Banca Sara (per coloro che ne sono correntisti);

- presso le ricevitorie SISAL abilitate ai servizi di riscossione utilizzando i bollettini RAV allegati che riportano sul retro il codice da utilizzare per il pagamento delle singole rate o del totale, al costo di € 1,55 per pagamento;

- presso gli sportelli dell'Agente della Riscossione Equitalia Esatri S.p.A. nella provincia di Milano, senza alcun costo aggiuntivo.

Si rammenta, infine, che **i contributi previdenziali sono integralmente deducibili dal reddito complessivo, ai sensi dell'art. 10, comma 1, lett. e) del Testo Unico delle Imposte sui Redditi (TUIR).**

(*) *Dirigente Enpam*

di Marco Perelli Ercolini (*)

In caso di parto plurimo il T.U. per la tutela della maternità e paternità di lavoratori dipendenti, esclusi quindi i liberi professionisti, non prevede per il congedo obbligatorio il diritto a ulteriori periodi.

Al contrario per il congedo parentale (fino a sei mesi per la madre, fino a sette mesi per il padre, nel limite complessivo di dieci o undici mesi fra entrambi i genitori di cui solo sei con indennità) ciascun genitore lavoratore dipendente pubblico o privato ha diritto alla fruizione per ogni nato.

Anche il trattamento economico (30 per cento della retribuzione percepita per un periodo massimo complessivo di sei mesi cumulativamente tra madre e padre entro il terzo anno di vita del bambino; per il periodo oltre il terzo anno di vita, ma prima del compimento de-

Tutele in caso di parto plurimo

gli otto anni l'indennità è subordinata a certe condizioni di reddito per la durata massima) va moltiplicato per il numero dei nati.

Laddove la contrattazione collettiva di lavoro prevede condizioni di maggior favore, come per esempio nel caso della pubblica dipendenza che prevede il primo mese di astensione facoltativa a contribuzione piena, in casi di parto gemellare o plurigemellare i mesi di congedo parentale con piena retribuzione dovrebbero essere due o più in relazione al numero dei figli nati. Abbiamo detto "dovrebbe" perché l'interpretazione non è univoca. In particolare, secondo il tribunale di Modena (sentenza 584/07 emes-

sa l'8 gennaio 2008) la retribuzione intera vale solo per i primi 30 giorni del periodo valutato nel suo complesso: infatti, la normativa contrattuale, facendo riferimento all'articolo 32, comma 1, lettera a) del decreto legislativo n. 151/2001, già ricomprirebbe l'ipotesi (prevista e disciplinata da questo articolo) di parto plurimo, stabilendo che nel periodo di fruizione del congedo facoltativo (che dunque in caso di nascita di due figli compete fino a 12 mesi) i primi 30 giorni siano retribuiti per intero. Ma solo i primi 30.

Il genitore che intende avvalersi di ulteriori periodi di congedo parentale per la presenza di due o più figli

gemelli deve presentare domande separate.

Anche i permessi per l'allattamento sono in relazione al numero dei figli partoriti: infatti la legge 151/2001 all'articolo 41 prevede espressamente che in caso di parto gemellare, i periodi di riposo siano raddoppiati e le ore aggiuntive possano essere utilizzate anche dal padre anche quando la madre non ne goda in quanto lavoratrice parasubordinata o autonoma (artigiana, commerciante, coltivatrice diretta, colona, mezzadra, imprenditrice agricola professionale, parasubordinata e libera professionista, aventi diritto ad un trattamento economico di maternità a carico dell'Inps o di altro ente previdenziale con esclusione quindi solo dei senza lavoro e dei disoccupati). Il padre lavoratore dipendente può fruire dei riposi anche durante i tre mesi dopo il parto, nonché durante l'eventuale periodo di congedo parentale della madre. In tali periodi, il diritto spetta nella misura di 2 ore o 1 ora a seconda dell'orario di lavoro, in analogia a quanto disposto in merito alle ore "aggiuntive" riconosciute al padre in caso di madre lavoratrice dipendente.

I permessi per l'allattamento sono considerati ore lavorative agli effetti sia della durata che della retribuzione del lavoro (intero ammontare della retribuzione). Da ultimo ricordiamo che quanto sopra, vale anche in caso di adozione o affidamento plurimo. •

(*) *Consigliere Enpam*

PERMESSI GIORNALIERI IN CASO DI PARTO PLURIMO (*)

Madre	Padre	
orario di lavoro di almeno 6 ore giornaliere	orario di lavoro di almeno 6 ore giornaliere	orario di lavoro inferiore a 6 ore giornaliere
4 ore	0 ore	0 ore
3 ore	1 ora	1 ora
2 ore	2 ore	1 ora
1 ora	3 ore	2 ore
0 ore	4 ore	2 ore
in astensione obbligatoria o facoltativa	2 ore	1 ora
Madre	Padre	
orario di lavoro inferiore a 6 ore giornaliere	orario di lavoro di almeno 6 ore giornaliere	orario di lavoro inferiore a 6 ore giornaliere
2 ore	0 ore	0 ore
1 ora	2 ore	1 ora
0 ore	4 ore	2 ore
in astensione obbligatoria o facoltativa	2 ore	1 ora

(*) In base alla sentenza della Corte costituzionale numero 104/2003 anche in caso di adozione o affidamento plurimo spettano doppi riposi giornalieri. Possono avvalersi del diritto sino al raggiungimento della maggiore età e entro il 1° anno dall'ingresso in famiglia del minore.

Calcolo dei trattamenti, ecco le nuove tabelle

di Giovanni Vezza
Dirigente Enpam

Come di consueto all'inizio dell'anno veniamo incontro alle richieste dei numerosi iscritti che vogliono procedere personalmente al calcolo dei trattamenti previdenziali maturati, pubblicando le tabelle che saranno utilizzate dagli Uffici per determinare le Pensioni a carico del Fondo di Previdenza Generale e dei Fondi Speciali, aventi decorrenza nell'anno 2010.

Quest'anno l'incremento percentuale rilevato dall'indice ISTAT dei "prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati" è pari a **0,75%**, contro il 3,23% del 2008, registrando un notevole decremento rispetto all'anno precedente.

Alla luce di quanto disposto dalla normativa regolamentare dei Fondi, sono state quindi aggiornate le tabelle per il calcolo dei trattamenti previdenziali.

Si fa presente che, sulla base della medesima rilevazione, viene effettuata, con decorrenza dal 1° gennaio 2010, anche la rivalutazione delle pensioni in godimento al 31 dicembre 2009 a carico del

Fondo di Previdenza Generale "Quota A" e "Quota B" e dei Fondi Speciali. La rivalutazione è applicata sull'importo complessivo delle prestazioni erogate a ciascun iscritto da tutti i Fondi di previdenza gestiti dall'Enpam, nella seguente misura:

- 75% dell'incremento percentuale dell'indice Istat (corrispondente per quest'anno allo **0,56%**), fino al limite di quattro volte il trattamento minimo a carico del Fondo pensioni per i lavoratori dipendenti (e cioè, per il 2010, sino al limite di € 23.803,52 annui lordi corrispondenti al quadruplo del trattamento minimo Inps per l'anno 2009);
- 50% dell'incremento dell'indice Istat (corrispondente per quest'anno allo **0,38%**), oltre tale limite.

Per il calcolo delle prestazioni erogate dal Fondo di Previdenza dei Medici di medicina generale, Pediatri di libera scelta e addetti ai Servizi di continuità assistenziale ed emergenza territoriale, si dovrà fare riferimento alla **tabella n. 1**, contenente i coefficienti di rivalutazione al 100% dei compensi percepiti dal medico. L'art. 7, comma 4, del Regolamento del Fondo prevede

infatti che, per la determinazione della base pensionabile, il reddito percepito in ciascun anno, ricostruito dai contributi accreditati anno per anno a nome del medico venga rivalutato in base al 100% dell'incremento percentuale registrato dall'indice ISTAT dei prezzi al consumo tra l'anno cui si riferiscono i contributi stessi e quello che precede l'anno di decorrenza della pensione. Tali compensi rivalutati devono essere, quindi, sommati ed il risultato diviso per il numero di anni di contribuzione effettiva al Fondo, ovvero ricongiunta, ove non coincidente.

La **tabella n. 1** viene anche utilizzata per il calcolo dei trattamenti liquidati dal Fondo Specialisti Ambulatoriali con il medesimo sistema del Fondo dei Medici di Medicina Generale; ciò accade quando la data di cessazione del rapporto sia anteriore di più di 10 anni rispetto a quella di decorrenza della pensione.

La **tabella n. 2** si riferisce al calcolo previsto dall'art. 8, comma 2, del Fondo Ambulatoriali e viene applicata alle posizioni di quei Sanitari che, benché cessati dal rapporto professionale, hanno dovuto

attendere, per richiedere il trattamento di loro spettanza, il raggiungimento di una delle seguenti condizioni:

- 65 anni di età;
- 30 anni di anzianità di laurea, 58 anni di età e 35 anni di contribuzione (raggiunti con il cumulo dell'anzianità contributiva maturata presso un Fondo Speciale diverso da quello cessato, ovvero con la ricongiunzione di altra posizione previdenziale obbligatoria);
- 40 anni di contribuzione e 30 anni di anzianità di laurea, con qualunque età;
- sopravvenuta invalidità permanente.

In questi casi, ai sensi dell'art. 8 comma 2, del Regolamento del Fondo Ambulatoriali, la prestazione di competenza viene calcolata sulla base della normativa in vigore all'atto della cessazione e viene successivamente maggiorata, mediante i coefficienti riportati nella tabella n. 2, del 100% dell'indice ISTAT per ciascun anno trascorso dall'anno che precede quello della cessazione del rapporto all'anno che precede quello di decorrenza della pensione.

Per i trattamenti erogati dal Fondo di Previdenza

(segue a pag. 20)

Tabella 1 relativa alla rivalutazione dei compensi ai sensi dell'art. 7, comma 4 del Regolamento del Fondo Medici di Medicina Generale (approvato con D.M. 4/4/85 e successive modifiche) e ai sensi dell'art. 8, comma 7 del regolamento del Fondo Specialisti Ambulatoriali (approvato con D.M. 14.06.1983 e successive modifiche)

Decorrenza pensione anno 2010	
Anno riferimento contributi	Coefficiente di rivalutazione al 100% dei compensi
1947	35,3661
1948	33,4020
1949	32,9196
1950	33,3676
1951	30,4135
1952	29,1741
1953	28,6169
1954	27,8677
1955	27,1067
1956	25,8219
1957	25,3327
1958	24,1744
1959	24,2760
1960	23,6480
1961	22,9764
1962	21,8614
1963	20,3331
1964	19,1950
1965	18,3958
1966	18,0348
1967	17,6812
1968	17,4587
1969	16,9819
1970	16,1602
1971	15,3907
1972	14,5719
1973	13,2028
1974	11,0535
1975	9,4339
1976	8,0963
1977	6,8555
1978	6,0966
1979	5,2676
1980	4,3482
1981	3,6632
1982	3,1486
1983	2,7381
1984	2,4762
1985	2,2801
1986	2,1490
1987	2,0542
1988	1,9572
1989	1,8358
1990	1,7303
1991	1,6261
1992	1,5426
1993	1,4805
1994	1,4244
1995	1,3520
1996	1,3013
1997	1,2791
1998	1,2565
1999	1,2370
2000	1,2061
2001	1,1746
2002	1,1467
2003	1,1192
2004	1,0974
2005	1,0790
2006	1,0579
2007	1,0400
2008	1,0075
2009	1,0000
2010	1,0000

Tabella 2 relativa alla rivalutazione delle prestazioni ai sensi dell'art. 8, comma 2 del Regolamento del Fondo Specialisti Ambulatoriali approvato con D.M. 14.06.1983 e successive modificazioni

Decorrenza del trattamento anno 2010	
Anno di cessazione	Coefficiente di rivalutazione al 100%
1961	23,6480
1962	22,9764
1963	21,8614
1964	20,3331
1965	19,1950
1966	18,3958
1967	18,0348
1968	17,6812
1969	17,4587
1970	16,9819
1971	16,1602
1972	15,3907
1973	14,5719
1974	13,2028
1975	11,0535
1976	9,4339
1977	8,0963
1978	6,8555
1979	6,0966
1980	5,2676
1981	4,3482
1982	3,6632
1983	3,1486
1984	2,7381
1985	2,4762
1986	2,2801
1987	2,1490
1988	2,0542
1989	1,9572
1990	1,8358
1991	1,7303
1992	1,6261
1993	1,5426
1994	1,4805
1995	1,4244
1996	1,3520
1997	1,3013
1998	1,2791
1999	1,2565
2000	1,2370
2001	1,2061
2002	1,1746
2003	1,1467
2004	1,1192
2005	1,0974
2006	1,0790
2007	1,0579
2008	1,0400
2009	1,0075
2010	1,0000

(continua da pag. 18)

degli Specialisti Esterni si deve, invece, ricorrere alla **tabella n. 3**, ai sensi dell'art. 7 comma 4 del Regolamento in vigore. Tale disciplina prevede infatti, ai fini della determinazione della retribuzione media annua di base, che il compenso relativo a ciascun anno di contribuzione effettiva venga rivalutato, come per il Fondo dei Medici di Medicina Generale, in base all'incremento percentuale dell'indice ISTAT. Tale rivalutazione si applica integralmente per la fascia di reddito annuo compresa entro 75 milioni di vecchie lire corrispondenti ad € 38.734,27, mentre, per la parte eccedente tale importo, si applica nella misura del 75%.

La **tabella n. 4** si riferisce al calcolo delle prestazioni della Quota "A" del Fondo di previdenza Generale e del Fondo della Libera Professione Quota "B" del Fondo Generale.

Lo sviluppo del calcolo della Quota "A" e della Quota "B" di pensione è molto simile a quello sopra illustrato per il conteggio della pensione del Fondo dei Medici di Medicina Generale. Anche in questo caso occorre ricostruire la media dei redditi annui corrispondenti ai contributi versati, previa rivalutazione pari all'incremento dell'indice ISTAT del costo della vita dall'anno di riferimen-

to dei contributi all'anno che precede quello del pensionamento. Per la "Quota A" la rivalutazione è sempre pari al 75% dell'incremento percentuale registrato dall'indice ISTAT dei prezzi al consumo tra l'anno cui si riferiscono i contributi stessi e quello che precede l'anno di decorrenza della pensione. Per la Quota "B", relativamente ai redditi professionali prodotti sino al 1997 compreso, la rivalutazione è effettuata in misura pari al 100% dell'incremento. A partire dal 1998 il Regolamento del Fondo prevede che la rivalutazione dei redditi, sia per la Quota "A" che per la Quota "B" venga effettuata nella misura del 75% dell'indice ISTAT.

La **tabella n. 5** riporta, con riferimento al Fondo della Libera Professione - Quota "B" del Fondo Generale, sulla base dell'indice di rivalutazione di cui sopra (**0,75%**), nella prima parte, per gli anni di reddito dal 2000 al 2009, il limite di reddito libero professionale oltre il quale è dovuto il contributo dell'1% (anziché quello ordinario del 12,50% ovvero quello ridotto al 2%); nella seconda parte, per gli anni dal 2000 al 2010, l'importo del reddito virtuale già coperto dal contributo minimo obbligatorio alla Quota "A" del Fondo Generale, sul quale non è quindi dovuta la contribuzione alla

Tabella 3 relativa alla rivalutazione dei compensi ai sensi dell'art. 7, comma 4 del Regolamento del Fondo Specialisti Esterni approvato con D.M. 19.06.1992 e successive modificazioni

Decorrenza pensione anno 2010		
Anno riferimento contributi al 100%	Coefficiente di rivalutazione al 75%	Coefficiente di rivalutazione
1947	35,3661	26,7674
1948	33,4020	25,2893
1949	32,9196	24,9190
1950	33,3676	25,2443
1951	30,4135	23,0317
1952	29,1741	22,1128
1953	28,6169	21,7050
1954	27,8677	21,1406
1955	27,1067	20,5714
1956	25,8219	19,6031
1957	25,3327	19,2421
1958	24,1744	18,3718
1959	24,2760	18,4446
1960	23,6480	17,9658
1961	22,9764	17,4660
1962	21,8614	16,6298
1963	20,3331	15,4861
1964	19,1950	14,6367
1965	18,3958	14,0435
1966	18,0348	13,7729
1967	17,6812	13,5077
1968	17,4587	13,3375
1969	16,9819	12,9809
1970	16,1602	12,3627
1971	15,3907	11,7856
1972	14,5719	11,1736
1973	13,2028	10,1438
1974	11,0535	8,5355
1975	9,4339	7,3185
1976	8,0963	6,3166
1977	6,8555	5,3859
1978	6,0966	4,8190
1979	5,2676	4,1987
1980	4,3482	3,5106
1981	3,6632	2,9968
1982	3,1486	2,6119
1983	2,7381	2,3039
1984	2,4762	2,1070
1985	2,2801	1,9600
1986	2,1490	1,8616
1987	2,0542	1,7908
1988	1,9572	1,7174
1989	1,8358	1,6265
1990	1,7303	1,5473
1991	1,6261	1,4693
1992	1,5426	1,4068
1993	1,4805	1,3602
1994	1,4244	1,3185
1995	1,3520	1,2638
1996	1,3013	1,2257
1997	1,2791	1,2094
1998	1,2565	1,1924
1999	1,2370	1,1778
2000	1,2061	1,1546
2001	1,1746	1,1310
2002	1,1467	1,1101
2003	1,1192	1,0895
2004	1,0974	1,0731
2005	1,0790	1,0593
2006	1,0579	1,0434
2007	1,0400	1,0300
2008	1,0075	1,0056
2009	1,0000	1,0000
2010	1,0000	1,0000

Tabella 4 relativa alla rivalutazione dei redditi ai sensi dell'art. 18, comma 4 del Regolamento del Fondo di previdenza generale (Quota A e B) in vigore dal 1° Gennaio 1998

Decorrenza pensione anno 2009		
Anno riferimento contributi	Coefficiente di rivalutazione al 100% Quota B	Coefficiente di rivalutazione al 75% Quota A e (Quota B dal 01.01.1998)
1947		26,7674
1948		25,2893
1949		24,9190
1950		25,2443
1951		23,0317
1952		22,1128
1953		21,7050
1954		21,1406
1955		20,5714
1956		19,6031
1957		19,2421
1958		18,3718
1959		18,4446
1960		17,9658
1961		17,4660
1962		16,6298
1963		15,4861
1964		14,6367
1965		14,0435
1966		13,7729
1967		13,5077
1968		13,3375
1969		12,9809
1970		12,3627
1971		11,7856
1972		11,1736
1973		10,1438
1974		8,5355
1975		7,3185
1976		6,3166
1977		5,3859
1978		4,8190
1979		4,1987
1980		3,5106
1981		2,9968
1982		2,6119
1983		2,3039
1984		2,1070
1985		1,9600
1986		1,8616
1987		1,7908
1988		1,7174
1989		1,6265
1990	1,7303	1,5473
1991	1,6261	1,4693
1992	1,5426	1,4068
1993	1,4805	1,3602
1994	1,4244	1,3185
1995	1,3520	1,2638
1996	1,3013	1,2257
1997	1,2791	1,2094
1998		1,1924
1999		1,1778
2000		1,1546
2001		1,1310
2002		1,1101
2003		1,0895
2004		1,0731
2005		1,0593
2006		1,0434
2007		1,0300
2008		1,0056
2009		1,0000
2010		1,0000

Quota "B". Va precisato che, a termini di regolamento, i contributi minimi obbligatori sono rivalutati in base alla variazione percentuale dell'indice

Istat riscontrata tra il mese di giugno 2009 e il mese di giugno 2008).

Nella **tabella n. 6** (a pagina 22) è riportato, assieme a quelli degli anni pre-

Tabella 5 relativa alla rivalutazione dei redditi, ai sensi dell'art. 3, comma 8 del Regolamento del Fondo di Previdenza Generale.

Limite reddito libero professionale anno 2000	€ 43.640,61
Limite reddito libero professionale anno 2001	€ 44.810,18
Limite reddito libero professionale anno 2002	€ 45.899,07
Limite reddito libero professionale anno 2003	€ 47.028,19
Limite reddito libero professionale anno 2004	€ 47.964,05
Limite reddito libero professionale anno 2005	€ 48.779,44
Limite reddito libero professionale anno 2006	€ 49.755,03
Limite reddito libero professionale anno 2007	€ 50.612,82
Limite reddito libero professionale anno 2008	€ 52.245,55
Limite reddito libero professionale anno 2009	€ 52.637,39

	Reddito virtuale già assoggettato al contributo minimo obbligatorio	
	Medici infraquarantenni e ultraquarantenni assoggettati a contribuzione ridotta	Medici ultraquarantenni
Anno 2000	€ 4.301,05	€ 8.007,15
Anno 2001	€ 4.416,74	€ 8.221,99
Anno 2002	€ 4.544,80	€ 8.460,40
Anno 2003	€ 4.649,36	€ 8.654,96
Anno 2004	€ 4.838,96	€ 8.936,64
Anno 2005	€ 4.945,44	€ 9.133,28
Anno 2006	€ 5.024,56	€ 9.279,44
Anno 2007	€ 5.130,08	€ 9.474,32
Anno 2008	€ 5.212,16	€ 9.625,92
Anno 2009	€ 5.410,22	€ 9.991,70
Anno 2010	€ 5.431,92	€ 10.031,68

cedenti, il nuovo importo del trattamento minimo che l'Ente corrisponde, in presenza dei prescritti requisiti, all'atto del verificarsi degli eventi di invalidità assoluta e permanente e di premorienza.

Nella **tabella n. 7** è riportata la successione temporale, sino al 2009 compreso, dei diversi importi mensili lordi dei trattamenti minimi Enpam, calcolati alla luce del corrispondente trattamento minimo Inps. A tale proposito, occorre considerare che la Fonda-

zione eroga le prestazioni pensionistiche in 12 mensilità, anziché in 13 come l'Inps, e quindi la mensilità in meno viene ridistribuita sulle altre 12.

La **tabella n. 8** riporta la serie storica, a partire dal 2000, del reddito minimo e massimo ai fini della determinazione dell'indennità di maternità. Dal 2006 in poi, nella suddetta tabella, sono stati inseriti gli importi relativi all'indennità minima e massima erogabile. Com'è noto, l'indennità di maternità è oggi pa-

ri ai cinque dodicesimi dell'80% del solo reddito professionale percepito e denunciato ai fini fiscali come reddito da lavoro autonomo dalla professionista iscritta alla Fondazione nel secondo anno anteriore a quello dell'evento.

La **tabella n. 9** riporta, a partire dal 2000, la soglia di retribuzione oltre la quale i lavoratori dipendenti sono tenuti a pagare un contributo aggiuntivo pari ad un punto percentuale del loro compenso. Ai fini Enpam, questa soglia rileva ai fini del calcolo delle prestazioni per gli iscritti transitati a rapporto di impiego (ex continuità assistenziale, emergenza territoriale, medicina dei servizi, specialistica ambulatoriale).

Nella **tabella n. 10** sono indicate le percentuali da applicare per la rivalutazione delle pensioni. Come si è specificato più sopra, il 75% dell'incremento percentuale fatto registrare nell'anno di riferimento dal numero indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati è applicato fino ad un importo pari a quattro volte il trattamento minimo I.N.P.S., mentre oltre tale limite si applica il 50% della suddetta variazione.

Le **tabelle nn. 11 e 12** riguardano la rivalutazione dei limiti di reddito e degli importi, con riferimento rispettivamente alle prestazioni assistenziali liquidate dal Fondo di previdenza generale (tabella 11) e delle

prestazioni assistenziali aggiuntive del Fondo della libera professione – “Quota B” del Fondo generale (tabella 12). Infatti, il Consiglio di Amministrazione dell'Enpam, nei nuovi Regolamenti di Assistenza in vigore dal 1° febbraio 2007, considerando congrui gli importi fissati in tale occasione, per evitare di dover periodicamente intervenire sulla loro entità per mantenerne intatta la valenza assistenziale, ha ritenuto di prevedere la loro indicizzazione annuale.

Si ricorda che al fine della concessione delle prestazioni assistenziali, il reddito complessivo di qualsiasi natura del nucleo familiare, riferito all'anno precedente, non deve essere superiore a sei volte l'importo del trattamento minimo INPS nel medesimo anno (importo di cui al primo punto di entrambe le tabelle). Tale limite è aumentato di un sesto per ogni componente il nucleo familiare, escluso il richiedente.

Per quanto riguarda le prestazioni aggiuntive del Fondo della libera professione (tabella 12), si precisa infine che esse sono riservate agli iscritti attivi ed ai pensionati di tale Fondo (anche con un importo minimo), nonché ai loro superstiti. Si intendono iscritti attivi i medici e gli odontoiatri che abbiano contribuito alla gestione per almeno un anno nel triennio anteriore alla presentazione della domanda. •

Tabella 6 Trattamento pensionistico annuo minimo ai sensi dell'art. 20, comma 8 del Regolamento del Fondo di previdenza Generale

Anno	Importo trattamento annuo minimo
1998	€ 10.845,59
1999	€ 11.040,81
2000	€ 11.215,26
2001	€ 11.502,37
2002	€ 11.810,63
2003	€ 12.097,63
2004	€ 12.395,23
2005	€ 12.641,89
2006	€ 12.856,81
2007	€ 13.113,95
2008	€ 13.339,51
2009	€ 13.770,38
2010	€ 13.873,65

Tabella 7 Importo dell'integrazione erogata dall'E.N.P.A.M. sulla base del trattamento minimo INPS

Anno	Importo annuale	Importo mensile
2000	€ 4.840,08	€ 403,34
2001	€ 4.970,67	€ 414,22
2002	€ 5.104,97	€ 425,41
2003	€ 5.227,43	€ 435,62
2004	€ 5.358,08	€ 446,51
2005	€ 5.460,26	€ 455,02
2006	€ 5.558,54	€ 463,21
2007	€ 5.669,82	€ 472,49
2008	€ 5.760,56	€ 480,05
2009	€ 5.950,88	€ 495,91
2010	€ 5.992,48	€ 499,37

Tabella 8 Importo annuo dell'indennità di maternità, ex art. 70 e seguenti del Decreto Legislativo 26 marzo 2001, n. 151.

Anno	Importo minimo mensile INPS per indennità di maternità	Reddito lordo annuo minimo valutabile	Reddito lordo annuo massimo valutabile G.U. n. 251 del 28/10/2003	Indennità minima lorda	Indennità massima lorda
2000	€ 372,31	€ 11.035,38			
2001	€ 381,61	€ 11.310,92			
2002	€ 392,69	€ 11.639,27			
2003	€ 402,11	€ 11.918,54	€ 59.592,70		
2004	€ 412,16	€ 12.216,84	€ 61.084,20		
2005	€ 420,16	€ 12.448,80	€ 62.244,00		
2006	€ 427,58	€ 12.673,44	€ 63.367,20	€ 4.224,48	€ 21.122,40
2007	€ 436,14	€ 12.926,16	€ 64.630,80	€ 4.308,72	€ 21.543,60
2008	€ 443,56	€ 13.147,68	€ 65.738,40	€ 4.382,56	€ 21.912,80
2009	€ 457,76	€ 13.568,88	€ 67.844,40	€ 4.522,96	€ 22.614,80
2010	€ 460,96	€ 13.662,48	€ 68.312,40	€ 4.554,16	€ 22.770,80

Tabella 9 Quota di retribuzione soggetta all'aliquota aggiuntiva di un punto percentuale ex art. 3-ter della legge 14.11.1992, n. 438, per gli iscritti transitati a rapporto d'impiego.

Anno	Limite della prima fascia di retribuzione pensionabile
2000	€ 34.253,49
2001	€ 35.143,86
2002	€ 36.093,00
2003	€ 36.959,00
2004	€ 37.883,00
2005	€ 38.641,00
2006	€ 39.297,00
2007	€ 40.083,00
2008	€ 40.772,00
2009	€ 42.089,00
2010	* € 42.404,60

* Dato presuntivo, in attesa di comunicato ufficiale dell' I.N.P.D.A.P.

Tabella 10 Relativa alla rivalutazione delle pensioni ai sensi dell'art.26, comma 1 del regolamento del Fondo di Previdenza Generale e ai sensi dell'art.5, comma 2 dei regolamenti dei Fondi Speciali di Previdenza.

Anno	4 volte il trattamento minimo Inps	Istat 75%	Istat 50%
2008	€ 22.679,28	1,29%	0,86%
2009	€ 23.065,12	2,42%	1,62%
2010	€ 23.803,52	0,56%	0,38%

Tabella 11 relativa alla rivalutazione delle prestazioni assistenziali del Fondo di Previdenza Generale

	2007	2008	2009	2010
Limite di reddito (6 volte trattamento minimo INPS anno)*	€ 34.018,92	€ 34.563,36	€ 35.705,28	€ 35.954,88
Misura prestazioni straordinarie (art. 2, co. 3)	€ 7.000,00	€ 7.120,40	€ 7.350,39	€ 7.405,52
Limite di reddito per prestazioni casi eccezionali (art. 2, co. 6)	€ 12.000,00	€ 12.206,40	€ 12.600,67	€ 12.695,17
Importo massimo prestazioni per casi eccezionali (art. 2, co. 6)	€ 5.000,00	€ 5.086,00	€ 5.250,28	€ 5.289,66
Contributo per ospitalità in casa di riposo (art. 4, co. 3)	€ 50,00	€ 50,86	€ 52,50	€ 52,89
Contributo per assistenza domiciliare (art. 5, co. 4)	€ 500,00	€ 508,60	€ 525,03	€ 528,97
Misura massima prestazioni una tantum calamità naturali (art. 6, co. 3)	€ 15.000,00	€ 15.258,00	€ 15.750,83	€ 15.868,96
Limite massimo rimborso interessi su mutui per calamità naturali (art. 6, co. 3)	€ 8.000,00	€ 8.137,60	€ 8.400,44	€ 8.463,44

Tabella 12 relativa alla rivalutazione delle prestazioni assistenziali aggiuntive del Fondo della Libera Professione - "Quota B" del Fondo Generale

	2007	2008	2009	2010
Limite di reddito (6 volte trattamento minimo INPS)*	€ 34.018,92	€ 34.597,68	€ 35.705,28	€ 35.954,88
Misura prestazioni mensili per invalidità temporanea (art. 2, co. 5)	€ 2.100,00	€ 2.136,12	€ 2.205,12	€ 2.221,66
Misura prestazioni giornaliere per invalidità temporanea (art. 2, co. 5)	€ 70,00	€ 71,20	€ 73,50	€ 74,05
Misura massima prestazioni aggiuntive di invalidità (art. 3, co. 1)	€ 4.000,00	€ 4.068,80	€ 4.200,22	€ 4.231,72
Maggiorazione contributi assistenza domiciliare (art. 4, co. 1)	€ 250 (50% di € 500)	€ 254,30	€ 262,51	€ 264,48
Misura massima "una tantum" aggiuntiva per calamità naturali (art. 5, co. 3)	€ 4.500 (30% di € 15.000)	€ 4.577,40	€ 4.725,25	€ 4.760,69
Misura massima "una tantum" aggiuntiva per rimborso interessi su mutui per calamità naturali (art. 5, co. 3)	€ 2.400 (30% di € 8.000)	€ 2.441,28	€ 2.520,13	€ 2.539,03

* Per gli anni 2008 e 2009 l'importo è stato ricalcolato sulla base del dato definitivo relativo al minimo I.N.P.S.; mentre l'anno 2010 è determinato sulla base del dato provvisorio.



Sergio Chimenti, direttore della clinica dermatologica dell'Università degli studi di Roma Tor Vergata. In precedenza è stato direttore della clinica dermatologica dell'Università de L'Aquila e professore associato presso l'Università "La Sapienza". Ha all'attivo circa trecento pubblicazioni. È autore di tredici volumi e di capitoli di molti altri libri. Tra i principali campi di interesse c'è la dermatologia oncologica, la dermatopatologia e la psoriasi

Terapia fotodinamica contro il carcinoma basocellulare

di Carlo Ciocci

Carcinoma basocellulare: di che cosa si tratta?

Il carcinoma basocellulare, o epiteloma baso-cellulare, è sicuramente la neoplasia epiteliale più frequente. Si calcola che ogni anno nel mondo vi siano circa 500 mila nuovi casi diagnosticati.

Il carcinoma basocellulare deriva istogeneticamente dalla cellula epiteliale dello strato basale, caratterizzata, nella maggior parte dei casi, da una crescita lenta ed invasività locale, e che insorge prevalentemente in individui Caucasici.

Insorge su cute fotoesposta in seguito alle mutazioni indotte dai raggi ultravioletti (UVA - UVB). L'esposizione solare, insieme al fototipo, costituisce il fattore determinante il processo carcinogenetico, il quale si completa dopo 40-60 anni, diventando responsabile dell'insorgenza in età avan-

zata della neoplasia.

Può interessare qualsiasi distretto cutaneo, tuttavia si localizza elettivamente nelle aree fotoesposte ed in particolare al terzo superiore del volto.

Si tratta infatti di una neoplasia con un basso grado di aggressività. Tuttavia, se non trattata, può ingrandirsi e ulcerarsi dando luogo a lesioni sfiguranti.

Veniamo alla terapia.

Il trattamento ideale dovrebbe assicurare l'eliminazione completa della neoplasia, riducendo al minimo la possibilità di recidive, determinando inoltre un buon risultato estetico.

Nel passato la terapia era es-

Il trattamento dovrebbe assicurare l'eliminazione completa della neoplasia riducendo al minimo la possibilità di recidive

senzialmente di tipo chirurgico, con elettrocoagulazione, o in alcuni casi si interveniva con la crioterapia, la terapia con freddo. Tali tumori venivano asportati chirurgicamente con tecniche più o meno demolitive, in base alle dimensioni della lesione. Dunque, era molto importante mettere a punto terapie più efficaci e meno distruttive, che portassero a risultati estetici migliori. Da circa dieci anni le cose sono cambiate poiché il dermatologo ora ha a disposizione terapie topiche, creme e gel immunomodulanti, efficaci nel trattamento di questo tipo di neoplasia. Oltre a tali terapie topiche, una terapia che sta avendo sempre più seguito e sempre maggiori consensi è la terapia fotodinamica.

In che cosa consiste la terapia fotodinamica?

La terapia fotodinamica (PDT) prevede la sommi-

nistrazione di un farmaco fotosensibile, che si accumula selettivamente nei tessuti bersaglio. La successiva attivazione avviene mediante una luce specifica per il farmaco fotosensibile con formazione di derivati dell'ossigeno altamente reattivi (Figura 1). I radicali liberi dell'ossigeno causano, infatti, la distruzione delle cellule bersaglio mediante una complessa catena di reazioni chimiche, biologiche e fisiologiche.

Si tratta di una terapia selettiva che si basa sull'applicazione in occlusione di una sostanza che si chiama ALA (Acido 5- Amino-Levulinico).

Nello specifico il trattamento avviene in due tappe: la prima prevede l'applicazione locale in occlusione per 2-3 ore di un agente foto-chemio-sensibilizzante (ALA), formulato in crema; la seconda prevede l'esposizione, dell'area cutanea da trattare, ad una lampada a luce incoerente che distrugge selettivamente le cellule neoplastiche che precedentemente avevano assorbito il farmaco preservando, invece, le cellule sane circostanti.

Prima dell'applicazione del farmaco in crema è necessario rimuovere delicatamente mediante curettage eventuali croste o squame, senza l'ausilio di anestesia locale poiché tale manovra non è associata a significativa dolorabilità.

I trattamenti vengono ripetuti a distanza di 1 o 2 set-



Lampada a luce incoerente che distrugge selettivamente le cellule neoplastiche di lesioni precedentemente trattate con curettage e crema fotosensibilizzante in occlusione.

timane a seconda della risposta clinica individuale.

I vantaggi di questa terapia?

I vantaggi sono diversi: intanto gli effetti collaterali sono minimi; è comune la sensazione di bruciore che può, comunque, essere gestita con sostanze lenitive dopo la terapia. Altro vantaggio è sicuramente la selettività della terapia. Inoltre, si consideri che il risultato, anche da un punto di vista estetico, è molto favorevole: può residuare un esito iper o ipo pigmentato, una macchietta bianca

o scura, ma nella maggior parte dei casi non si osserva alcun esito.

Dalla nostra esperienza clinica è emerso anche un vantaggio estetico: la PDT sembra infatti essere associata a fotoringiovanimento cutaneo. Questo aspetto è risultato particolarmente evidente considerando la popolazione che si sottopone a PDT: solitamente individui di età evanzata con fototipo I-II. L'ALA-PDT sembrerebbe, infatti, responsabile di cambiamenti istologici legati al "repair" della cute fotoinvecchiata e della produzione del procollagene I e III. Questo meccanismo giustificherebbe il marcato fotoringiovanimento cutaneo.

Da quando utilizzate questa terapia?

All'Università degli studi di Tor Vergata utilizziamo la terapia fotodinamica da almeno sei anni. Ad oggi possiamo dire di avere trattato diverse centinaia di pazienti con risultati clinici che definirei eccezionali. In genere per un trattamento si svolgono due cicli: il pa-

ziente viene sottoposto a due applicazioni della terapia a distanza di 2 settimane.

La terapia in oggetto viene utilizzata non solo per il carcinoma basocellulare, ma anche per le cheratosi attiniche che sono ormai considerate dei veri e propri tumori in fase iniziale.

Parliamo della cheratosi attinica....

La cheratosi attinica viene classificata nelle precancerose cutanee. La cheratosi attinica è considerata la più frequente lesione precancerosa. La sua insorgenza è secondaria all'esposizione solare cronica in soggetti predisposti dalla carnagione chiara soprattutto i fototipi I e II, secondo la classificazione di Fitzpatrick. Si tratta di soggetti che si sono esposti al sole in giovane età riportando numerose ustioni solari. Soltanto il 10-20% dei pazienti che presentano cheratosi attiniche multiple non trattate sviluppa uno o più carcinomi invasivi. Se questi "carcinomi su cheratosi attiniche" vengono

trattati tempestivamente, cioè finché il loro spessore è ridotto, il rischio di metastasi rimane basso. Esiste comunque un rischio di progressione in carcinoma spinocellulare invasivo, infatti il 60% dei carcinomi spinocellulari insorge su preesistenti cheratosi attiniche.

Recentemente il concetto di precancerosi è stato rivalutato definendo la cheratosi attinica come una neoplasia intradermica a partenza dai cheratinociti (KIN: Keratinocytic Intraepidermal Neoplasia) ovvero una neoplasia *in situ*. Anche nel trattamento della cheratosi attinica la terapia fotodinamica si è rivelata efficace, scevra di effetti collaterali importanti ottenendo ottimi risultati estetici.

Avete reso pubblici i risultati terapeutici ottenuti presso la vostra struttura?

A Tor Vergata abbiamo pubblicato, su prestigiose riviste scientifiche internazionali, l'utilizzo di una crema che era destinata alla cura della psoriasi e che per caso avevamo testato in un paziente, di oltre ottanta anni, affetto da un vasto carcinoma basocellulare. Ebbene, nella circostanza rendemmo noti gli effetti di tali applicazioni sul carcinoma in oggetto. Inoltre abbiamo pubblicato su riviste scientifiche e negli atti di numerosi congressi ed incontri scientifici la nostra vastissima esperienza nel campo della terapia fotodinamica. •



Carcinomi cutanei multipli (a) trattati con 2 cicli di fototerapia dinamica. Si osserva una completa remissione delle lesioni associata ad un marcato effetto di foto ringiovanimento (b).



Il professor Massimo Mongardini, specialista in Chirurgia generale, è docente del corso di Laurea in Odontoiatria e della III e V Scuola di specializzazione in Chirurgia generale alla Sapienza di Roma. Chirurgo universitario al Policlinico Umberto I di Roma prima in Chirurgia d'urgenza, poi al dipartimento di Scienze Chirurgiche. ATLS surgeon (Advanced Trauma Life Support - American College of Surgeons). Coordinatore UCP "Roma Umberto I" per la Società italiana unitaria di Colonproctologia e autore di numerose pubblicazioni su riviste nazionali ed internazionali, filmati di tecnica chirurgica, articoli medico-chirurgici divulgativi su stampa periodica a diffusione nazionale

Chirurgia coloproctologica per patologie funzionali

Ricostruzione del pavimento pelvico e riparazione, ricostruzione e sostituzione degli apparati sfinteriali. La cura di lesioni spesso etichettate come irrisolvibili

di **Claudia Furlanetto**

“La chirurgia ricostruttiva del pavimento pelvico così come quella di riparazione, ricostruzione e sostituzione degli apparati sfinteriali è una branca ultra specialistica. Noi ci occupiamo di pazienti che presentano lesioni spesso etichettate come irrisolvibili. Siamo la cosiddetta ‘ultima spiaggia’” afferma il professor Massimo Mongardini del dipartimento di Scienze chirurgiche del Policlinico Umberto I di Roma. Sono mille le visite che si effettuano ogni anno presso l'ambulatorio, ma solo il dieci per cento si trasforma in intervento: “In alcuni casi – spiega il professore – non sussiste l'indicazione chirurgica, sono pazienti che possono risolvere il pro-

blema con la riabilitazione”.

Come mai si è specializzato in questo tipo di chirurgia?

La mia esperienza in chirurgia d'urgenza mi ha portato ad affrontare molti casi di origine traumatica: i danni perineali importanti erano all'ordine del giorno. Incidenti sul lavoro, come operai caduti dalle impalcature, talvolta addirittura impalati, ma anche molte vittime di “scherzi”. Più di una volta siamo intervenuti su ragazzi gonfiati con il compressore fino a far scoppiare i tessuti. Senza contare le vittime di violenza.

Perché parla di casi etichettati come irrisolvibili?

Le faccio un esempio. Qualche mese fa abbiamo operato una rifugiata politica di 29 anni. In passato era stata rinchiusa in un carcere africano e lì sottoposta a violenze che le avevano provocato

una lesione cloacale complessa di IV grado. La donna presentava un'ampia perdita di sostanza a livello perineale e la mancanza del setto retto-vaginale distale. La signora era anche affetta da tubercolosi, sifilide ed era HIV e HCV positiva.

Parliamo di lesioni invalidanti, anche su pazienti giovani, che a seguito di un trauma non solo non possono più avere rapporti sessuali ma non hanno più la continenza fecale con conseguenze sociali ben immaginabili.

Una lesione cloacale di questa gravità, anche se rara, può presentarsi anche in seguito al parto: le statistiche riportano in Europa un caso ogni cinquemila. Con lesioni di questo tipo è necessario sia un intervento estetico sia un intervento funzionale che ricostituiscia le

funzioni sfinteriali. Si cerca di ridare la funzionalità a strutture cave con organi importanti come il sistema genitale, urinario e rettale. È un lavoro multidisciplinare che coinvolge infatti colonproctologi, ginecologi, urologi e bioingegneri.

Lesioni meno gravi sono spesso associate al parto?

Sì, nei parti vaginali l'episiotomia spesso va a ledere lo sfintere esterno, che è deputato per il 90 per cento alla continenza.

In una donna giovane una lesione sfinteriale non estesa può non essere identificabile perché la tonicità del muscolo permette la continenza nonostante il danno alla struttura. Al contrario, in una donna anziana, che ha subito un danno sfinteriale in giovane età, la muscolatura non più tonica danneggiata anni prima, evidenzia progressivamente un deficit di continenza ed è qui che diventa necessario l'intervento. Riparare questo tipo di lesioni, ormai di vecchia data, non è semplice.

Come procedete chirurgicamente?

Se la lesione iatrogena comporta una sezione sfinteriale completa e non supera il quarto d'ora – l'ano viene paragonato ad un quadrante di orologio e le lesioni vengono stabilite in corrispondenza delle ore – possiamo tentare di riparare il muscolo o per sutura diretta o per overlapping, quindi sovrapponendo tra di loro i piani. Quando l'alterazione è più ampia di 45 gradi siamo costretti all'impiego di protesi, anche se presenta-

no problemi consistenti vista la difficoltà a far interfacciare una struttura muscolare artificiale con il retto. In casi ben selezionati utilizziamo la graciloplastica dinamica, cioè la trasposizione del muscolo gracile dell'interno coscia intorno all'ano per creare un nuovo sfintere. Utilizzando una stimolazione elettrica continua fornita da un neurostimolatore impiantato nell'addome, la chiusura dell'ano viene garantita in modo permanente, senza intervento volontario da parte del paziente. Le defecazioni vengono ottenute bloccando gli impulsi elettrici dello stimolatore per mezzo di un telecomando.

Le lesioni iatrogene sono frequenti?

Negli interventi coloproctologici "minori" il paziente con il consenso informato viene messo sempre di fronte al rischio di poter subire un danno alla continenza. Nel trattamento chirurgico di fistole perianali o di ragadi non è raro, per esempio, assistere alla lesione dello sfintere. Ma non è l'unico caso. Le fistole retto vaginali sono di frequen-

te risultato di un danno di natura ostetrica o dopo chirurgia ano-rettale o vaginale. Il trattamento chirurgico delle fistole retto vaginali è un tipo di intervento che eseguiamo spesso soprattutto su persone già etichettate come "inguaribili". In uno studio presentato sull'ultimo numero del 2009 del *Giornale di Chirurgia*, abbiamo descritto il trattamento chirurgico di una fistola retto-vaginale bassa post-radioterapia, trattata con l'ausilio di gel piastrinico autologo in grado di accelerare significativamente la riparazione e la rigenerazione dei tessuti grazie ai numerosi fattori di crescita contenuti nelle piastrine. Il gel aumenta la risposta angiogenetica dei tessuti, stimola la rigenerazione epiteliale e favorisce la guarigione delle lesioni. È il primo studio riportato in letteratura in cui i fattori di crescita sono impiegati nella terapia delle fistole retto-vaginali.

Ci vuole citare altri lavori della sua équipe?

Sul *Journal of Medical Case Reports*, nel mese di dicembre, è stato pubblicato un nostro studio su un ca-

so di prolasso rettale esterno. La donna è stata trattata con intervento di Alte-meier praticato per via trans rettale per rimuovere il retto ed il sigma eccedenti. Di solito, soprattutto per i giovani, l'asportazione del retto prolassato esternamente che tiene necessariamente aperti gli sfinteri porta al recupero della continenza. In questo caso, però, la paziente era stata sottoposta precedentemente a tre interventi di cerchiaggio anale con conseguente distruzione degli sfinteri. In aggiunta, quindi, abbiamo eseguito una graciloplastica dinamica che di solito non viene impiegata per questa patologia.

Quali sono i progetti per il futuro?

In collaborazione con il CNR stiamo portando avanti uno studio preliminare per l'impiego delle cellule staminali che, in particolare nella rigenerazione del muscolo liscio, potrebbero essere essenziali. Vogliamo ottenere tessuti con caratteristiche muscolari simili a quelle dello sfintere interno e dello

sfintere esterno. Costituirebbe una svolta per la cura delle patologie proctologiche.

In quale stato psicologico si trovano i suoi pazienti?

Queste patologie portano spesso all'isolamento sociale con tutto ciò che ne consegue a livello psichico. Stiamo portando avanti protocolli con un team di psichiatri e psicologi volti proprio a studiare l'associazione che queste patologie hanno con i disturbi mentali che sono, appunto, abbastanza frequenti in questi pazienti.

Allo stesso tempo è necessario sottolineare quanto la personalità giochi un ruolo fondamentale in chi si sottopone a terapie chirurgiche così complesse: nel caso di una lesione cloacale come quella che le ho descritto prima la paziente va incontro ad un intervento di derivazione intestinale, ad uno o due interventi di ricostruzione e poi ad un monitoraggio e periodo di valutazione. Proponiamo un anno di iter chirurgico. Non tutti i pazienti sono in grado di accettarlo e sopportarlo. Bisogna essere motivati. •

FILMATI DIDATTICI



L'équipe del professor Massimo Mongardini, composta da chirurghi universitari del dipartimento di Scienze Chirurgiche del Policlinico Umberto I, produce un grande numero di filmati didattici che vengono presentati durante congressi nazionali ed internazionali. Alcuni saranno pubblicati sul sito della società italiana di chirurgia (www.sichirurgia.org). Tra i filmati prodotti durante lo scorso 2009:

- Total Pelvic Floor Repair;
- Trattamento chirurgico con Transtar e colpoperineoplastica per severo prolasso della volta vaginale (eversione completa) associato a prolasso rettale sintomatico (Ods), rettocele ed enterocele;
- Starr videolaparossistita per sindrome da ostruita defecazione da edrocele (ernia posteriore del Douglas);
- La nuova tecnologia digitale nella diagnostica delle patologie funzionali del retto;
- Lesione cloacale complessa retto-vaginale. Ricostruzione chirurgica completa morfo-funzionale.

Per ulteriori informazioni: massimo.mongardini@uniroma1.it



Barbara Pesce, esperta di diagnostica radiologica senologica. Si laurea nel 1981 all'università di Roma con il massimo dei voti con lode e si dedica alla radio diagnostica ottenendo la specializzazione con lode. Dal 1981 al 1987 lavora come assistente al Policlinico Umberto I di Roma. Fino al 1997 lavora come aiuto radiologo all'ospedale San Camillo-Forlanini, fondando il reparto di radiologia senologica. Ha poi prestato la sua opera come consulente di maggiori centri senologici anche internazionali e dal 2008 è stata chiamata a dirigere il Centro di diagnostica senologica presso una clinica privata di Roma

Mammografia tridimensionale, ultima prevenzione senologica

Un recentissimo studio, tutto italiano, conferma che il tumore al seno colpisce purtroppo in età sempre più giovane. E la diagnosi preventiva resta l'arma migliore per sconfiggere questo che è il primo nemico delle donne.

La "tomosintesi in 3D" uno strumento diagnostico che permette di studiare la mammella "a strati"

di **Andrea Sermonti**

Tempo di Avatar e di cinema tridimensionale. E anche i sistemi di diagnostica strumentale sembrano volersi adeguare a questa tendenza: arriva anche a Roma il primo dispositivo per realizzare la "mammografia tridimensionale", ultima e più avanzata frontiera della prevenzione senologica.

"Si chiama Tomosintesi – conferma la dottoressa Barbara Pesce, responsabile del Centro di Diagnostica Senologica della clinica Paideia (la notizia è stata pubblicata da giornali e agenzie di stampa) – e si tratta in pratica di una mammografia tridi-

mensionale ad alta definizione".

Perché è così importante?

Per due ordini di motivi: primo perché si tratta di un passo avanti importante per la tecnologia più avanzata della prevenzione del cancro al seno, un ulteriore aiuto di grande interesse per la diagnosi precoce della patologia della mammella.

E secondo perché da oggi tutte le donne del centro-sud che lo vorranno, potranno usufruire del nuovo apparecchio digitale senza dover raggiungere l'Ospedale "Le Molinette" di Torino oppure l'Istituto Tumori di Genova, le uniche strutture

dove finora era possibile effettuare questo esame.

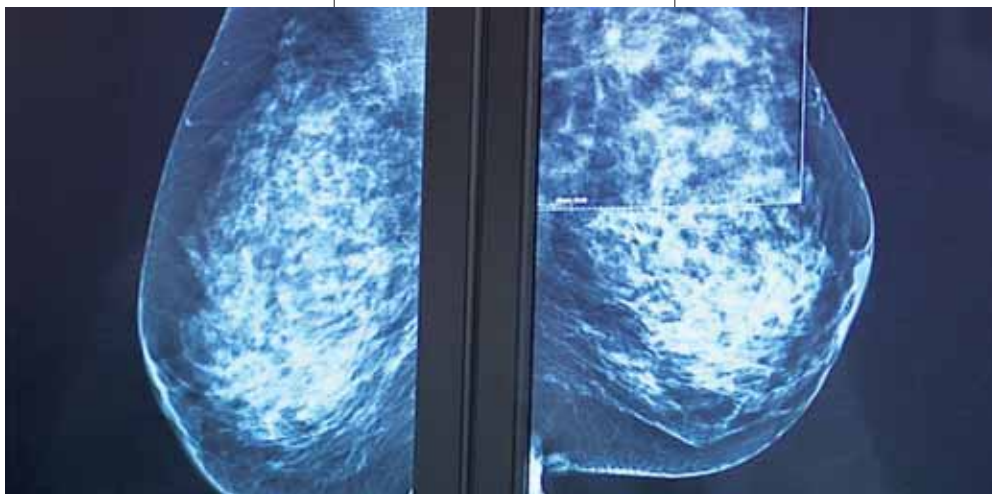
Cosa cambia, nella sostanza, rispetto agli strumenti diagnostici tradizionali quali l'ecografia o la mammografia?

La tomosintesi è uno strumento diagnostico che permette di studiare la mammella 'a strati', dove appunto la mammella viene scomposta in tante immagini che poi, sovrapposte, ricostruiscono la figura della mammella nella sua completezza. Tutto questo si traduce in un grande vantaggio per i seni difficili da leggere – ad esempio nei seni densi – che possono così essere analizzati più specificamente e in

dettaglio, svelando lesioni che nell'immagine d'insieme sarebbero altrimenti mascherate. Il risultato è che aumenta l'accuratezza diagnostica, in quanto possono essere individuate lesioni che risulterebbero 'invisibili' con l'esame tradizionale.

Come ha sottolineato anche il prof. Umberto Veronesi durante la conferenza stampa di presentazione del nuovo dispositivo diagnostico.

Infatti: il direttore dell'Istituto Europeo di Oncologia ha riconosciuto che questo è un caso veramente paradigmatico, perché il problema del tumore al seno si risolve attraverso una buona diagnosi che deve essere precoce – quindi i controlli femminili devono essere frequenti – ma deve essere anche corretta, condotta da persone competenti e con apparecchiature avanzate, aggiornate e moderne come dovrebbe accadere in tutti i centri di diagnostica senologica. Non solo: lo hanno confermato anche gli oncologi presenti alla conferenza stampa di presentazione di questo nuovo strumento diagnostico – i professori Francesco Cognetti, responsabile dell'Oncologia Medica A dell'Istituto Nazionale Tumori 'Regina Elena' IRCSS di Roma, Enrico Cortesi, Direttore della UOC di Oncologia Medica B del Policlinico Umberto I, Università 'La Sapienza' di Roma e Pao-



Lo stesso seno visto come appare con la mammografia tradizionale (a sin.) e con quella in 3D (a dx.): si può notare in alto nell'immagine a destra una massa che non si vede nell'immagine a sinistra

lo Marchetti, Direttore dell'UOC di Oncologia Medica dell'Ospedale Sant'Andrea di Roma – secondo i quali gli ultimi dati sull'incidenza e la prevalenza del cancro della mammella nella popolazione femminile italiana descrivono uno scenario

allarmante e inaspettato, in cui le cifre reali sono risultate sorprendentemente maggiori rispetto ai dati ufficiali.

Cosa dicono gli ultimi dati?

Secondo uno studio del Centro di Ricerche Oncologiche di Mercogliano

(CROM), affiliato alla Fondazione Pascale di Napoli, e pubblicati sul *Journal of Experimental and Clinical Cancer Research* il numero di nuove neoplasie mammarie si attesta su valori sempre superiori a 40 mila all'anno, con un trend in aumento: era-

no 41.608 nel 2000 e in 6 anni si è registrata una crescita del 13,8%; il maggiore incremento percentuale del numero di nuovi tumori della mammella si riscontra nelle donne di età compresa tra 25 e 44 anni (quasi 77 donne ogni 100 mila in questa fascia d'età, con un aumento del +28,6% in sei anni).

Ma torniamo alla mammografia tridimensionale. In che cosa questa rappresenta un passo avanti rispetto alle apparecchiature tradizionali?

Da un punto di vista metodologico questa macchina di ultima generazione offre una prestazione simile ad una mammografia digitale: in più è meno dolorosa perché la compressione necessaria è inferiore; il costo dell'esame è praticamente uguale; rimane invariato il tempo di esposizione, e inoltre l'aumento di radiazioni assorbite è assolutamente trascurabile. Rispetto alla metodologia standard dell'esame bidimensionale (2D), però, lo studio tridimensionale (3D) eseguito con tomosintesi permette un'analisi molto più accurata "pezzettino per pezzettino" della mammella. Anche se ad oggi non esistono ancora studi scientifici di comparazione tra i dispositivi diagnostici in senologia tutto lascia prevedere che la tomografia possa presto avere un ruolo importante nel moderno iter diagnostico senologico integrato. •

TOMOSINTESI CON IL MAMMOGRAFO DIGITALE IN 3D

La tomosintesi digitale per la mammografia ha dimostrato di potere superare i limiti dell'attuale *imaging* mammografico. Il limite principale delle due modalità mammografiche, analogica e digitale è che le informazioni anatomiche digitali in 3D sono proiettate in un'immagine piana a 2D. Pertanto le strutture anatomiche sovrapposte limitano la capacità del radiologo di rilevare alcuni tipi di tumore. Con la tomosintesi senologica le immagini del seno sono acquisite da diverse angolazioni e le immagini stratificate sono ricostruite in visualizzazione volumetrica 3D. E tra l'altro, cosa di non poco conto, consente una riduzione del numero di richiami delle pazienti e meno biopsie non necessarie. La tomosintesi, infatti, riduce la sovrapposizione della visualizzazione dei tessuti attraverso:

- acquisizione di immagini multiple da differenti angolazioni durante il tomo scan;
- ricostruzione (retroproiezione filtrata);
- visualizzazione a strati (differenti profondità).

La tomosintesi migliora la specificità dell'immagine attraverso:

- analisi 3D della distribuzione di calcificazioni
- analisi 3D delle lesioni (forma e dimensione)
- localizzazione 3D: supporto alla biopsia

La tomosintesi migliora la sensibilità attraverso:

- miglioramento del contrasto della lesione (masse)
- sovrapposizione dei tessuti ridotta (specialmente in seni densi)

Una seconda vita per ecografi e Tac

di Mauro Miserendino

Nel 2010 solo in Lombardia verranno trasferiti cinque ospedali pubblici, all'incirca una cinquantina di reparti. Centinaia di macchine biomedicali e varie attrezzature per sale operatorie saranno dismesse. Roba funzionante e di qualità. Da molti-

plicare per dieci, se si vuole avere una stima della tecnologia biomedica riciclabile ogni anno in Italia. Se ci aggiungiamo il ricambio nel privato, la domanda successiva è: quanta attrezzatura si spreca per cercare di curare al meglio, o per accontentare i pazienti con le Tac a massima risoluzione? Da una parte c'è l'esigenza di avere il meglio per salvare vite, dall'altra sparse per il mondo ci sono altre vite che possono essere salvate da mammografi ed ecografi destinati allo smaltimento.

Oggi è possibile anche la seconda opzione, grazie al Banco informatico, tecnologico e biomedico (Biteb), organizzazione senza fini di lucro operante in Lombardia, che ha appena aperto una sede in Veneto e punta ad espandersi nel resto del Centro-Nord. Fin qui ha contribuito a far na-

scere un ospedale internazionale in Camerun a Shisong, a coprire le esigenze ospedaliere della popolazione albanese di Mitrovica, la città divisa con i serbi in Kosovo, a dotare di un centro diagnostico il porto malgascio di Nosybe, a rendere possibili 3300 visite pediatriche annue in Burkina Faso, ad aprire due reparti di ospedali in Israele e Palestina, un reparto di terapia intensiva in Uganda, a portare la senologia in Paraguay. Tutto con beni destinati alla "discarica". Per conoscere questa realtà basta andare sul web, cliccare www.biteb.org e si scopre un mercato dove enti di volontariato chiedono attrezzatura sanitaria per i Paesi poveri e istituzioni dicono di cosa si disfano. Affinché sia buttato via, o disperso, il meno possibile.

Il Biteb nasce come banco informatico, riciclando i soli computer. L'idea si avvia nel 2002 dopo che l'aereo pilotato da Luigi Fasulo si schianta sul Pirellone, sede della Regione Lombardia, uccidendo due persone oltre al conducente. Per il recupero di dati informatici, la giunta Formigoni si rivolge anche ad una ditta specializzata. Il presidente di quest'ultima, Stefano Sala – oggi alla guida del Biteb e del Banco informatico – provvede ad un back up di informazioni amministrative, tecniche, legali; ma al momento di restituire i computer si sente dire che non servono e li stocca nel magazzino di Peschiera Borromeo, alle porte di Milano. Centinaia di pc funzionanti rischiano di essere smaltiti come ferri vecchi, quando si materializzano alcune Onlus e avvertono: in Africa ed America Latina scuole e strutture di formazione hanno bisogno di pc. Nel 2005 la storia del banco informatico si intreccia con quella di un ingegnere, Ettore Soranzo, volontario all'Ospedale italiano di Nazareth, in Israele. Gli arredi sono fatiscenti, le apparecchiature elettromedicali vecchie e insufficienti di numero e naturalmente non ci sono soldi. Soranzo è veneto, ha lavorato in Lombardia e sa quanti beni in ottime condizioni vengono dismessi nel suo vecchio Ospedale. Ricontatta vecchi amici e ne trova di nuovi in entrambe le regioni. All'inizio chiede solo arredi e apparecchiature, alla fine smonta anche porte, pareti piombate, corrimano, cartelli, apparecchi sanitari, quadri elettrici, un intero prefabbricato da 800 mq, un'intera cabina di media tensione. In Galilea alle suore arrivano più di quaranta container di beni in poco più di cinque anni. Ormai





l'Ospedale si è risollevato ed ha i magazzini strapieni da cui attinge tuttora per ogni nuova ristrutturazione. Ma gli ospedali in Italia continuano ad offrire beni. Per rispondere a questa continua generosità, Soranzo avverte amici volontari in Paesi in via di sviluppo, ma da solo non ce la fa a gestire il flusso. Incontra Sala, si parlano e nel 2005 il Banco diventa anche biomedico. Da allora con un numero crescente di ingegneri clinici volontari – responsabili di progetto, spesso esperti da poco in pensione – il Biteb verifica le condizioni dei beni, li imballa e li esporta.

“Nel 2007 – spiega il direttore della Divisione biomedica Massimo Maderna – la Regione Lombardia fa un bando per un sito che gestisca la dismissione di beni ospedalieri e il Biteb lo vince. Dal luglio 2008 l'interscambio del Banco cresce su due siti web. Uno gestisce lo scambio di beni provenienti da enti privati e convenzionati, completi di codici Civab, e destinabili a Onlus operanti sia in Italia sia fuori; l'altro – il sito della Regione, destina beni di ospedali pubblici, che però possono essere richiesti solo da Onlus lombarde attive da almeno tre anni ed operanti all'estero. Il grosso dei beni è abbinato a progetti lontani e lunghi. Ma anche da noi case famiglia e ambulatori per migranti chiedono letti, armadi, comodini; a quelli ospedalieri possono accedere passati quattro mesi dacché il bene è stato collocato sul sito istituzionale. Il rischio è che nel primo sito il materiale vada a ruba e nel secondo attenda troppo, e così il Biteb ha chiesto più chance di accesso almeno per le Onlus locali accreditate in Lombardia. E soprattutto ha chiesto e ottenuto che gli ospedali comunicino quali beni devono dismettere qualche mese prima di privarsene fisicamente affinché le macchine non giacciono mesi nei capannoni prima di essere assegnate”.

I beneficiari finali sono in genere ospedali di missioni in Paesi poveri con governi che magari favoriscono solo certe aree. “In realtà – ammette Maderna – non tutta l'Africa può ospitare le nostre macchine. L'ingegnere clinico al quale diamo in mano il progetto deve sincerarsi che nel paese di destinazione ci siano i ricambi. Dove non si fa manutenzione è impossibile trasportare una Tac: la prima scheda che si rompe costa 70 mila euro... Irrealistico anche tra-

sferire un apparecchio per risonanze magnetiche: bisogna realizzare una gabbia di Faraday, ci siamo riusciti solo in Kosovo. Apparecchi ad ultrasuoni ed elettrocardiografi invece costano meno e durano, anche perché hanno sui cinque anni di vita. Mammografi ed apparecchi per radiologia vanno a ruba; spesso hanno una decina d'anni; e privilegiamo quelli con più parti meccaniche ricambiabili, in teoria 'eterni'. Rifiutiamo le macchine troppo vecchie a meno che non si riesca a dotarci qui di ricambi o di una seconda macchina più vecchia che al bisogno diventa 'donatrice'”. “In più di metà dei casi – continua Maderna – è l'Onlus a curare il trasporto dei macchinari, e le spese di spedizione sono inferiori a quelle sopportate da un ospedale per trasferire gli stessi apparecchi in una nuova sede a poca distanza. Nell'altra metà, i nostri ingegneri clinici accertano sul luogo le chance di ottenere ricambi; c'è più sicurezza ma il progetto costa un po' di più per le trasferte”. Il Banco non fa pagare i beni e vive di contributi e donazioni. “Il sito per i beni di ospedali pubblici è finanziato al 70 per cento dal Pirellone e in parte dalla Fondazione Cariplo; altri proventi vengono da donazioni; con Mediafriends e Fabbrica del sorriso stiamo ampliando il padiglione pediatrico dell'Ospedale di Betlemme”. E quando le macchine si guastano definitivamente? “Stiamo studiando sistemi per smaltirle in Italia magari con un contributo dei governi. Sarà dura. Ma il seme che abbiamo piantato cresce. E se da medici anche di altre regioni arrivassero al sito offerte di materiale da dismettere saremo ben lieti di riportarlo a nuova vita”. •

Su www.biteb.org un mercato dove enti di volontariato chiedono attrezzatura sanitaria per i paesi poveri e istituzioni dicono di cosa si disfano

Comparazione con il modello sanitario tedesco

Anche nella grande Germania il modello di Welfare su sanità e pensioni mostra segni di crisi e ora si sta correndo ai ripari.

I gruppi di persone per i quali dal gennaio 2007 è obbligatoria l'assicurazione sanitaria statale

di Daniele Romano

Anche nella grande Germania il modello di Welfare, soprattutto dopo lo sforzo immenso della riunificazione, mostra segni di crisi su sanità e pensioni.

E ora si sta correndo ai ripari.

I problemi sono universali nei paesi occidentali indipendentemente dai modelli adottati: cresce la qualità e la quantità della domanda di salute, sia per effetto dell'invecchiamento della popolazione e delle nuove prospettive di vita, sia per la crescita dell'accesso alle cure mediche e alle analisi preventive. Il primo Paese d'Europa, che nel 1883 rese obbligatoria la copertura assicurativa contro le malattie (e nell'anno successivo estesa agli incidenti e mortalità sul lavoro), le grandi concessioni sociali concesse dallo Stato forte di Bismark, ora deve trovare nuovi finanziamenti dato che oltre l'11% del PIL assorbito dalle spese sanitarie non basta più a coprire tassi di crescita preoccupanti. "Si profila un'erosione delle sue fon-



damenta economiche" – dichiarava Hans Tietmeyer quando era alla Presidenza della Bundesbank. "La crisi del Welfare State ha implicazioni molto estese su tutta la società. Un assistenzialismo fuori controllo non può e non deve essere rimpiazzato da una sorta di Stato provvisorio. Sarebbe disastroso se l'esigenza di un aggiustamento portasse ad un totale crollo della solitarietà sociale o del sistema previdenziale sociale".

Vediamo come si presenta l'ossatura del modello sanitario tedesco.

Innanzitutto la Costituzione Tedesca esige che le condizioni di vita (e di salute) siano le stesse in tutti i Länder (Stati federati della Germania). Quasi 2.200 gli ospedali, più di 300.000 medici per la cura di 72 milioni di persone coperte dall'assicurazione pubblica e 8.5 milioni che hanno aderito all'assicurazione sanitaria privata. Il sistema sanitario tedesco occupa 4.3

milioni di persone, cresciute di 200.000 unità dal 1999.

La Germania è inoltre seconda solo agli Stati Uniti tra i leader del Mercato mondiale nel Settore della tecnologia medica.

Le liste d'attesa sono minime data la grande disponibilità di specialisti e strutture diagnostiche nel territorio e i risultati sulla soddisfazione del cittadino arrivano all'80%. I medici generici e gli specialisti indirizzano il paziente in caso di necessità all'ospedale e alcuni di essi svolgono servizio di codice d'emergenza "bianco", per evitare i ricoveri impropri.

Il modello della sanità tedesca ha un impianto solido con il 90% della popolazione assicurata obbligatoriamente sulle prestazioni sanitarie e progressivamente anche sul fabbisogno di "long term care", cure assistenziali preferibilmente a casa propria, di cui gran parte della popolazione anziana avrà ineluttabilmente bisogno. Circa l'11% degli abitanti, infatti, percependo un reddito superiore ad una determinata soglia, può optare per una forma di copertura assicurativa privata.

Il sistema sanitario tedesco è quindi caratterizzato da due circuiti assicurativi differenti: il primo, pubblico, basato sulla presenza di casse mutue che garantiscono la copertura di determinate categorie di cittadini ed il secondo, privato, a cui può accedere la parte di popolazione con reddito più ele-

vato, consente allo Stato di coprire anche la porzione di popolazione che non sia in grado di sottoscrivere un'assicurazione sanitaria.

Dal Gennaio 2007, l'assicurazione sanitaria statale è obbligatoria per i seguenti gruppi:

1. Impiegati il cui reddito normale al lordo dell'imposta superi i 400 Euro al mese e resti sotto il limite stabilito. Nel 2006, il limite del reddito annuale lordo per l'assicurazione pubblica obbligatoria era di 47.250 Euro.

2. Gli studenti di università pubbliche o riconosciute dallo stato ed i tirocinanti o studenti di scuola media.

3. Anziani pensionati compresi nel piano assicurativo sanitario pubblico o assicurati per più della seconda metà della loro vita lavorativa, in quanto componenti di una famiglia.

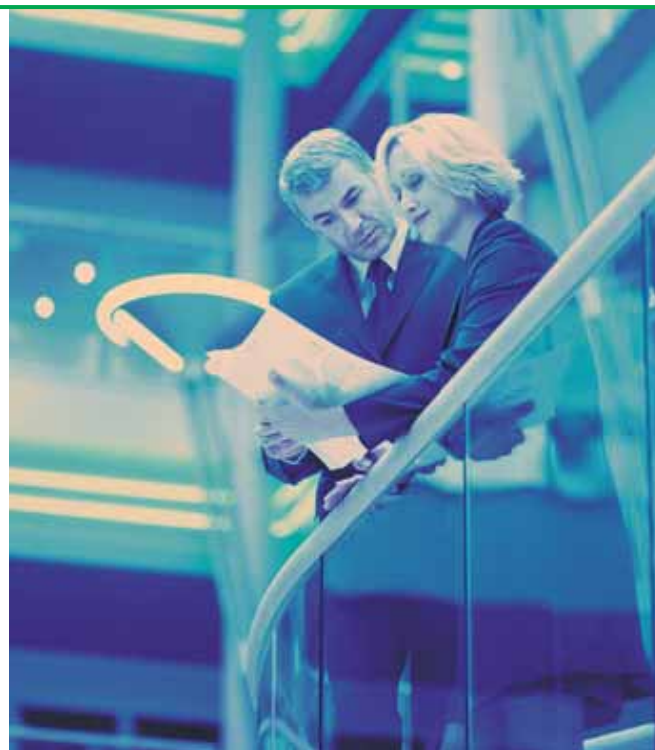
4. Disoccupati che stiano ricevendo un sussidio dai Servizi di Lavoro Federale. Un modello solidaristico fondato sulla sussidiarietà e sulla responsabilità del privato che può personalizzare, arricchendolo, il proprio percorso di assistenza socio sanitaria.

Il sistema sanitario tedesco viene principalmente finanziato attraverso i contributi pagati dai lavoratori e dai datori di lavoro, inizialmente con quote paritarie per i due soggetti, successivamente aumentando consistentemente le quote a carico del dipendente. Al fine di finanziare la fase attuale della riforma, il contributo è stato aumentato dal 1° lu-

glio 2008 dello 0,50% vale a dire dal livello precedente di 1,7% per raggiungere il livello attuale del 2,2% per l'assicurato senza figli. Il sistema non è esente da critiche: le imposte unificate, senza aliquote percentuali dipendenti dal reddito, creano ingiustizie a favore delle fasce più ricche. Secondo i dati ufficiali del governo circa 300.000 persone si trovano sprovviste di un'assicurazione sanitaria e la tendenza è in evidente aumento. Ma come è possibile che tutto ciò accada proprio in Germania, un paese celebrato in Europa per il suo inattaccabile Stato sociale, in cui l'assistenza sanitaria accessibile a tutti è considerato un diritto universale ed inviolabile?

La disfunzione più evidente nel sistema sanitario viene spesso ricondotta alla politica tedesca di dualismo tra pubblico e privato, unica in tutta Europa. Il finanziamento del sistema legale di assicurazione malattia è stato ancora modificato il 1° gennaio 2009 con l'introduzione di un Fondo sanitario speciale. In questo modo una consistente quantità di risorse provenienti dalle maggiorazioni dei contributi affluiranno al Fondo.

Secondo le linee guida governative, i Fondi che assicurano maggiormente persone anziane e malati, riceveranno più finanziamenti rispetto a quelli che si occupano prevalentemente di giovani e persone sane. Di conseguenza



risulterà una più equa e trasparente ripartizione di tutte le risorse.

Oltre 2 milioni di persone si avvalgono dei benefici di assicurazione per l'Assistenza a Lungo Termine, la grande innovazione del sistema tedesco che assicura i problemi della vecchiaia con servizi professionali in casa e assistenza infermieristica domiciliare e ospedaliera.

Si calcolano 757.000 posti per l'assistenza infermieristica di cui 546.000 persone sono impiegate statali, vero pilastro delle cure "long term care", finalizzate al miglioramento della qualità della vita nella propria abitazione piuttosto che nelle strutture ospedaliere (per i casi più gravi).

Entro il 2030 il numero di persone oltre i 60 anni aumenterà di 8 milioni passando da 20.5 a 28.5 mi-

lioni con un aumento dal 25% al 36% della percentuale sulla popolazione totale.

Attualmente ci sono circa 1 milione di persone affette da demenza, e questo numero è destinato a raddoppiare nel corso dei prossimi decenni.

Il modello è sicuramente originale ed ha compreso per tempo che serviva il coinvolgimento del lavoro produttivo per sostenere, con un sistema assicurativo misto pubblico-privato, i crescenti costi del sistema di protezione sociale tedesco. Una scelta che molti paesi europei stanno vagliando, nella speranza che non si ripesci la sfortunata nostrana tassa sulla salute del 2% di qualche tempo fa (1993), svincolata da ogni programmazione, solo per far quadrare in maniera transitoria i conti pubblici. •

Curare i “migranti forzati”

di Antonio Gulli

Nello scorso numero ci siamo occupati del fenomeno dei “richiedenti asilo” in Italia attraverso la presentazione del progetto Nirast (Network italiano per i richiedenti asilo sopravvissuti a tortura) sostenuto dalla Commissione nazionale per il diritto d’asilo del ministero dell’Interno in collaborazione con l’Azienda ospedaliera

San Giovanni-Addolorata, il Consiglio italiano per i rifugiati e l’Alto commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati. Questo progetto, per chi non lo ricordasse, si occupa a livello medico e psicologico di tutte quelle persone che hanno subito torture o che sono rimaste vittime di traumi estremi. In sostanza, gli specialisti – al di là della funzione istituzionale di coadiuvare le commissioni istituite dal ministero degli Interni nella procedura di riconoscimento dello status di “rifugiato” a chi richiede asilo nel nostro Paese – si pongono il fine di aiutare, mediante opportuni interventi, tutti quegli individui che sono rimasti schiacciati dal peso della crudeltà e della violenza messe in atto dai governi che hanno cancellato qualsiasi forma di rispetto per l’essere umano.

Ma chi sono concretamente coloro di cui i medici e gli psicologi operanti all’interno del progetto si occupano? Per saperne di più ho preso contatto con il dottor Massimo Germani che – oltre a dirigere il centro Nirast a Roma, presso l’Azienda ospedaliera San Giovanni – è anche responsabile nazionale del progetto.

Si può affermare che se oggi esiste in Italia un progetto come il Nirast lo si deve a questo medico e psichiatra e alla sensibilità dell’Azienda ospedaliera del San Giovanni di Roma. Infatti, il dottor Germani, dopo aver maturato una vasta esperienza professionale in questo ambito – essendosi occupato prima degli esuli dall’ex Unione Sovietica e poi del dramma consumatosi nell’ex Jugoslavia e precisamente nella città di Mostar –, preso atto del problema che si andava facendo sempre più drammatico, dovuto anche all’intensificarsi delle domande dei richiedenti asilo, ebbe l’idea – racconta – “di proporre al direttore generale (Azienda



da ospedaliera del San Giovanni di Roma di cui era già dipendente) di fare un servizio dedicato a questi aspetti, perché in Italia non esisteva un servizio pubblico specializzato in questo settore e tutto era demandato al privato sociale. Il direttore generale si entusiasmò al progetto e dette il via libera. Si cominciò a lavorare, così, in principio una volta, poi due volte a settimana. Oggi il Centro per le patologie post-traumatiche e da stress è un servizio che opera a tempo pieno sia nel campo della diagnosi e cura, sia in quelli della ricerca clinica e della formazione specialistica per gli operatori del settore. Oltre a occuparci dei richiedenti asilo – precisa il dottor Germani – abbiamo anche pazienti italiani vittime di traumi estremi. Solo nel 2009 il centro di Roma ha effettuato circa mille prestazioni assistenziali”.

Ma chi sono le persone “richiedenti asilo” che si avvalgono di questo servizio? “In generale – risponde il dottor Germani – sono persone giovani. Una media intorno ai 26-27 anni, più uomini che donne e con un livello medio/alto di scolarità”. Ciò che si legge nelle testimonianze dei “migranti forzati” raccolte dal centro è a dir poco raccapricciante. L’orrore raccontato dalle persone che sono riuscite per lo-

**Quante Auschwitz o Abu Ghraib
ci sono ancora nel mondo?**



ro fortuna a raggiungere prima l'Italia e poi i centri Nirast lasciano, in un primo momento, increduli, poi sgomenti. Una storia tra tante è quella della signora A., ventotto anni, madre di due figli di cui – dalla fuga dal Congo (ex Zaire) – non ha più notizie.

“In prigione A. è stata trasformata in un ‘oggetto’ nelle mani dei militari, senza alcun rispetto per la sua persona e per la sua intimità, in una cella senza alcuna igiene con escrementi ovunque e dove poteva raramente mangiare e bere”. In carcere ha subito “ripetuti stupri e sevizie di ogni genere. A. è stata poi costretta ad assistere immobile all’agonia di alcune sue compagne. Ha subito inoltre percosse e bruciature su ogni parte del corpo e più volte è stata sottoposta a tortura per sospensione dai piedi. Mentre era in prigione ha saputo che suo marito era stato ucciso. Oramai da qualche mese – rende noto il dottor Germani – è in cura presso il nostro centro e sta praticando un trattamento psicoterapeutico una volta a settimana oltre a una terapia psicofarmacologica. Ha iniziato da poco un trattamento di tipo fisioterapico per la colonna vertebrale e per il braccio. È in attesa di essere inserita in un percorso di riabilitazione psicosociale specifico (laboratorio teatrale). Nonostante i notevoli miglioramenti, però, la sua situazione rimane molto critica. È una di quelle che si possono definire ad alto rischio. In ciò è rilevante – continua Germani – la mancanza di una pur minima sicurezza sociale ed economica; l’assoluta mancanza di notizie dei suoi figli; l’assenza di significative relazioni sociali ed affettive; l’incubo della possibilità di essere rinviata nel suo Paese, associate alla perdita del senso di ogni sua precedente identità. Tutto ciò rappresenta un enorme ostacolo, una pesante ipoteca sulla via della guarigione o del recupero di una qualità della vita sufficientemente buona”. Il brano tratto dalla storia di M. non riesce a suscitare meno

sconforto di quello precedente. Il teatro geografico cambia; le violenze mutano; la cancellazione di qualsiasi rispetto per l’umanità rimane identica. Il paese in cui ciò avviene è l’Iran. Il signor M. è stato arrestato dieci volte. La durata delle incarcerazioni variava da un minimo di un mese a un massimo di sei mesi. Riferisce di essere stato condotto anche in “carceri segrete”, cioè non ufficiali, la cui esistenza non è nota e dove non si possono ricevere visite. Racconta di essere stato torturato più volte e in più occasioni con colpi di bastone alla testa, sospensione per le braccia, colpi di bastone alle mani (riportando fratture). A volte, veniva svegliato di mattina alle 5.00, portato in mezzo alla neve e frustato sulla schiena; altre volte allagavano la sua cella, priva di finestre, e lo lasciavano insieme ad altri immersi nell’acqua per ore per impedire che si potessero sedere. Un aspetto che con forza mi ribadisce il dottor Germani è che attualmente le torture sono volte più a distruggere psicologicamente che fisicamente. “Le torture psicologiche come anche i trattamenti inumani e degradanti, specie se reiterati, hanno un impatto ancora maggiore a livello psicologico profondo. Se c’è un equivoco di fondo che deve essere assolutamente superato è che la tortura debba essere comprovata attraverso la ricerca di segni fisici evidenti come cicatrici, deturpazioni. Tra le persone che arrivano in occidente e che riescono a fuggire – informa il dottor Germani – i segni fisici sono presenti solamente tra il 10 e il 15 per cento dei casi. Primo perché chi subisce torture fisiche pesanti raramente riesce a fuggire; secondo perché oramai i torturatori stanno sviluppando tecniche di tortura sempre più sofisticate per non lasciare segni in modo che un domani non possano esserne accusati”. Oggi i Centri Nirast in Italia sono dieci. La speranza di Massimo Germani è che se ne possano istituire uno per ogni Regione italiana. E che questi centri siano sempre più collegati con i vari comparti del volontariato sociale e con il territorio e sempre più animati da quell’approccio pluridisciplinare decisivo per affrontare quell’aspetto crudele che, come la storia testimonia, può nascondersi come un’infezione latente in ogni uomo. La memoria rivivifica il ricordo della sommessa cronaca contenuta in *Se questo è un uomo* di Primo Levi. Quella stessa urgenza che animò la scrittura di quel libro oggi, purtroppo, non è ancora venuta meno. Quante Auschwitz o Abu Ghraib ci sono ancora nel mondo? •



“Miss mina antiuomo” per le vittime della guerra

“Tutti hanno diritto di essere belli”. È il titolo di un concorso di bellezza giunto alla 2ª edizione che si è svolto in Cambogia. Le concorrenti sono vittime delle mine e degli ordigni inesplosi che causano disastri in vari paesi del mondo.

Alla vincitrice un arto artificiale ed una borsa di studio



Dos Sopheap



Miss Kandal



Miss Phnom Penh



Miss Kompong Cham

di Ezio Pasero

Dos Sopheap è una bellissima ragazza cambogiana di 19 anni: con due splendidi occhi neri, due braccia affusolate e una gamba sottile e slanciata. Una sola, la destra: perché l'altra gliel'ha spappolata una mina mentre correva felice con i suoi compagni di gioco nei campi, quando aveva solo sei anni. E' per questo motivo che Dos è stata eletta Miss Mina antiuomo 2009, vincendo un arto artificiale high tech di titanio e una borsa di studio di mille dollari, per aiutarla a realizzare il suo sogno di diventare contabile e lavorare per una Ong. Il concorso di bellezza, chiama-

molo così, visto che il suo slogan è proprio “Tutti hanno diritto di essere belli”, è giunto nel dicembre scorso alla sua seconda edizione e si è svolto in Cambogia, forse il paese che più di qualsiasi altro al mondo continua a vivere il dramma delle centinaia di vittime, ogni anno, delle mine e degli ordigni inesplosi dei quali è disseminato. Un dramma infinito, perché al ritmo attuale di bonifica dei terreni minati, è stato calcolato, per sminare definitivamente l'intero paese serviranno non meno di centosettant'anni.

Ad avere l'idea di questo singolare concorso era stato qualche anno fa un giovane regista teatrale nor-

vegese, Morten Traavik, che si era trovato in Angola proprio mentre il paese stava uscendo da 27 anni di guerra civile e aveva potuto vedere quanto terribili fossero, in un paese di immensa povertà, le condizioni di sopravvivenza delle vittime delle mine antiuomo. Così, trovati alcuni sponsor, anche a livello del governo norvegese, Traavik aveva dato vita a una Ong proprio con lo scopo di organizzare “Miss Landmine Survivor”, e cioè un concorso di bellezza che potesse donare nuova dignità alle donne ferite dalle mine antiuomo, ricordando loro quanta bellezza ci può essere ancora nel mondo e soprattutto in loro stesse. E an-

che per creare un network delle donne sopravvissute alle mine, per fare in modo che attraverso il contatto tra loro e con una maggiore possibilità di assistenza possano migliorare le loro condizioni di vita. La prima edizione del concorso si era svolta così appunto in Angola, altro paese che occupa una delle primissime posizioni al mondo, nella classifica di quelli più disseminati di mine, ed ebbe grande successo, soprattutto nel riuscire a sensibilizzare l'opinione pubblica.

In Cambogia, invece, la manifestazione è stata duramente ostacolata dal governo, che avrebbe voluto addirittura fermarla del tutto, giudicandola offensiva per le stesse vittime degli ordigni esplosivi, nonostante la partecipazione di venti candidate al concorso. Così, questo è continuato online, con esattamente 2.315 voti inviati da trenta diversi paesi al sito www.miss-landmine.org. E, sia pure un po' in sordina, il 3 dicembre scorso, giorno dichiarato dalle Nazioni Unite Giornata Internazionale delle Persone Disabili, a grande maggioranza è stata eletta lei: Dos Sopheap, che al concorso si era presentata con la fascia di “Miss Battambang”, la provincia più minata della Cambogia e forse del mondo intero. Proprio lì, dove l'11 marzo 1967 era scoppiata la “ribellione del riso” che aveva dato avvio alla guerra civile cambogiana, Dos aveva inavver-

titamente calpestato una mina antiuomo che le aveva ridotto in brandelli la gamba sinistra.

All'epoca costava l'equivalente di neppure quattro euro, quella mina prodotta con 100 grammi di TNT nella ex-Jugoslavia. Era il 1996, e soltanto alla fine dell'anno successivo sarebbe stato conferito il premio Nobel per la Pace alla Campagna internazionale per la messa al bando delle mine antiuomo e alla sua portavoce, Jodie Williams. Nella sostanza, un riconoscimento importantissimo a tutto l'insieme di associazioni, gruppi e singoli individui che da anni cercavano di sensibilizzare l'opinione pubblica sul dramma terribile delle mine antiuomo, sul problema economico, sociale e umano che rappresentavano e sulla necessità di un vero sforzo collettivo per affrontare e risolvere questo problema. Uno dei risultati più importanti raggiunti dalla Campagna Internazionale era stato la pressione su un gran numero di paesi, per indurli alla firma di un trattato internazionale sulla messa al bando delle mine antiuomo: sempre nel dicembre 1997, infatti, a conclusione della conferenza di Ottawa, era stato raggiunto un accordo per il bando totale di queste armi. Il trattato aveva ottenuto la firma di un elevato numero di paesi partecipanti, e tra questi l'Italia. Ma non aveva e non ha mai otte-

nuto l'adesione di alcuni paesi particolarmente significativi, in particolare gli Stati Uniti, la Russia, l'India e la Cina. La situazione non è cambiata neppure recentemente: il trattato di Ottawa, che proibisce l'uso, lo stoccaggio, la produzione e il commercio delle mine antiuomo è stato firmato finora da 156 paesi, e gli stati produttori sono passati da 54 a 16. Ma nel dicembre scorso, alla conferenza decennale del trattato che si è svolta a Cartagena, in Colombia, gli Usa hanno ribadito che, per questioni di sicurezza nazionale, non aderiranno al trattato finché non lo faranno anche Cina, India, Russia e Pakistan.

I risultati comunque significativi del Trattato di Ottawa non devono in ogni caso far perdere di vista le dimensioni del problema che la Comunità internazionale ha ancora di fronte a sé. Infatti, anche se queste armi fossero definitivamente messe al bando in tutto il pianeta (e siamo ancora lontani dal raggiungimento di un simile obiettivo), resterebbe aperto il problema dell'eliminazione delle mine già disseminate in un gran numero di paesi. I territori finora sminati sono stati poco più di 170 milioni di metri quadrati, e a Cartagena è stato annunciato che il Ruanda è finora l'unico stato che si è ufficialmente liberato dal dramma delle mine, dopo che settemila milita-



Differenti tipi di mine

ri addestrati in Kenya e assistiti da esperti in esplosivi hanno setacciato tutto il paese, riuscendo a disinnescare migliaia di ordigni.

La quantità totale di mine disseminate nel mondo è ovviamente molto difficile da valutare. Le Nazioni Unite indicano comunque in circa 100 milioni in 62 paesi il numero di ordigni antiuomo disseminati finora. Il numero di mine distrutte ogni anno nelle operazioni di sminamento si colloca invece tra 100.000 e 200.000.

Con questi ritmi, occorrerebbero centinaia di anni per eliminare completamente questi ordigni dai paesi nei quali essi sono presenti. Inoltre, mentre le tecniche di sminamento per scopi militari sono tutto sommato efficaci e facilmente disponibili, quelle per le operazioni umanitarie lo sono molto meno. Le prime hanno infatti il solo scopo di aprire corridoi praticabili in mezzo a campi minati,

mentre le seconde richiedono una bonifica totale del territorio, per restituirlo alle popolazioni locali in condizioni di sicurezza.

In effetti, l'impatto delle mine sulle popolazioni locali è devastante perché rendono impraticabili attività primarie come l'agricoltura e la mobilità, con effetti economici e psicologici enormi. Per non parlare del peso che tutto ciò impone al sistema sanitario e sociale dei paesi più colpiti. In Cambogia, per esempio, si stima che vi siano ancora fra i quattro e i sette milioni di mine, e già una persona su 236 è stata mutilata da uno di questi ordigni. Un'indagine della Croce Rossa Internazionale realizzata in Afghanistan sui feriti delle mine antiuomo chiarisce poi che la maggioranza delle vittime sono civili: per il 34 per cento bambini, come lo era Dos Sophead quando ha perduto la sua gamba sinistra. •

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.

12-19 marzo 2010

Settimana di Prevenzione del Tumore della Prostata

In Italia ci sono 9.300.000 uomini potenzialmente a rischio di ammalarsi di tumore della prostata. Sono gli individui di sesso maschile che hanno superato i 50 anni di età e rientrano nella categoria più a rischio di contrarre quello che, con una incidenza del 12%, è diventato il primo tumore che colpisce l'uomo.

Per informare sui rischi e sulla necessità di controlli periodici, **dal 12 al 19 marzo 2010**, la World Foundation of Urology ha promosso la **Settimana di Prevenzione del Tumore della Prostata**.

La campagna di informazione, attraverso spot televisivi, poster e pieghevoli informativi, è centrata su messaggi che invitano alla prevenzione mediante esami periodici e visite urologiche annuali anche dai 40 anni di età per chi ha familiarità con questo tipo di tumori e dai 45 anni per tutti gli altri.

L'accento della campagna di prevenzione quest'anno è posto sull'Alimentazione, indicata come principale fattore ambientale in grado di influenzare la crescita e la progressione del tumore della prostata, come evidenziato anche nel volume "La prevenzione del tumore della prostata, Alimentazione e diagnosi precoce" del prof. Mauro Dimitri, Presidente della World Foundation of Urology, appena pubblicato.

La settimana di prevenzione del tumore della prostata si svolge sotto il patrocinio della FAO, della Presidenza del Consiglio dei Ministri, della Commissione Nazionale dell'UNESCO, dell'Unipax e della Presidenza della Conferenza Stato-Regioni e Province autonome. Il Comitato d'onore è presieduto dal prof. Umberto Veronesi e composto da Massimo Barra, Andrea Bocelli e Santo Versace.

Il professor Mauro Dimitri ha conseguito nel corso degli anni numerosi premi e onorificenze per il suo lavoro al servizio della scienza e della salute, tra i quali il Premio "Città di Los Angeles" per la Ricerca e la Scienza, Premio "D'Aquino Family Foundation" per la Medicina, Premio Neo-Kidney Project, nomina a "Commendatore della Repubblica Italiana" (2005), Menzione (Biografia) su "Who's Who in the World -2007" per il settore della Scienza.

Per informazioni: PMS - Antonio Buoizzi - 02 48000250, Gianluca Colace - 06 48905000

Medicina aeronautica e spaziale

Accademia Aeronautica di Pozzuoli (Napoli), 20-22 maggio

L'Associazione Italiana di Medicina Aeronautica e Spaziale in collaborazione con il Corpo Sanitario Aeronautico organizza il 23° convegno nazionale al fine di aggiornare tutti gli operatori sanitari impiegati nel settore medico aeronautico e spaziale

Alcuni argomenti: medicina spaziale, medicina aeronautica del lavoro, medicina legale, fisiologia aeronautica, medicina operativa aeronautica, human factor, casi clinici

Informazioni: web site: www.aimas.it, e-mail: segreteria@aimas.it, fax 06 9933 1577

Ecm: riconosciuti per medici, infermieri, psicologi

Colposcopia: dalla diagnosi alla terapia

Roma, 19-20 marzo

Presidente: P. A. Todaro

Alcuni argomenti: ambulatorio di colposcopia: strumentario e tecniche, organizzazione e gestione di un ambulatorio di colposcopia, comunicazione della diagnosi e consenso informato alla terapia

Informazioni: Segreteria Scientifica T.Col. me. Emanuele Cotugno, T.Col. me. Massimo Ventura, e-mail: ecm.celio@libero.it, tel. 06 70196265

Segreteria Organizzativa: Mkt Consulting, Via Cassia 1110, 00189 Roma, tel. 06 39746189, fax 06 45438292 congressi@mkt-consulting.it, siti web: www.mkt-consulting.it

Università degli studi di Roma Tor Vergata

Sessualità, psichismo e stili di vita, tra benessere e malattia

Roma, 7-8 maggio, aula Golgi

Informazioni: Segreteria Organizzativa tel. 06 5816789, e-mail: segreteria@omoios.it

Ecm: richiesti crediti ecm



Programmazione neurolinguistica e comunicazione

Roma, marzo-giugno

Docenti: d.ssa Terry Bruno, dott. Silvio Spicacci Minervini

Obiettivi: allargare le proprie capacità percettive, diventare più consapevoli delle proprie capacità di ascolto e d'attenzione, capirsi e capire chi ci circonda, conoscere le convinzioni limitanti e superarle

Struttura: il corso si articola in 4 moduli:

I modulo: alla scoperta di sé, 13-marzo 2010;

II modulo: il mondo e le sue sfaccettature, 17-18 aprile 2010;

III modulo: oltre i limiti, 15-16 maggio 2010;

IV modulo: linguaggio del cambiamento, 19-20 giugno

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

Gli affetti organizzatori dell'esperienza

Genova, 28 marzo, centro studi di psicoterapia

Direttore: dott. Rosario Montiroso

Argomenti: Il seminario, attraverso la videoanalisi, si occuperà delle rotture e riparazioni della comunicazione emozionale nell'interazione precoce madre - bambino

Responsabile progetto formativo: Nicoletta Cinotti

Informazioni: Centro Studi di Psicoterapia, Via Pisacane 11/3, 16129 Genova, tel. 010 562164, sig.ra Nicoletta Cinotti, sito web: www.bioenergeticaesocieta.it

Dermatologia estetica e correttiva

Roma, 19-21 marzo 2010, hotel Aran Mantegna, Via Mantegna

Argomenti e struttura: corso teorico pratico interattivo in diretta video; tossina botulinica: preparati a confronto; filler: tecniche avanzate e novità lipofilling; trattamenti non chirurgici a confronto: laser ablativi e frazionati, radiofrequenze, ultrasuoni, needling, biostimolazione, fili di sospensione, consenso informato e tutela medicolegale

Informazioni. Segreteria Organizzativa Joining People Srl Viale Irpinia 10, 00177 Roma, tel. 06 2020227, fax 06 20421308, email: mastersidec@joiningpeople.it, sito: www.joiningpeople.it

Ecm: riconosciuti 13 crediti ecm

Insufficienza venosa, trombosi venosa, ulcere flebostatiche: diagnostica, terapia medica, terapia chirurgica e bendaggi

Moncrivello (Vc), 20 marzo

Direzione scientifica: Massimo Lanza

Alcuni argomenti: ulcere flebostatiche ed insufficienza venosa: diagnosi, terapia medica e stato dell'arte; prove pratiche per gruppi con pazienti; trombosi venosa profonda

Informazioni: Segreteria Organizzativa tel. 0161 426524, fax 0161 426523, e-mail: formazione@trompone.it

Congresso Sicilia

Gruppo italiano cardiologia riabilitativa

Caltanissetta, 19-20 marzo, villa Barile

Presidenti: dott. Luigi Scanato, dott. Antonio Castello

Argomenti trattati: riabilitazione cardiologica, scompenso cardiaco, cardiologia forense

Informazioni: Segreteria Organizzativa Zerotre Organizzazione Convegni & Eventi, Via Luisa Moncada 6, tel. e fax 0934 552538, Caltanissetta, e-mail: staff@zerotre-adv.it



Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Asti - Asl At di Asti

Consenso informato a 360°

Asti, 8 maggio 2010, Via Giosuè Carducci 28

Argomenti: presentazione (dott. Mario Alfani – presidente ordine dei medici di Asti, dott. Mauro Favro - direttore sanitario di azienda Asl Asti), Somministrazione pre test (dott. Claudio Lucia); Storia del consenso informato, dalla nascita ai giorni nostri. Il consenso informato nell'Asl Asti (prof. Marco Perelli Ercolini, d.ssa Donatella Ciaceri); Il consenso informato in ospedale (dott. Mario Grassini); Il consenso informato in ambulatorio (d.ssa Carla Baldi); Il consenso informato in odontoiatria (dott. Ferruccio Balistreri); Il consenso informato, con gli occhi dell'avvocato (avv. Aldo Mirate); Il consenso informato, la magistratura (dott. Luciano Tarditi); Il consenso informato e le coperture assicurative (dott. Attilio Steffano); Somministrazione post test (dott. Claudio Lucia)

Informazioni: Segreteria Organizzativa Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Asti, Via Goito 12, Asti, tel. e fax 0141 595227, e-mail: ordmedat@tin.it

Ecm: in corso accreditamento per ecm

Approccio critico alla moderna flebologia

Abano Terme (Pd), 19 marzo

Responsabile scientifico: dott. Ugo Baccaglini

Argomenti: diagnostica, chirurgia, scleroterapia, laser

Informazioni: Segreteria Organizzativa Associazione flebologica ambulatoriale e di day surgery in collaborazione con Dlm srl, Via XX Settembre 37, 35122 Padova, tel. 049 665481, fax 049 665685, e-mail: afads@tiscali.it, sito web: www.afads.com

Ecm: attribuiti crediti ecm

Impiego della tossina botulinica nel ringiovanimento del volto e nel trattamento dell'iperidrosi

Bologna, 21 marzo

Docenti: d.ssa Paola Rosalba Russo, dott. Salvatore Piero Fundarò

Obiettivo: il corso ha la finalità di introdurre alla conoscenza di concetti e applicazioni di base del trattamento delle rughe mimiche del terzo superiore del volto

Alcuni argomenti: anatomia e fisiologia dei muscoli facciali, metodiche d'impianto, precauzioni post – impianto, aspetti pratici della gestione del prodotto, indicazioni e controindicazioni

Informazioni: Segreteria Organizzativa Valet srl, Via dei Fornaciai 29/b, 40129 Bologna, tel. 051 6388334, fax 051 326840, e-mail: info@valet.it, sito web: www.valet.it

Ecm: 8 crediti

Società italiana urologia territoriale

Lucca, 28-29-30 aprile, Palazzo Ducale

Presidente: R. D'Agostino

Presidenti onorari: P. Giannotti, G. Toscano

Argomenti: il Corso chiama a raccolta i massimi esperti di urologia e costituisce un'occasione di confronto tra prassi quotidiana di rapporto col paziente e col suo medico di base con le controparti ospedaliere e universitarie, per la prima volta con una impostazione pratica incentrata sul paziente

Informazioni: Segreteria Scientifica Paolo Giannotti, tel. 050 560004, e-mail: vpgiannotti.urol@virgilio.it, Giuseppe Di Giovacchino, tel. 329 6428529, e-mail: giuseppe.digiovacchino@gmail.com, Vincenzo Marino, tel. 335 6235062, e-mail: vincenzo_mar@tiscali.it

Segreteria Organizzativa: Roberto D'agostino, tel. 347 8476434, e-mail: robed@hotmail.it, Marcello Gentile, tel. 393 1404955, e-mail: marcellogentile@libero.it, Libertario Raffaelli, tel. 330 418852, e-mail: liraff@tin.it

Ecm: richiesti crediti ecm al ministero della Salute



Fisiopatologia cervico-vaginale e vulvare, colposcopia e malattie a trasmissione sessuale

Ascoli Piceno, 19-22 aprile

Coordinatore dell'insegnamento: dott. Mario Peroni

Prolusione: dott. Giuseppe Ippolito

Ospite straniero d'onore: dott. Gary Clifford dello Iarc di Lione

Obiettivi: il corso riservato alla categoria medici è finalizzato allo studio ed all'approfondimento nell'ambito del distretto genitale e mts con lezioni teoriche intensive e lavori pratici

Informazioni ed iscrizioni: Etrusca Conventions, Via Bonciario 6/d, 06123 Perugia, tel./fax 075 5722232, e mail: info@etruscaconventions.com

Ecm: richiesti crediti ecm

Biomateriali in chirurgia orale

Roma, 7 maggio, centro congressi Frentani, Via dei Frentani 4

Presidenti: dott. Francesco Riva, prof. Bruno Salvati

Argomenti: l'utilizzo e la conoscenza delle proprietà dei biomateriali e dei presidi innovativi permettono di ottimizzare tutte le procedure chirurgiche interessanti il cavo orale

Informazioni ed iscrizioni: www.biomatchoral.it

Ecm: in fase di accreditamento

Neurofisiopatologia: Eeg ed epilessia

Roma, 16 aprile, aula magna dipartimento di medicina legale Sapienza Università Roma, Viale Regina Elena 336

Presidente: O. Mecarelli

Alcuni argomenti: dall'epilessia alla ricerca di base: nel ricordo di Gianfranco Ricci, Eeg: dalla neurofisiologia sperimentale all'epilettologia clinica; epilessie: nuove sindromi e nuovi concetti

Informazioni: Segreteria Organizzativa Pts congressi srl, Via Nizza 45, 00198 Roma, tel. 06 85355590, fax 06 85356060, e-mail: manuela.morandini@ptsroma.it, sito web: www.ptsroma.it/neurofisiopatologia2010

Ecm: previsto accreditamento per medici e tecnici dnfp

Aterosclerosi dal bambino all'adulto

Roma, 16-17 aprile, Auditorium I Clinica Medica, Policlinico Umberto I

Presidente: prof. Eugenio Gaudio

Argomenti: prevenzione delle malattie cardiovascolari in età pediatrica, stress ossidativo, sindrome metabolica, fattori di rischio in età pediatrica e loro prevenzione

Informazioni: Segreteria Scientifica prof. Francesco Martino, centro per lo studio delle dislipidemie infantili, dipartimento di pediatria, I facoltà di medicina e chirurgia, Sapienza Università di Roma, Viale Regina Elena 324, 00161 Roma, tel. e fax 06 49979272, e-mail: francesco.martino30@tin.it

Segreteria Organizzativa: md studio congressi snc, Via Roma 8, 33100 Udine, tel. 0432 227673, fax 0432 507533, e-mail: info@mdstudiocongressi.com, sito web: www.mdstudiocongressi.com

Ecm: evento inserito nel programma di Educazione Continua in Medicina per 200 medici chirurghi

Ordine dei Medici di Enna

La fatigue nella pratica oncologica

Enna, 10 aprile

Direttori : dott. Porto Antonino, d.ssa Toscano Lucia

Informazioni: Segreteria Scientifica dott. Porto Antonino servizio medicina di base ASP Enna, tel. 0935 620420, fax 0935 667749, e-mail: porto.antonino@alice.it



Riproducibilità scientifica delle osservazioni posturali

Belluno, 20 marzo, centro Giovanni XXIII, Piazza Piloni

Coordinatore Scientifico: dott Sergio Ettore Salteri

Alcuni argomenti: metodologia scientifica in posturologia clinica, il piede: vertice di un sistema instabile, squilibrio visuo-motorio nella dislessia, implicazioni neurofisiologiche della deglutizione viziata nuova metodica di esame clinico 3d in posturologia

Informazioni e iscrizioni: Signora Tiziana cell 345 3400474, e-mail: segreteria@posturology.info, sito web: www.posturology.info

Ecm: riconosciuti crediti ecm per medici-chirurghi, dentisti, fisioterapisti, ortottisti/assistente di oftalmologia

Approccio critico alla moderna flebologia

Abano Terme (Pd), 19 marzo

Responsabile scientifico: dott. Ugo Baccaglini

Workshops: diagnostica, chirurgia, scleroterapia, laser

Informazioni: Segreteria Organizzativa Associazione flebologica ambulatoriale e di day surgery, Via XX Settembre 37, 35122 Padova, tel. 049 665481, fax 049 665685, e-mail: afads@tiscali.it, sito web: www.afads.com

Ordine provinciale dei medici e chirurghi e degli odontoiatri di Ravenna

Screening e controlli: quando è utile anticipare la diagnosi

Ravenna, 24 marzo, sala D'Attorre

Relatore esterno: Marco Zappa

Obiettivi: gli obiettivi di questo congresso riguardano il riappropriarsi da parte del medico del proprio ruolo nell'esercizio professionale oltreché la possibilità per esso di stringere un patto col paziente per superare i conflitti fra limitazioni di natura normativa e burocratica e richieste (proprie e improprie) del cittadino-paziente

Informazioni: Via A. De Gasperi 19, 48121 Ravenna, tel. 0544 212625, fax: 0544 32276, e-mail: info@omceo-ra.it

Ecografia internistica per mmg

Perugia, 15-18 aprile, centro congressi

Direttore: Maurizio Mancuso

Il corso è teorico e pratico e specificatamente orientato alla medicina generale. Sono previsti due percorsi differenti a seconda che il partecipante sia assolutamente privo di formazione ecografica o che abbia già una formazione di base

Informazioni ed iscrizioni: tel. 338 9909889, 02 4035069

Ecm: richiesto accreditamento ecm

Arcispedale S. Maria Nuova- Reggio Emilia

Chirurgia della tiroide e delle paratiroidi

Reggio Emilia, 7-9 aprile, U.O. di otorinolaringoiatria

Direttore: dott. Verter Barbieri

Struttura: il corso è articolato in sedute operatorie mattutine e pomeridiane con seminari negli intervalli tra gli interventi chirurgici. È prevista la partecipazione attiva alle sedute operatorie

Informazioni: Segreteria Organizzativa Martina Parini c/o Arcispedale S. Maria Nuova Viale Risorgimento 80, 42100 Reggio Emilia, tel. 0522 296580, fax 0522 295839, e-mail: MartinaRenata.Parini@asmn.re.it



Albert Sabin

3 MARZO 1993

Albert Sabin, scopritore del vaccino contro la poliomielite, muore negli Stati Uniti a Washington.

18 MARZO 1990

Dodici opere di immenso valore - dipinti di Manet, Rembrandt, Degas - vengono rubate a Boston. Si tratta del più grande furto di opere d'arte della storia.

11 MARZO 1990

In Cile è la fine del regime di Augusto Pinochet a seguito di un referendum popolare.



Augusto Pinochet

Marzo e le sue storie...

*Una volta ottenuto il beneficio,
il donatore è dimenticato.*

**William Congreve,
Lettera a Lord Halifax**



13 MARZO 1988

A Parigi l'architetto Leoh Ming Pei dà il via alla costruzione della "Piramide di vetro" all'interno del cortile del Louvre.



Woody Allen

31 MARZO 1987

Ad Hollywood il regista Woody Allen si aggiudica l'Oscar per la sceneggiatura del film "Hannah e le sue sorelle"

23 MARZO 1983

Campionati del mondo di atletica leggera in Finlandia: Alberto Cova è oro nei 10000 metri e Francesco Panetta è argento nei 3000 siepi. L'americano Carl Lewis vincerà i 100 metri ed il salto in lungo.



Alberto Cova

10 MARZO 1978

Soggiorno record nello spazio per due cosmonauti russi: 139 giorni.

16 MARZO 1978

A Roma, in Via Fani, viene rapito Aldo Moro. Tutti uccisi i cinque componenti della scorta dello statista democristiano

21 MARZO 1961

Per la prima volta i Beatles si esibiscono al "Cavern", locale di Liverpool.



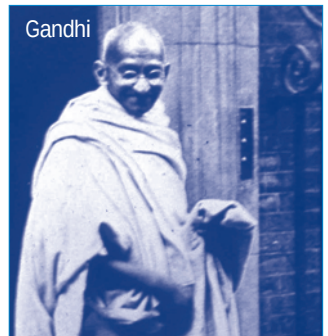
The Beatles

12 MARZO 1938

L'Austria viene invasa dalle truppe tedesche ed annessa al Terzo Reich.

1 MARZO 1920

Per ottenere l'indipendenza del suo paese dalla Gran Bretagna, Mohandas Karamchand Gandhi inizia una campagna di resistenza non violenta.



Gandhi

23 MARZO 1919

Mussolini fonda a Milano i Fasci di combattimento.

Interrompere il ciclo della violenza

di Lina Vita Losacco

Alla fine dell'Ottocento in Inghilterra i "cari" mariti potevano picchiare la propria moglie con un bastone purché non fosse spesso più di un pollice; era il 1975 quando in Italia il nuovo diritto di famiglia⁽¹⁾ ha abolito la liceità del coniuge di

poter far uso di mezzi di correzione e disciplina nei confronti della moglie!

Fortunatamente la violenza domestica è stata studiata molto negli ultimi quaranta anni, sia dal punto di vista sociale sia legislativo e giuridico, determinando anche dei cambiamenti culturali che hanno facilitato l'emersione dei casi di violenza domestica, nonostante l'impressione di un aumento del fenomeno. A rendere possibile il controllo dello stesso e una limitazione del danno conseguente sono stati i piani di coordinamento realizzati tra gli interlocutori (Enti locali e nazionali, FFOO, Sanità, Magistratura, organizzazioni internazionali, Centri antiviolenza) che si occupano del problema. Grande merito va riconosciuto al lavoro costante e tenace condotto negli anni dai Centri antiviolenza e case rifugio per donne vittime di violenza. Pensiamo che le prime esperienze d'accoglienza risalgono agli anni '70 in Inghilterra e negli Stati Uniti, dove le prime case rifugio, in rete con le forze dell'ordine, offrivano assistenza medica, psicologica e legale. Nel corso degli anni il fenomeno della violenza alle donne è stato studiato anche in correlazione alla salute psico-fisica delle stesse e dei loro figli minori *testimoni di violenza*, individuandone le conseguenze anche letali in numerosi casi. In Italia l'attenzione nei confronti del fenomeno da parte del Consiglio superiore della Magistratura ha portato alla delibera emanata l'8 luglio 2009: "Iniziative per migliorare la risposta di giustizia nell'ambito della violenza familiare"; risultato di un'attenta indagine svolta tra i presidenti dei Tribunali e i procuratori della Repubblica sulla gestione del maltrattamento domestico, la delibera sottolinea anche la necessità di un'azione competente da parte della Magistratura e delle Forze dell'ordine.

Come sperimentato sia a livello internazionale che in numerose città italiane il contenimento del fenomeno è reso possibile lì dove c'è un lavoro di rete strutturato tramite protocolli e linee guida tra gli interlocutori istituzionali e del privato sociale che raggiungono più facilmente le donne che subiscono violenza, comprese quelle "silenziose". Anche a Roma è di recente sottoscrizione (2 dicembre 2009) l'accordo che ha avuto come protagonisti i presi-



Il bambino sviluppa paura e ansia, vergogna e rabbia, confusione e sensi di colpa misti ad un vissuto d'impotenza e inadeguatezza

denti del Tribunale Ordinario (Penale e Civile) e di quello dei Minorenni di Roma, le rispettive Procure, la Prefettura, la Questura, le Asl e i Centri antiviolenza. Tra gli obiettivi sottolineati nel protocollo la necessità di individuare "imputati e persone offese, per accertare la ricorrenza delle condotte violente"; acquisire "elementi significativi sulla sussistenza del reato di maltrattamenti in famiglia e/o atti persecutori", valutare la "opportunità dell'applicazione delle misure cautelari di cui agli art. 282 bis e 282 ter c.p.p per ridurre il rischio di ulteriori e più gravi violenze

(1) Adami C, Basaglia A, Bimbi F, Tola V, eds. *Libertà femminile e violenza sulle donne. Strumenti di lavoro per interventi con orientamenti di genere*. Milano: Franco Angeli, 2000: 30.

a danno delle persone offese”. Nel protocollo su citato grande risalto è dato alla tutela dei minori presenti nel contesto di violenza domestica e spesso danneggiati anche per il solo fatto di esserne testimoni. L’invito dei magistrati è esteso ai medici affinché in presenza di segni, sintomi o di sospetto maltrattamento non abbiano timore nel refertare e segnalare alle autorità competenti.

Il danno dei minori testimoni di violenza domestica

La *violenza assistita* provoca nei minori disturbi che coinvolgono la sfera affettiva, cognitiva e relazionale. Il bambino che assiste in ambiente domestico ad aggressioni continue o a logoranti forme di controllo, sviluppa paura e ansia, vergogna e rabbia, confusione e sensi di colpa misti ad un vissuto d’impotenza e inadeguatezza. I più classici sono i disturbi comportamentali con tendenza a riprodurre l’atteggiamento violento del padre o la passività della madre con conseguente difficoltà di relazione con il gruppo dei pari. Spesso il corpo dà dei segnali attraverso disturbi psicosomatici o del controllo degli sfinteri e del linguaggio. Se la situazione di violenza si protrae nel tempo si possono sviluppare disagi riconducibili alla sindrome post-traumatica da stress.⁽²⁾

Nella maggior parte dei casi i minori subiscono violenza assistita, ma anche direttamente subita, sin dalle primissime fasi dell’infanzia. Alcune ricerche confermano che ancora oggi l’educazione dei figli viene impartita attraverso i maltrattamenti fisici e psicologici, prassi talmente diffusa da rasentare la “normalità”. Il maltrattamento subito dal genitore (la persona che dovrebbe avere una funzione protettiva), *resta fissato* comunque “nel cervello non ancora completamente formato del bambino”⁽³⁾ derivandone una confusione insanabile: il comportamento violento viene *registrato* come normale e quindi *appreso*. Ma il bam-



bino conserva anche paura, sfiducia e dolore se costretto a reprimerle e *negarle*. Sofferenze e maltrattamenti, per quanto negati, potranno riemergere in seguito con disturbi vari o riprodotti nella generazione successiva, così che la violenza non si interrompe.

Per arginare la ciclicità del fenomeno occorre intervenire quanto prima. Con i piccoli testimoni di violenza un semplice ma efficace intervento è l’*ascolto empatico del loro vissuto emotivo* affinché possano elaborare la sofferenza negata e raccontare la confusione e le paure provate. Tale intervento non è una terapia ma un semplice confronto con la loro dolorosa verità, essenziale per eliminare sintomi psichici o fisici. Numerosi programmi terapeutici si basano in genere sul dover educare i bambini *difficili* ad adattarsi e conformarsi a comportamenti adeguati e tralasciano invece la storia di violazioni che quei bambini si portano dietro. Ma, come sostiene A. Miller, il bambino solo se aiutato a *vedere* e a non negare le proprie ferite ha buone possibilità di guarigione, tanto più se è piccolo: l’età migliore per parlare con i bambini delle loro ferite è fra i “quattro e i dodici anni” (*ibidem*); è importante che ad accogliere il loro vissuto siano i genitori. Nelle situazioni di maltrattamento in famiglia si potrebbe contare solo su uno dei due genitori, in genere la madre, ma proprio perché “nella violenza domestica la madre viene danneggiata e difficilmente potrà conservare buoni livelli di responsività emotionale e di attenzione ai bisogni del figlio”⁽⁴⁾ è fondamentale svolgere un intervento di “recupero del genitore superstita”. Gli esperti del settore quali operatrici specializzate dei Centri antiviolenza, psicologhe ed educatori competenti sulla violenza di genere, dovrebbero sostenere una madre che ha subito maltrattamenti nella rilettura del vissuto emotivo per dar voce alle sofferenze tacite e aiutarla a recuperare la propria assertività emotiva; solo l’affettività ritrovata, comunicata al proprio figlio, è in grado di rompere l’isolamento affettivo di entrambi. Un lavoro non semplice ma basilare per costruire un rapporto tra madre e figlio che sia chiaro e in cui il bambino può esplicitare un segreto che è stato costretto a *custodire*. Una madre che fonda il suo comportamento sulla chiarezza può liberare il bambino dalla confusione e diventare una figura rassicurante; non solo, rispettando suo figlio in quanto persona, gli restituisce dignità insegnandogli il rispetto verso se stesso e verso gli altri. I bambini imparano dal comportamento dei genitori, per cui apprendere una modalità di relazione sana, fondata sulla comunicazione affettiva circolare e sul reciproco rispetto (non su un esercizio di potere!) è il rimedio infallibile per interrompere il ciclo della violenza intergenerazionale. •

(2) Marchueta G. *Gli abusi all’infanzia: i diversi interventi possibili*. Montecchi F, (a cura di). Milano: Franco Angeli; 2005: 303-22.

(3) Miller A. *Riprendersi la vita*. Torino: Bollati Boringhieri; 2009.

(4) Luberti R, Pedrocco Biancardi M. *La violenza assistita intrafamiliare*. Milano: Franco Angeli; 2005: 41.

La malattia degli spazzacamini

Percival Pott, medico londinese, è stato il primo ad evidenziare su base scientifica la responsabilità delle sostanze chimiche nella genesi dei tumori. Il suo *Short Treatise on the Chimney-Sweeper's Cancer* risale al 1776

di Luciano Sterpellone

Nei tempi andati, cadere da cavallo e rompersi una gamba era un evento piuttosto frequente, che non faceva notizia. In caso di frattura, le ossa si saldavano per proprio conto; in caso contrario si procedeva all'amputazione.

Evidentemente il dottor Pott non gradì una soluzione così drastica quando nel gennaio 1756 cadde da cavallo mentre cavalcava, a Londra, sulla Old Kent Road: fece improvvisare una barella con una vecchia porta e due pali, con la quale fu trasportato per un paio di miglia sino a casa.

Qui il suo Maestro, il famoso chirurgo Edward Nourse, pensò di intervenire chirurgicamente trattandosi di una frattura esposta; ma lo stesso Pott gli suggerì di immobilizzare l'arto. Nourse seguì il suggerimento, e gli prescrisse un lungo periodo di riposo. Pott colse l'occasione di tanto quel...tempo libero, e in poche settimane scrisse un libro proprio sulle fratture – *A Treatise on Ruptures* –, poi tradotto in diverse lingue.

A quell'epoca Percival Pott ha una quarantina di anni, e fa parte di quella Corporazione degli *United Barber-*



Percival Pott

Surgeons, che nel 1745 ha visto la storica separazione tra barbieri e chirurghi. Insieme con altri chirurghi come lo stesso Nourse, John Hunter, Sharp e Cheselden, porterà la chirurgia settecentesca inglese alla ribalta internazionale.

Ed è l'epoca in cui il medico di una certa fama si mette a dare lezioni private agli studenti di Medicina, ospi-

tandoli nella propria casa, di solito dotata anche di una piccola sala da dissezione. Pott segue anche lui questa usanza, e la sua "scuola" raggiunge presto una tale notorietà che attrae studenti anche dall'estero.

Il nome di Pott è in particolare legato alle sue osservazioni sul "cancro degli spazzacamini" – comunicate nel conciso *Short Treatise on the*

Chimney-Sweeper's Cancer (1776) – certamente le prime a evidenziare su base scientifica la responsabilità delle sostanze chimiche nella genesi dei tumori, in questo caso come patologia "professionale", e non "venerea", come si pensava allora, se non addirittura "ereditaria" in quanto colpiva sovente membri maschi della stessa famiglia, che spesso esercitavano lo stesso mestiere di spazzacamini.

Si noti che nel '700 questi cominciavano a lavorare come "bambini o ragazzi scalatori" sin dalla fanciullezza, in quanto per le loro dimensioni potevano introdursi agevolmente nell'interno dei comignoli, di solito non più larghi di 16-18 centimetri. Dopo una ventina di anni di attività, in molti di essi insorgeva il carcinoma dello scroto. Pott ne riconosce così per primo la causa nella fuliggine che si deposita nella cappa quando nei camini vengono bruciati la legna e il carbone. La fuliggine può essere infatti considerata un sottoprodotto della combustione incompleta del carbone, venendo i prodotti della carbonizzazione a condensarsi sulle parti più fredde della cappa. In particolare, esplica la sua azione cancerogena depositandosi tra le "rughe" particolarmente presenti sulla pelle scrotale, provocando epitelomi per lo più a cellule piatte o pavimentose. Oggi si sa che le sostanze incrici-

minate sono costituite da idrocarburi policiclici, che inducono formazione di neoplasia nella sede di applicazione. Riporta testualmente l'Autore: "La malattia esordisce nella parte inferiore dello scroto con un'ulcera superficiale, dolorosa, di aspetto dentellato, a margini duri e rilevati".

Una bella scoperta, certamente. Ma proprio perché il concetto di fattore esogeno (e non esclusivamente endogeno come si riteneva allora) implicato nella genesi dei tumori è a quel tempo completamente "fuori dalle righe", non gli viene rivolta la dovuta attenzione: tant'è che la malattia continuerà ancora per qualche decina di anni ad essere considerata di natura venerea e forse ereditaria. Quanto constatato serve però a Pott per andare oltre la scoperta e aprire un discorso più ampio di carattere sociale e assistenziale – in merito alle pessime condizioni di lavoro alle quali vengono allora sottoposti bambini e adolescenti destinati a questo genere di lavoro, suggerendo condizioni e misure di assistenza e prevenzione più adeguate.

L'etiologia del cancro dello scroto troverà conferma in altre osservazioni. Così, nel 1808 James Earle citerà il caso di un giardiniere che un anno dopo avere sparso grandi quantità di fuliggine per sterminare le chioccioline del suo giardino sviluppa un papilloma sulla mano sinistra, poi esteso al punto da imporre l'amputazione. Quarant'anni dopo, James Paget riferirà di un uomo

portatore di carcinoma dell'orecchio sinistro, il quale per lungo tempo aveva trasportato sacchi di fuliggine sulla spalla dello stesso lato. Dettaglio curioso: quest'uomo aveva fatto lo spazzacamino durante l'infanzia, e due anni prima aveva avuto un tumore scrotale.

Ma Pott non si interessa soltanto degli spazzacamini. Si occupa ad esempio anche delle ernie, descrivendone le forme congenite in un lavoro affatto gradito da due dei più famosi chirurghi londinesi – i fratelli John e William Hunter – i quali lo accusano addirittura di "plagio scientifico" sostenendo di essere stati loro a comunicare lo stesso reperto due anni prima. Pott si difende giurando di non essere stato in alcun modo al corrente della cosa: del re-

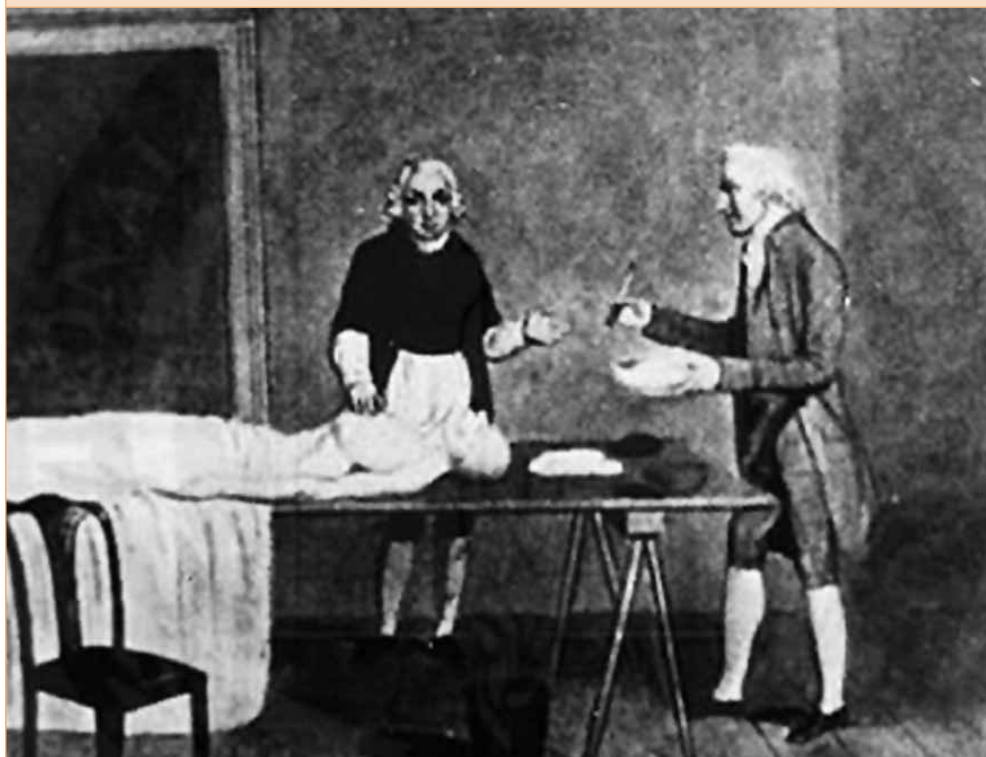
sto, a quel tempo – data la scarsa diffusione della stampa scientifica – non era infrequente che un'osservazione o una scoperta restasse nel ristretto ambito di pochi intimi. E i "plagi" involontari non costituivano pertanto un evento infrequente.

Tra gli altri contributi dati da Pott alla scienza medica figura anche l'inquadramento nosologico di una malattia, la "carie vertebrale" (1779), nota oggi appunto con l'eponimo di "malattia di Pott": il primo caso da lui descritto si riferisce a un ragazzo di 14 anni, figlio di una famiglia amica. Descrive questa patologia come un'osteomielite di una o più vertebre che cointeressa i tessuti adiacenti e si complica spesso con gibbosità, ascessi e

paralisi degli arti. Per essa realizza anche un innovativo metodo di trattamento. Pott non si limita tuttavia ad osservare e descrivere le malattie, ma cerca anche di studiarne il trattamento. Per quanto riguarda direttamente il cancro degli spazzacamini, così commenta il metodo da lui stesso proposto, consistente nell'asportazione di parte dello scroto:

"In questi individui la malattia sembra trarre la sua origine dal ristagno di fuliggine tra le rugosità dello scroto[...]Lo scroto non è un organo vitale, né la perdita di una sua parte è seguita dal minimo inconveniente. E se è possibile salvare una vita asportando la parte colpita, questa sarà una soluzione ottima e facile da raggiungere." •

Sir Percival Pott (a sinistra) dà una lezione su un cadavere a John Hunter (a destra) nell'anno 1756.



La Sindone, profumo di storia

Nell'aprile 2010 a Torino ci sarà l'ostensione straordinaria del lenzuolo funebre. È Gesù quell'uomo crocifisso?

Intervista a Pierluigi Baima Bollone presidente onorario del Centro internazionale di sindonologia di Torino, professore emerito di Medicina legale all'Università di Torino e autore di oltre cento pubblicazioni scientifiche e libri di successo

di Fabrizio Federici

Professore, com'è stata decisa questa nuova ostensione straordinaria della Sindone?

Dopo la grande affluenza di pubblico all'ostensione per il Giubileo del 2000, le richieste in questo senso erano tantissime. Benedetto XVI l'ha decisa allora per quest'anno: anche per distinguere adeguatamente tra i valori religiosi e quelli civili, che l'anno prossimo, sempre a Torino, richiameranno un altro flusso imponente di visitatori, per le celebrazioni del centocinquantenario dell'unità d'Italia (1861-2011).

Può riassumerci brevemente la storia della Sindone?

Di essa, come lenzuolo funebre del Cristo, parlano anzitutto i Vangeli, canonici e apocrifi: tra questi ultimi, il Vangelo di Pietro, scritto in ambiente gnostico-siriano prima del 150 d. C., conferma l'avvolgimento del corpo di Gesù in un lenzuolo a cura di Giuseppe d'Arimatea, e la sepoltura nel sepolcro di sua proprietà (oggi quasi certamente identificato, grazie alle ricerche storico-archeologiche comparate, con quello appunto del-

la Basilica del San Sepolcro a Gerusalemme). Dopo, di una Sindone (il nome viene dal greco "Sindon", lenzuolo di lino, n.d.r.) conservata ancora a Gerusalemme, leggiamo in vari scritti del VII-VIII secolo.

Ma si trattava proprio della Sindone oggi custodita a Torino, nella cappella seicentesca del Guarini?

Tutto si fa più preciso dal 1147, quando il re di Francia Luigi VII, in visita a Costantinopoli, venera la Sin-

done, portata là in precedenza dai sovrani bizantini. In seguito, dopo esser scomparsa nell'indegno saccheggio di Costantinopoli ad opera dei crociati (1204), e la probabile acquisizione da parte dei Templari, la reliquia riappare con sicurezza nel 1353 in Francia, in possesso del cavaliere Goffredo I di Charny (omonimo e forse nipote d'uno dei Templari bruciati nell'apocalittico rogo di Parigi del 1314). Un secolo dopo, nel 1453, Mar-

gherita di Charny, figlia di Goffredo II, cede il lenzuolo ad Anna di Lusignano, moglie del duca Ludovico di Savoia: che lo trasporta solennemente a Chambery. Da allora, la Sindone resterà in mani sabaudes sino alla morte, nel 1983, del "Re di maggio" Umberto II: quando, per sua esplicita volontà testamentaria, la reliquia viene donata alla Santa Sede. Che decide di lasciarla a Torino, dove la Sindone era stata trasferita, da Emanuele Filiberto di Savoia, sin dal 1578.

Ed eccoci al "clou" del discorso. Può riassumerci i risultati di più di cent'anni di fotografie e analisi sulla Sindone, sin dalle prime immagini scattate, nel 1898, dall'avvocato astigiano Secondo Pia?

Anzitutto, per studiare adeguatamente un reperto come questo bisogna saper collegare tra loro i risultati degli esami più diversi: archeologici, storico-ambientali, chimico-fisici, istologici, medico-legali, ecc.. Le prime foto del 1898 accertano gli indiscutibili caratteri negativi delle impronte: già sul negativo fotografico di Pia, cioè, le immagini risultano positive (cosa che stupì, allora, l'opinione pubblica, n.d.r.). Altre foto vengono compiute, con grande precisione, dal fotografo professionista Giuseppe Enrie nel 1931, e da G.B. Judica Cordiglia nel 1969, per la prima volta a colori. In quell'anno, Michele Pellegrino, arcivescovo cittadino, sottopone la Sindone al va-





glio d'una commissione di esperti, che pubblicherà i suoi risultati nel 1975: risultati, però, fortemente criticati dal Centro internazionale di sindonologia di Torino, per l'insoddisfazione dei test ematologici compiuti sul lenzuolo e la sbrigliatività di certe tesi (come quella che le immagini siano opera d'un pittore "leonardesco"). Nel 1978, l'anno della grande ostensione per il quattrocentesimo dell'arrivo della Sindone a Torino, il Centro internazionale di sindonologia - dove io all'epoca svolgevo un ruolo importante come ricercatore - presenta all'arcivescovo di Torino una richiesta di nuovi esami avanzata da vari gruppi di ricercatori, americani ed europei. Tra questi ultimi, c'è lo svizzero Max Frei, docente incaricato di Criminologia all'Università di Zurigo e specialista in botanica che, prelevando dal lenzuolo, nel '73 e nel '78, minuscoli frammenti di tessuto, accerta la presenza, sul lino della Sindone, di pollini appartenenti a ben 56 diverse specie vegetali, di cui 40 diffuse nella sola area palestinese e vicinorienteale in genere.

Oltre alle tracce di pollini, cos'altro viene ritrovato sul tessuto?

All'epoca, io riesco ad estrar-

re, da vari punti del lenzuolo (tela non macchiata, parti di immagine e presunte tracce di sangue), alcuni fili di trama e ordito. Nel 1981, comunico all'Accademia di medicina di Torino che queste analisi dimostrano la presenza, sulla Sindone, di sangue umano (come confermato, nello stesso periodo, anche dai ricercatori Usa), che sarà poi identificato del gruppo AB (assai raro, presente solo nel 5 per cento circa degli individui): negli anni '80, in prossimità delle tracce di lesioni sull'immagine del cadavere, saranno identificate anche cellule epidermiche umane. Mentre il complesso delle analisi di quegli anni mostra che il lenzuolo è stato realizzato coi sistemi di tessitura e cucitura in uso nella Palestina del I sec. d. C., e su di esso ci sono anche tracce di aloe e mirra, normalmente usati per l'imbalsamazione dei cadaveri.

Ma come valutare, obiettivamente, i risultati del discusso test al radiocarbonio del 1988, che definiva invece la reliquia un falso medioevale, databile fra il 1260 e il 1390?

Sui risultati di quest'esame s'è scritto tantissimo. Probabilmente, i risultati del 1988 (ferma restando l'ipotesi estrema d'un'erronea sostituzione, in ultimo, del car-

bonio impiegato) non sono attendibili perché il prelievo d'un solo frammento della Sindone, in un unico punto, non bastava per un esame adeguato; oppure, il prelievo è stato fatto, per errore, in uno dei punti rammendati negli ultimi secoli (non scordiamo che, nel 1532, l'urna d'argento che custodiva la Sindone a Chambery fu toccata da un incendio che devastò la cappella). È significativo, poi, che lo stesso direttore del Centro laboratorio per il carbonio di Oxford, dove fu compiuto l'esame, ha ammesso che il tutto, forse, fu fatto in modo troppo precipitoso. Comunque, l'esame al radiocarbonio richiede, poi, una valutazione matematico-statistica che non è automatica, e ha sempre un certo margine di fallibilità.

E come può essersi formata la doppia immagine della Sindone, anteriore e posteriore?

Anche qui ci sono tante ipotesi. Oggi, sappiamo con certezza che la trasformazione del tessuto, con la comparsa dell'immagine umana, non è dovuta alla mano dell'uomo: ma non sappiamo quale azione chimico-fisica (vapore? radiazione?) l'abbia prodotta. Io mi astengo dallo scegliere perentoriamente una possibilità, però s'è trattato sen-

za dubbio di un'azione chimico-fisica: escludo radicalmente l'azione d'un pittore del "1300 e dintorni".

Ma una volta appurato che la Sindone è un lenzuolo funebre fabbricato in Palestina nel I sec. d.C., che ha avvolto il corpo d'un uomo crocifisso dai romani, che cosa ci assicura con certezza che quell'uomo era veramente Gesù il Cristo?

La certezza assoluta, totalmente indiscutibile, matematica, non l'abbiamo. Però, come accennavo, sapendo leggere unitariamente i risultati dei diversi esami fatti sul lenzuolo, e collegandoli a secoli di ricerche qualificate sull'area dell'antica Gerusalemme e sul contesto storico-ambientale degli avvenimenti di quella fatale Pasqua di quasi duemila anni fa, ci avviciniamo molto ad essa. Decisiva è l'applicazione a queste ricerche del calcolo delle probabilità, che ha fatto recentemente il professor Bruno Barberi, fisico e matematico dell'Università di Torino, ora direttore del Centro internazionale di sindonologia: escludendo fortemente che quell'uomo non possa essere Gesù il Cristo. La Sindone, così, resta un documento archeologico estremamente significativo: che parla davvero a tutti gli uomini, credenti e non. •

Curare il cuore con il pennello

Pier Augusto Breccia, cardiocirurgo e primario presso il policlinico universitario Agostino Gemelli di Roma, nel 1985 si dimise ed iniziò la sua carriera di artista a New York. È il padre della “pittura ermeneutica”. Tutto accadde in una notte magica

di Paola Stefanucci

Venticinque anni fa un noto e brillante cardiocirurgo, all'apice della carriera, appendeva il camice al chiodo... per incamminarsi nel mondo dell'Arte. È il caso di Pier Augusto Breccia, il quale, forse, ha percorso solo in apparenza binari divergenti. Nato a Trento nel 1943, a sei anni arriva a Roma, studia al Giulio Cesare, mitico liceo, fucina di talenti: studente modello (o meglio, prodigio) traduce per l'Editore Signorelli alcuni classici greci tra cui i *Dialoghi* di Platone, l'*Antigone* di Sofocle e il *Prometeo Legato* di Eschilo. Inaugura la neonata Facoltà di Medicina e Chirurgia all'Università Cattolica del Sacro Cuore dove si laurea nel 1967. Naturalmente, con lode. Si dà, con tutto il cuore, allo studio (esaltante) della cardiocirurgia. Suo maestro: il leggendario professor Björk al Karolinska di Stoccolma. Tra stetoscopio e bisturi passa quindici anni e più, dal 1969 al 1985, al Policlinico Gemelli: plurispecializzato, primario ospedaliero e docente universitario, esegue più di mille interventi a cuore aperto. Ma se, ormai, possiamo affidare agli archivi della cronaca medica il curriculum sanitario del professor Pier Augusto Breccia,



Pier Augusto Breccia

la storia, fortunata e ininterrotta, del pittore Pier Augusto Breccia è ancora assolutamente aperta. Con questa intervista cerchiamo di conoscere meglio un uomo che si è guadagnato un posto singolare nel novero degli artisti contemporanei. Egli è il padre, e finora l'unico depositario, della “pittura ermeneutica”. È stato lui stesso a definirla così. Le sue opere, sublimi integrazioni tra creatività, pensiero filosofico e magistero tecnico, migrano dalle pareti del suo atelier, nel quartiere Nomentano a Roma, nei più importanti musei del mondo e nelle dimore pri-

vate di esigenti (e facoltosi) collezionisti. Il Maestro, infaticabile, dalla vena creativa inesauribile, ha al suo attivo ben 62 mostre; la 63ª, “Mondo Altro”, è in corso attualmente a Perugia nella Rocca Paolina. Ma occhio al calendario: fino all'8 marzo. La prossima sarà a Cortona in giugno.

Pier Augusto Breccia, perché da giovane ha deciso di seguire Ippocrate?

Per due motivi. Mio padre era chirurgo. Ho respirato Medicina sin da piccolo, guardandolo operare. Esercitava un grande fascino su di me anche perché era un fine umanista. Una passio-

ne comune ad entrambi. Scienze umane ed arte medica sono tutt'altro che in conflitto. Così ho seguito le sue orme. Mi sono iscritto in medicina nell'anno in cui si apriva la Facoltà all'Università Cattolica, il che rafforzava in me la convinzione che non ci fosse la separazione netta tra spirito e materia, e frequentando questo ateneo dall'etichetta cattolica pensavo di poter soddisfare tutte e due le dimensioni dalle quali mi sentivo naturalmente animato. Sono stato il primo laureato in Medicina dell'Università Cattolica capitolina, con tanto di cerimonia solenne tra politici e prelati.

Che tesi ha discusso?

Sperimentale, in cardiocirurgia: anastomosi mammario-coronarica per la terapia delle occlusioni della discendente anteriore. Un intervento, oggi diventato attuale, ma allora, soprattutto in Italia, appariva come il fantasioso progetto di un chirurgo velleitario. Il solo pensiero che la cardiocirurgia potesse diventare una branca autonoma nell'ambito dell'istituzione universitaria ed ospedaliera suonava addirittura scandaloso. La cardiocirurgia di quei tempi era come una grande tela appena abbozzata, sulla quale era ancora possibile per un giovane medico esprimere al meglio la

propria creatività e passione. Io ho avuto anche la fortuna di avere come maestro durante gli ultimi anni di corso Francesco Intonti, aiuto di Viking Olov Björk, col quale poi ho collaborato in Svezia. Björk era il padre assoluto e riconosciuto della cardiocirurgia nel mondo: inventore della macchina cuore-polmone e delle prime valvole artificiali. Intonti, suo braccio destro, aveva il compito di creare la Divisione di Cardiocirurgia nel policlinico intitolato a padre Agostino Gemelli. Così una volta laureato, facevo la spola tra Roma e Stoccolma per lavorare con Björk.

Era un umanista anche lui, al pari di suo padre?

Sì. Aveva un'intelligenza poliedrica. Non era uno che parlava solo di cuore e di valvole. Ricordo che era un appassionato di musica. Non perdeva un'opera.

Dalla medicina alla pittura: quando è avvenuta que-



sta inversione di rotta?

Nel 1978 è morto mio padre, il mio punto di riferimento per le mie scelte chirurgiche. È venuto meno qualcosa in me. Nonostante la carriera brillante mi sentivo in crisi, esaurito. Eppure ero già maturo come cardiocirurgo, operavo senza dover imparare più nulla, ero professore associato, avevo tre specializzazioni e nove assistenti sotto di me, i pazienti mi volevano bene. Che motivo c'era per essere insoddisfatto? In una notte insonne, mentre giocavo con la matita su di un foglio sono comparse due figure sorprendenti. Quella notte ho capito perché ero nato.

Ed inevitabile è arrivata la prima mostra.

È arrivata dopo due anni dalla scoperta della capacità creativa. Saper disegnare è un talento che si può coltivare e che molti hanno. La creatività invece è un dono di Dio. Incalzato dal direttore dell'Accademia di Belle Arti Cesare Vivaldi, ho esposto, nel 1981 in una galleria romana che non esiste più "Il Grifo", settantadue disegni in bianco e nero, oggi ricercatissimi dai collezionisti. Continuavo a fare il cardiocirurgo, ma per di-

pingere rubavo le ore al sonno, alla domenica, alle vacanze, finché ho deciso di dedicarmi totalmente alla pittura.

Come ha deciso di assecondare questa sua necessità interiore?

Aldo Gucci, lo stilista, allora un giovane di 81 anni, appassionato collezionista d'arte italiana, di passaggio a Roma, capita per caso in Galleria e compra sei quadri miei. M'invita, anzi m'impone, di andare a New York a fare una mostra nella sua galleria, più che una galleria era il suo museo personale. Sono rimasto lì 12 anni, pensi che ero andato per rimanere soli 15 giorni. Ho preso un primo anno di aspettativa, senza stipendio. Nel marzo 1985 ho dato le dimissioni, rinunciando anche alla cattedra di professore ordinario. Avevo 42 anni. Sono tornato in America, ho fatto mostre a Miami, Columbus, Houston, Dallas, Santa Fe...

È sicuro di non rimpiangere di aver deposto il bastone di Esculapio?

Quando l'arte è entrata impetuosa e inaspettata nella mia vita, il chirurgo, soddisfatto del suo progetto creativo, ha lasciato il passo al

pittore perché ricominciasse a dipingere, con lo stesso entusiasmo, la seconda parte ancora bianca della mia tela esistenziale. Questa volta, però, con il vantaggio di un'esperienza creativa già vissuta e con il bagaglio di contenuti umani quali solo una disciplina medica ad alta responsabilità ed alto rischio come la cardiocirurgia poteva dare alla mia coscienza d'artista. Il mio ultimo intervento sul cuore era una risostituzione valvolare mitralica per una protesi infetta. Da allora ho realizzato più di 1100 dipinti, scritto numerosi libri d'arte - filosofia e partecipato ad innumerevoli manifestazioni eminentemente umanistiche. Ma non mi è mai sembrato di aver cambiato professione: come se tutto ciò che ho fatto da quel giorno non sia stato altro che un continuo operare sul cuore dell'uomo, un cuore le cui protesi spirituali e culturali sono forse più difficili da curare di quella mia ultima mitrale. •



"Purificazione"
Olio su tela, cm 140x200 - 2004



"Autoimmolazione"
Matite e pastelli ad olio su carta,
cm 70x100 - 1992

Genitori a confronto con i figli che crescono

Uno spazio nel quale si incontrano generazioni diverse. Questa l'idea dalla quale è partito Alberto Pellai, medico e psicoterapeuta dell'età evolutiva, per costruire una trasmissione che raccontasse a mamma e papà chi sono i loro figli adolescenti e soprattutto chi stanno diventando

di Ludovica Mariani

Da cinque anni e con grande successo le antenne di Radio 24 trasmettono "Questa casa non è un albergo" titolo più che mai evocativo del conflitto generazionale per un programma che da poco è diventato anche un libro. Pratico e simpatico manuale (ma non chiamatelo così davanti al suo autore!) per affrontare la sfida di essere padri e madri. Perché figli si nasce, ma genitori si diventa e a prezzo di non poca fatica. **"Questa casa non è un albergo". È una frase del passato o ancora quella più usata dai genitori con i figli ribelli?**

Agli adulti ricorda di quando erano adolescenti perché se la sono sentita dire un milione di volte. Secondo i sociologi, però, per i ragazzi oggi vale il contrario con genitori preoccupatissimi di trasformare la loro casa in un albergo molto comodo per figli che poi non se ne vanno. Ma pensando al titolo per un programma e poi per il libro, si è cercato qualcosa che richiamasse il codice affettivo, perché un figlio vuole essere amato, ma anche un co-



Alberto Pellai

dice normativo per aiutare i genitori a non sentirsi cattivi nel momento in cui fissano delle regole.

Gli adolescenti fanno paura?

Sì, perché diventano degli alieni. Portano talmente tanto cambiamento e innovazione nel loro modo di porsi in relazione con i genitori che questi ne sono spaventati. Le mamme soprattutto che fino ad allora avevano un codice d'accesso privilegiato,

quasi una password per la mente del figlio, si trovano di fronte degli estranei che si stanno riprogettando e con i quali non riescono più a parlare. Per la prima volta il figlio diventa imprevedibile e questo crea ansia.

Una trasmissione e ora un libro. Stesso titolo, uguali anche i temi trattati?

La trasmissione, nata cinque anni fa da un'idea di Giancarlo Santalmassi allora direttore di Radio24, prende-

va spunto dalla lettera di un genitore che evidenziava un problema, commentato poi dal pubblico e da me che in studio con Nicoletta Carbone (co-conduttrice del programma) facevamo un po' il ruolo di mamma e papà. Lei più affettiva e indulgente e io, grazie anche alla mia competenza specifica, colui che presidia lo spazio delle regole. Dopo due anni però tutti i temi principali li avevamo affrontati, abbiamo così cominciato ad introdurre argomenti legati all'attualità o a dibattiti scatenati dall'uscita di un libro, di un film o all'affermarsi di una moda e questo ha portato meno confronto con il pubblico ma più offerta di approfondimento per temi e contenuti. Il libro è ripartito dall'idea originale di dare ai genitori gli strumenti per capire i figli. Un capitolo intorno ad ogni figura familiare oltre a parlare alle famiglie ricomposte o in crisi e poi consigli su film, i libri da leggere e dei test che in realtà sono schede di autoriflessione proposte parallelamente sia alla mamma che al papà con l'obiettivo di sviluppare idee per confrontarsi. Il libro si chiude con pensieri di figli ai propri genitori. Ho chiesto ai ragazzi di una scuola di scrivere in una lettera quello che non avevano mai avuto il coraggio di chiedere ai loro genitori. È un esempio di ciò che accade nella vita reale di un ragazzo, quella di cui spesso gli adulti non sono consapevoli. Sia il libro che la trasmissione nascono dunque per "accendere pensieri", il contrario che dare

una ricetta o offrire un manuale pronto all'uso.

Più che in casa genitori e figli oggi si incontrano in tv. C'è bisogno di un pubblico per parlarsi?

La famiglia cerca spazi, spesso nei media, dove potersi mettere in discussione. Quello che è venuto a mancare ultimamente è la dimensione del villaggio reale. Prima si viveva in strade e quartieri dove spesso i nonni erano alla finestra e osservavano la vita di chi stava crescendo, con una funzione educativa. Adesso questo aspetto di adulti che presidiano i luoghi dove i bambini vivono non esiste più. Il villaggio reale non è più fatto di persone che sono in relazione e questo vale soprattutto per i genitori degli adolescenti che mandano i figli in una scuola con cui non hanno nessun genere di rapporto, non conoscono i genitori dei compagni di classe dei figli e non hanno una famiglia allargata di riferimento. Alla fine si è molto soli.

C'è il rischio che il modello da imitare passi dal padre/madre al conduttore televisivo?

Il rischio è che questa figura venga mitizzata. Oggi poi la gran parte degli spazi di aggregazione proposti ai ragazzi è presidiata da chi ha qualcosa da vendere. In questo la radio è più libera, ma anche Rai3, per parlare di una rete televisiva, ha una fascia oraria dedicata ai ragazzi che è *spot free*. Generalmente però i ragazzi andrebbero tutelati anche se oggi sembrano essere loro i più forti all'interno delle famiglie, quelli che dettano le regole. Ma è proprio nel momento in cui esercitano questo potere che sono spaventatissimi perché non preparati. Gli adulti non riescono più a funzionare da guida e non sanno essere modelli significativi per i figli che si rivolgono altrove.

La famiglia com'è rappresentata in tv?

La fiction ha, come nella tragedia greca, l'obiettivo di generare dramma e per questo non può rappresentare la realtà della famiglia. Ho partecipato a convegni dove sceneggiatori che si occupano di costruire i plot delle fiction dicevano che per loro è fondamentale tenere sempre aperti canali per la costru-

zione di nuove trame e questo si ottiene attraverso relazioni extraconiugali, colpi di scena, cambi di orientamento sessuale e così via, e una serie di situazioni che servono a tenere alta l'attenzione del pubblico. Poi ogni famiglia può trovare in una fiction il suo piccolo pezzetto di deviazione dalla norma, possibilità che attualmente è molto più elevata rispetto a quello che succedeva ai nostri nonni. Chi ha figli adolescenti ad esempio ha almeno il 40 per cento di probabilità di crescerli senza che i genitori naturali convivano. Scenario che pone molti nuovi quesiti, analizzati anche nel libro.

Qual è l'argomento che genera più confusione tra genitori e figli?

Ce ne sono molti ma il sesso e la sua conoscenza è tra i principali. Faccio un esempio. Ho ricevuto telefonate preoccupate di genitori che avevano sorpreso i figli a guardare immagini porno sul web. Portato l'argomento in trasmissione la reazione di molti genitori, padri soprattutto, è stata "che male c'è, anche noi guardavamo

le pagine di PlayBoy". Non capiscono che cercare un giornalino pornografico in edicola, con fatica e magari un po' di vergogna, è molto diverso dall'aver accesso ai peggiori siti pornografici nella solitudine della propria camera e per tutto il tempo che si vuole. Ci sono passaggi che i genitori non riescono a cogliere nel sistema di vita che è cambiato, nella tecnologia che entra prepotentemente e non sempre in maniera sana nella crescita dei loro figli.

Da "questa casa non è un albergo" quali altre frasi tipiche definiscono il conflitto genitori/figli?

Per i genitori "Se non torni in orario mi verrà un infarto" oppure "quando sarai grande anche tu capirai cosa sto provando" mentre i figli "mamma/papà è meglio di te" o "sei vecchio/a" che manda in crisi soprattutto le mamme che oggi vogliono essere giovani e sorelle delle loro figlie. Le frasi dei genitori puntano soprattutto al ricatto emotivo, quelle dei figli mirano a mettere in competizione tra loro i genitori o a farli sentire inadeguati. •

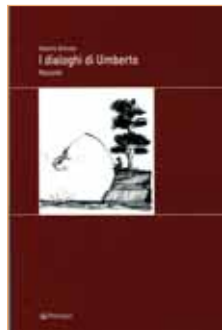


Come tenere insieme emozioni e bisogno di regole davanti a camerette che sembrano campi di battaglia, e a piccoli sconosciuti più attenti ai loro sms che a quanto gli stanno dicendo mamma e papà? E si arriva al punto di non ritorno: "Questa casa non è un albergo!" urlate disperati. Il soccorso viene allora da questo libro, dove Alberto Pellai ha riunito in una pratica scatola degli attrezzi tutti gli strumenti per raccogliere le sfide che l'adolescenza lancia ai genitori. In questo percorso, gli spunti di riflessione offerti dalle lettere di altri genitori in difficoltà, dai libri e film consigliati, dai test di autoanalisi e dalle pratiche checklist di fine capitolo (con le "cose che fanno bene", e quelle "da evitare") propongono chiavi di lettura della propria situazione familiare e una mappa per ridefinire i nuovi confini della relazione genitori-figli. Grazie a tutti questi elementi, il manuale si trasforma in una sorta di libro-diario da leggere e costruire insieme, giorno per giorno: la scatola degli attrezzi diventa così la "scatola degli affetti" dove ogni famiglia può tenere traccia della propria storia personale, della bellezza del diventare grandi e del crescere insieme: perché i figli ricordino, in futuro, che non hanno vissuto in un albergo, ma nella casa più bella che la vita abbia messo a loro disposizione. (Kowalski editore, Milano – pp. 224, euro 14,00)

Libri ricevuti

di G. F. Barbalace

I dialoghi di Umberto



In nove racconti di piacevole lettura, Alberto Stimolo presenta un personaggio ultrasettantenne ancora attivo e lucido, dotato di una mentalità molto originale e stravagante le cui vicende, in fondo di normale quotidianità, gli servono per sviluppare un discorso anticonformista sui più vari argomenti: religiosi, ecologici, sociali, mitologici e d'altro genere. Così si legge, fra le tante cose, che Gesù era nato immaturo e Maria Maddalena, sua sorella gemella, divenne la madre della Chiesa perché finì per sposare Pietro, il primo Papa; che l'evoluzione dell'uomo avvenne quando la civilizzazione umana si sostituì alla primigenia socializzazione animale e la Fossa delle Marianne pullulava di sirene. Pensieri un po' azzardati e irriverenti, ma ben presentati, e capaci di stimolare il lettore alla meditazione.

Alberto Stimolo
"I dialoghi di Umberto"

Edizioni Pendragon, Bologna - pp. 156, euro 14,00

Alla ricerca dell'arte necessaria



Paola Cosmacini fornisce un'interpretazione romanizzata del cosiddetto "Papiro Chirurgico" precedente al 1550 a.C.. Tutta la storia comunica al lettore l'entusiasmo con cui l'autrice presenta quel mondo lontano in cui l'arte e la religiosità pervadevano, come ogni aspetto della vita, anche la medicina, che gli egizi chiamavano "arte necessaria". Necessaria alla cura del corpo e alla sopravvivenza dell'anima. L'autrice ha il piacere di render note molte parole egizie; di rivelare gli ingredienti dei medicamenti, le formule sacrali e quanto il lessico medico egiziano abbia influenzato quello greco. Fa inoltre conoscere la sacralità della medicina egiziana e il darsi empatico del medico di allora, rapportando ciò con la medicina laica del nostro tempo e mettendo in evidenza gli elementi di attualità di quell'antica arte medica. Tutti elementi che interesseranno il lettore appassionato.

Paola Cosmacini
"Alla ricerca dell'arte necessaria"

Iacobelli Edizioni, Pavona di Albano Laziale (RM)
pp. 91, euro 10,00

Storie di vite difficili



Ambientata tra le provincie di Catania ed Enna, questa storia, scritta da Salvatore Fichera, narra, in forma fortemente realistica e con stile piacevolmente scorrevole quasi fosse il copione di un film, le vicende di due giovani innamorati ai quali la bella terra di Sicilia sembra non poter offrire, come succede a tanti suoi cittadini, altro che un contesto sociale difficile e guastato dalla terribile piaga della corruzione e della mafia.

Tra spaccio e commerci illeciti, falso perbenismo, ipocrisie e atteggiamenti omertosi, in un ambiente rappresentativo di una certa realtà siciliana che tutto pervade e condiziona, i due giovani, pur animati da una forte volontà di riscatto, non riusciranno ad affermarsi e le loro vite si perderanno in un triste e sofferto anonimato.

Salvatore Fichera
"Storie di vite difficili"

L'Autore Libri, Firenze - pp. 75, euro 8,00

Il corpo vissuto. Psicopatologia e clinica



In quest'opera innovatrice Primo Lorenzi sostiene che, sebbene nella maggioranza dei casi il corpo fornisca una testimonianza concreta della sofferenza, molto spesso le condizioni morbose non si verificano in esso, come suggerisce il pensiero medico classico o il racconto dei pazienti, bensì in esperienze di vita che si riverberano in un'espressione somatica. Così la sofferenza umana diventa una realtà difficilmente localizzabile nella limitata accezione biologica del corpo, tanto da far presupporre l'idea di un corpo molto al di là dei suoi limiti materiali, ovvero una dimensione metafisica dell'esperienza del male. Questo studio offre pertanto una lettura delle patologie psichiatriche fatta senza trascurare le conoscenze dell'operatività medica, ma incentrata, più che sugli aspetti anatomici, sulla rappresentazione soggettiva che ogni ammalato ha del proprio corpo.

Primo Lorenzi
"Il corpo vissuto. Psicopatologia e clinica"
SEID Editori, Firenze - pp. 202, euro 25,00



Storia del salasso

Umberto A. Maccani spalanca una finestra sull'ampio panorama di un atto medico mai abbandonato nella plurimillennaria storia della medicina: la flebotomia, cura che, nelle varie epoche, ha goduto ora di una vera esaltazione, ora di molte riserve. Il libro descrive

l'uso del salasso, della scarificazione e delle sanguisughe raccogliendo i pareri e le testimonianze dei medici più famosi e delle principali scuole di medicina con un'indagine che, dalle notizie mitologiche e della più lontana antichità, giunge fino ai sanitari del secolo scorso. Sono passate in rassegna figure avvolte nella leggenda, i medici dell'antica Grecia e di Roma, medievali e arabi, della medicina monastica, della Scuola Salernitana, del Rinascimento e dei secoli seguenti. Ne risulta una storia della medicina ricostruita da un punto di vista importante e originale, arricchita da non poche curiosità e citazioni letterarie.

Umberto A. Maccani
"Storia del salasso"

Selecta Medica, Pavia - pp. 120, euro 25,00

AH1N1. La pandemia influenzale

A Massimo Andreoni, direttore del dipartimento di Sanità pubblica e Biologia cellulare presso l'Università "Tor Vergata" di Roma, e a Gian Carlo Mancini, ricercatore di Storia della Medicina presso lo stesso Ateneo, dobbiamo quest'agile volumetto, "AH1N1 - La pandemia influenzale", che fa il punto sull'influenza nella storia della medicina e nella



società contemporanea, cercando soprattutto di fugare i timori ingiustificatamente creatisi, nel 2009, intorno alla "suina". Decisamente originale la seconda parte del volume, centrata sulla terribile "Spagnola" del 1918, apparsa in Europa mentre ancora infuriava la Prima Guerra mondiale: con interviste ad anziani sopravvissuti di allora, soprattutto del Lazio meridionale.

Massimo Andreoni, Gian Carlo Mancini
"AH1N1. La pandemia influenzale"

Aracne editore, Roma - pp. 93, euro 3,00



Angelo Petruccaro
**"LA CAVALLERIA
 DA SEBASTOPOLI ALLA R.S.I."**

Istituto Novecento
 Messina
 Info: tel. 3387238059

In breve

Giuseppe Altadonna

L'ANGELO NERO

Le liriche comprese in questa silloge esprimono la gamma di impressioni di un'intera vita: giovanili emozioni, dubbi esistenziali, questioni sociali, amore per la natura e l'equitazione ed anche un consapevole disincanto. Si ravvisa in esse il distillato autobiografico di un animo grande e sensibile, capace di forti passioni, amorevoli tenerezze e introspettive osservazioni.

Neos Edizioni, Rivoli (TO) - pp. 71, euro 10,00

Amalia Galante Gagliardi

SAMANTHA

È la storia, forse un po' idealizzata, di una ragazza africana che, venduta dal padre, si ritrova a Lampedusa e finisce sul marciapiede. Un amore italiano le consentirà di affrancarsi da quella vita, ma non dai disegni di un destino crudele. Il racconto, di forte impatto emotivo, affronta una tematica sociale di grande attualità.

Kairòs Edizioni, Napoli - pp. 93, euro 14,00

Antonio Giordano

FAVOLE A CUCÙ

Queste favole sono state composte dall'autore per i propri figli assieme agli stessi bambini e alla moglie, accettando gli emendamenti che essi proponevano a seconda del loro gradimento. Sono dunque favole "interattive" nelle quali agiscono come personaggi gli stessi giocattoli dei bimbi in una interpretazione fantastica che piacerà molto a grandi e piccini.

The Boopen Editore, Pozzuoli (NA) - pp. 52, euro 10,00

Arturo Busillo

VERSO IL SILENZIO

Piccola silloge di poesie di stile molto personale che esprimono i sentimenti di un animo mosso ora da sensi di sgomento e solitudine di fronte al mistero della vita, ora di amorevole compassione nei confronti dell'umanità sofferente, ora d'incanto e di dolce abbandono nella contemplazione della natura.

Publicato in proprio, pp. 34

Corso Umberto I, 69 - Campagna (SA)

Franco Gemelli

MANUALE DI INFORMATICA PER IL MEDICO

Dotato di un CD con i tutorial sull'uso dei programmi presentati e i link con i quali si accede alla home page dei vari siti, questo pratico manuale, preparato per le specifiche esigenze del medico, spiega come ottenere dall'informatica e dalla rete tutto ciò che serve all'operatore sanitario per il suo aggiornamento professionale e la tutela del malato.

Antonio Delfino Editore, Roma - pp. 250, euro 22,00

Chopin, quando la malattia diventa mito

di Riccardo Cenci

Dobbiamo essere grati a Eugène Delacroix per averci lasciato un ritratto di Chopin, del quale fu amico fedele e sincero ammiratore, che supera di gran lunga qualsiasi rappresentazione di circostanza, concepito certo dietro un impulso sentimentale intenso e irrefrenabile. Di una tale profondità espressiva gli siamo debitori, e davvero vorremmo avere ritratti analoghi di Mozart, o di tanti altri artisti racchiusi in immagini che poco hanno a che fare con la loro intrinseca sostanza. Con acuto talento Delacroix coglie lo spirito di Chopin, la forza del suo pensiero, quella particolare alchimia generata dal contrasto fra una prepotente vitalità ed una inguaribile malinconia che costituisce l'essenza della sua musica. Quale differenza con la foto scattata da L. A. Bisson nel 1849, l'anno della morte, nella quale il compositore ci guarda con un'espressione stanca, sofferente, quasi fosse turbato dalla nostra intrusione nella sua intimità, avvolto da un involucro scuro che non lascia trasparire l'illuminante bagliore del genio. Eppure il legame fra creatività e malattia è un tratto distintivo dell'arte chopiniana che ancora oggi, a duecento anni dalla nascita, continua ad affascinare la critica ed il pubblico. Poco importano le discussioni, riaccese di recente, sulla reale natura del morbo che lo consumò conducendolo ad

Eugène Delacroix, "Frédéric Chopin", 1838



“Sono allegro all'esterno, particolarmente fra i miei (miei intendo i polacchi), ma dentro qualcosa mi tormenta: inquietudini, sogni o l'insonnia, la nostalgia, l'indifferenza, la voglia di vivere e, un istante dopo, la voglia di morire”

una morte prematura. Se la tisi era all'epoca ampiamente diffusa, di certo presente in seno alla famiglia Chopin, altre ipotesi sono state avanzate, fra cui quella di un'infezione polmonare allora sconosciuta, o della fibrosi cistica. Il rapporto dell'autopsia stilato dal dottor Jean Cruveilhier è andato purtroppo distrutto, così come gli altri documenti che potevano gettare luce sulla scomparsa del compositore. Comunque stiano le cose, Chopin stesso era convinto che i medici non avessero compreso realmente la natura del male che lo affliggeva, tanto da esprimere la volontà che il suo corpo venisse aperto dopo la morte, come testimonia l'amico Grzymala nella sua corrispondenza. Timido e debo-

le lo definisce George Sand, scrittrice anticonformista ed amante destinata a lasciare un segno profondo nell'animo del compositore, tanto fragile da risultare vulnerabile persino alla “piega di una foglia di rosa”. L'incontro di due personalità così diverse non poteva restare senza conseguenze; Chopin si illudeva di porre fine alla propria esistenza solitaria tramite l'amore di una donna di grande talento, anche se non esente da tratti di una volgarità che contrasta con la natura raffinata del musicista. Il viaggio alle Baleari compiuto nel 1838 testimonia il carattere effimero della loro relazione, un sogno destinato a sparire sotto il peso crudele della realtà. L'inverno sull'isola è freddo e piovoso, l'esatto contrario

di quello che il fisico debilitato di Chopin richiederebbe. Alla malattia reale si aggiunge quella dell'anima, la delusione per un amore impossibile, per una incompatibilità caratteriale insuperabile, la consapevolezza del precipitare nuovamente in quell'isolamento dal quale cercava con tutti i mezzi di fuggire. La solitudine è il morbo che affligge Chopin per gran parte della sua vita. Dopo una giovinezza sostanzialmente serena, caratterizzata da un'atmosfera di pacata armonia familiare, trascorsa in una Varsavia dai toni ancora provinciali, comunque animata da un fervore nazionale che la rendono viva, stimolante per il musicista alla ricerca della propria ispirazione, dopo i primi successi di una carriera precoce e folgorante, subito toccata dall'impronta del genio, la vicenda biografica di Chopin si incanala in un sentiero oscuro, segnato dal forzato abbandono della propria terra. Non si insisterà mai troppo sul legame fra il compositore e le proprie radici, sulla capacità di penetrare a fondo l'essenza della musica popolare, facendola interamente propria. Quando Chopin, nel novembre del 1830, abbandona per sempre Varsavia, la frattura è definitiva ed insanabile. In un'Europa costantemente instabile, a poche settimane dall'insurrezione che, naufragando, avrebbe spento l'illusione di una Polonia libera, sembra quasi che qualcuno abbia spinto il musicista sulla via

della fuga, dolorosa ma inevitabile per sfuggire alla catastrofe. D'ora innanzi la musica di Chopin si tinge di un colore ancor più malinconico, caratterizzato dalla nostalgia e dal ricordo che diviene pura poesia, e costantemente inquieto, sempre pronto ad improvvise accensioni. Durante il soggiorno viennese Chopin comprende la propria condizione di esule, l'emarginazione di uno straniero in un paese sconosciuto. La notizia della caduta di Varsavia spezza l'esile filo di speranza che ancora lo lega alle origini polacche. Parigi è la sua meta, quella città descritta con realismo visionario da Baudelaire e da Balzac, crogiolo di bene e male, palcoscenico contraddittorio sul quale: "regnano il più grande lusso e la più grande sporcizia, la più grande virtù ed il vizio peggiore". Il successo mondano e la gratificazione economica presto raggiunte, la frequentazione dei salotti più prestigiosi divengono quasi "paradisi artificiali" nei quali affogare la propria solitudine. "Sono allegro all'esterno, particolarmente fra i miei (miei intendo i polacchi), ma dentro qualcosa mi tormenta: inquietudini, sogni o l'insonnia, la nostalgia, l'indifferenza, la voglia di vivere e,



Frédéric Chopin,
foto di L.A. Bisson (1849)

un istante dopo, la voglia di morire", scrive Chopin all'amico Tytus, tratteggiando l'immagine di una personalità divisa ed infelice, segnata irrimediabilmente, secondo l'opinione di Franz Liszt, dal dissidio fra un'immaginazione ardente ed un fisico debole, occultato dall'impenetrabile maschera di una fiera rassegnazione. Chopin muore alle due del mattino del 17 ottobre 1849. Il suo corpo riposa a Parigi, in quel sacrario di grandi menti che è il cimitero di Père Lachaise, mentre il cuore è a Varsavia, quasi ad indicare materialmente i due poli nei quali sviluppò il suo talento, a simboleggiare un dualismo irrisolto fra l'anima romantica e l'esigenza di classica perfezione, fra l'evidenza concreta della malattia e l'aspirazione trascendente che costituisce l'essenza della sua arte. •

DUECENTO ANNI DI CHOPIN

Grande è l'impegno organizzativo messo in campo dalla Polonia per l'anno chopiniano, dettato dalla volontà di recuperare una posizione preminente nel panorama culturale europeo. Fra i numerosissimi eventi si segnala il Festival Chopin e la sua Europa (dal 1 al 31 agosto), con oltre cinquanta eventi musicali in programma, ed il XVI Concorso Pianistico Internazionale che si terrà a Varsavia dal 2 al 23 ottobre 2010. Per ulteriori informazioni consultare il sito www.chopin2010.pl

Un concerto di bambini per i bambini

Un dialogo tra ragazzi, appartenenti a due mondi diversi: la Juniorchestra dell'Accademia di Santa Cecilia e i piccoli degenti dell'Umberto I di Roma. Questo è stato il concerto che si è tenuto domenica 31 gennaio, all'Auditorium Parco della Musica della capitale: i proventi sono andati a finanziare la Terapia intensiva pediatrica del Policlinico universitario.

La Juniorchestra è un'orchestra sinfonica di ragazzini dai 6 ai 17 anni che nasce nel 2006 per volontà di Bruno Cagli, presidente dell'Accademia Nazionale di Santa Cecilia. Ma come e quando nasce l'intesa tra Accademia e Policlinico? "Mi piace la musica classica e conosco da tempo Bruno Cagli. Ero presente proprio durante le prove della neonata Juniorchestra, circa quattro anni fa, - racconta Corrado Moretti, il responsabile della Terapia intensiva pediatrica del Policlinico Umberto I - e mi sono reso conto delle affinità con il lavoro organizzativo che svolgo nel mio reparto, insieme ai miei collaboratori e a tutto il personale. Un lungo percorso per arrivare al massimo, per dare al paziente il meglio, e un lungo percorso di perfezionamento musicale per un obiettivo comune: il be-

ne del bambino e del ragazzo. Bruno Cagli ha abbracciato l'idea di una collaborazione culturale e sociale, e così è cominciata l'avventura."

L'appuntamento del 31 gennaio è stato il terzo di un progetto ambizioso e impegnativo che ha avuto un enorme successo, che è partito con 60 ragazzi per arrivare a 230, con un aumento continuo di domande.

Un miracolo realizzato dai maestri Antonio Pantaneschi e Simone Genuini. Un programma musicale impegnativo: *Alle Psallite cum Luja* (Anonimo), noto brano sacro della tradizione cristiana medievale, il gospel *Oh When the Saints*, la Danza Norvegese n.4 di Grieg, la Sinfonia op. 40 di Mozart. Ma anche i due grandi musicisti argentini Piazzolla e Ginastera: il Malambo di quest'ultimo è accompagnato da una piccola chicca coreografica.

Questi ragazzi anti bullismo, anti violenza, ci hanno fatto commuovere: sono bravi. Appuntamento il prossimo anno, per continuare l'avventura. •

M.G. Pa.

La magia di un sorriso
Onlus
www.lamagiadiunsorriso.it

La fattoria del Quartetto Cetra

di Piero Bottali

Se si clicca 'Quartetto Cetra' su Internet, nella scheda che riassume l'avventura di questo splendido gruppo italiano, sotto la voce 'genere musicale trattato' si legge: 'tutti'. Ci sembra il più bell'omaggio e riconoscimento che si possa dare a que-

sto nostro eccellente e longevo quartetto che per quasi cinquant'anni (dal 1941 al 1988) ha divertito in maniera intelligente milioni e milioni di italiani tramite la radio, i dischi, il teatro, il cinema e la televisione. Un gruppo che sapeva coniugare altissima professionalità e bravura con il dono delle scenette divertenti, ironiche, tenere, paradossali.

Il Quartetto non nacque subito come Cetra, e nemmeno i componenti furono gli stessi degli immediati inizi, ma il periodo di aggiustamento fu breve (un anno). Il gruppo stabilmente formato - Giovanni Giacobetti detto Tata, Felice Chiusano, Virgilio Savona e la fidanzata, coetanea, poi moglie, Lucia Mannucci - già nel 1941 esordisce alla radio nella rivista 'Riepilogando' dove oltre ad esibirsi autonomamente accompagnava noti cantanti nei principali caffè-concerto di Roma.

Il primo disco, a 78 giri naturalmente, arriva il 7 novembre dello stesso anno, con *L'arca di Noè/Il visconte di Castelfombrone*.

Casa discografica la Cetra, dalla quale i quattro presero il nome. Nel 1949 incisero quella che divenne forse la loro canzone più nota, *Nella vecchia fattoria*, adattamento italiano della canzone rurale americana *Old McDonald had a farm*, portata alla fama da Nat 'King' Cole. Eseguita un semitono più alto e con un testo diverso dell'originale, i Cetra 'interpretavano' gli animali della fattoria coi loro richiami in maniera incredibilmente gu-

stosa, mimando perfino gli atteggiamenti in un esilarante spettacolo di controcanto nel quale la bravura degli interpreti faceva passare in secondo piano l'esiguità dei contenuti. Era questa la formula del successo dei Cetra: cantare/interpretare brani spesso sciocchini o stupidonzoli in maniera da stornare l'attenzione dai testi e polarizzarla sugli arrangiamenti intriganti, sulle raffinate tecniche esecutive fondendo il tutto in uno spumeggiante intrattenimento.

Come esempio, la canzone presentata a Sanremo nel 1954 recitava così: *"Aveva il bavero color zafferano / e la marsina color ciclamino / andava a piedi da Lodi a Milano / per rivedere la bella Gigogin..."*. Oppure *"Ma Pippo, Pippo non lo sa / e quando passa ride tutta la città / Si crede bello / come un Apollo / e saltella come un pollo..."*. Tuttavia non mancavano brani di maggiore consistenza, fra i quali vanno ricordati *Un bacio a mezzanotte* (musica di Gorni Kramer), *Un disco dei Platters*, *I ricordi della sera*, *Però mi vuole bene*, curioso brano intriso di umor nero, *Vieni vicino... dammi la mano*, e lo straordinario *Concertino* nel quale i Cetra dispiegavano la loro abilità vocale riproducendo strumenti quali la chitarra, il mandolino e persino il contrabbasso.

Il Quartetto Cetra non ha avuto ancora il pieno riconoscimento che si merita: in molti si sono dimenticati che furono il primo, il migliore e per molto tempo l'unico gruppo che in Italia fece dell'ottimo swing e jazz, ispirandosi in particolare ai Mills Brothers e più tardi ai Platters, ma che non imitò mai nessuno e anzi seppe trovare una identità musicale, la propria 'strada italiana allo swing', che li distinse non solo nel panorama nostrano ma anche mondiale.

Ecco, i Platters furono insuperabili in *Only you*, nella tenebrosa *Sixteen tons* o nella ispirata *My prayer*, ma certo meno versatili dei nostri Cetra col loro buonumore e gusto dell'intrattenimento nello scanzonato 'tempo dondolante'.

Tata Giacobetti è morto nel 1988,
Felice Chiusano nel 1990
e Virgilio Savona nel 2009 all'età di 89 anni



Un attore e ...basta

di Maricla Tagliaferri

Sfogli il suo curriculum e ti chiedi dove trova il tempo: in diciannove anni ha girato trentadue film e quindici fiction. In tv è stato il sindacalista Giuseppe Di Vittorio di “Pane e libertà” e il Gino Bartali in “Bartali, l'intramontabile”. Al cinema è passato

per le mani di registi come Gigi Magni, Marco Bellocchio, Ferzan Ozpetek, Gianni Amelio. Ha vestito i panni militari in “El Alamein” e del medico in “In barca a vela contromano” e perfino da drag queen in “Da zero a dieci” di Ligabue. È stato il mitico Libanese di “Romanzo criminale”. Era il più conservatore del gruppo di scapestrati di “L'ultimo bacio” di Muccino, per diventare il più problematico nel sequel “Baciarmi ancora”. Col film di Silvio Soldini, “Cosa voglio di più”, a febbraio è tornato sulla ribalta del Festival di Berlino, dove già era stato premiato per “Romanzo criminale”. E quanto a premi, ha preso il prendibile: Ciak d'oro, Nastri d'argento, David di Donatello. Nel 2008 è stato giudicato “La più bella faccia di Hollywood”, sì perché è stato anche in America dove ha girato due film, “Una notte al museo” e “Le cronache di Narnia”. E con gli americani, ma qui a casa, è stato anche in “Angeli e demoni” e “Miracolo a Sant'Anna”. Il tutto in appena 41 anni di vita.

Pierfrancesco Favino, come fa?

Mi viene da ridere, se penso che ho faticato tantissimo, dopo l'Accademia d'arte drammatica, a convincere la gente che la mia faccia poteva funzionare. Mi dicevano: “sei bravo, ma non vai bene”. Che è la cosa più tremenda da sentirsi dire: se sei un cane, abbozzi e ti metti l'anima in pace. Ma così, pareva una presa in giro.

Infatti ha avuto ragione lei. Rabbia?

Vede, anni fa me la prendevo. Dopo un provino andato

Il meccanismo per cui un regista ti sceglie o ti scarta è misterioso, non dipende solo dalla tua bravura, ma da quello che lui ha in mente, da come ti vede nel personaggio

male mi chiedevo “perché io no?”. Ora, se penso di aver fatto tutto il possibile, sono sereno. Intanto perché per carattere sono portato a non incaponirmi sulle cose che non posso cambiare. E poi ho capito che il meccanismo per cui un regista ti sceglie o ti scarta è misterioso, non dipende solo dalla tua bravura, ma da quello che lui ha in mente, da come ti vede nel personaggio.

Cioè?

Uno dei miei rimpianti recenti è non aver potuto fare il film di Virzì “La prima cosa bella”. Non siamo riusciti ad incastrare i reciproci impegni. Però oggi dico che probabilmente io non avrei avuto la stessa leggerezza che ha Valerio Mastandrea nel ruolo che avrei dovuto interpretare. E forse Virzì lo sapeva prima di me. E del resto, ci sono attori bravissimi che io a pelle non sopporto. C'è qualcosa di chimico, di imponderabile, che fa scattare il rapporto fra l'attore e chi lo guarda.

La sua chimica qual è?

Forse la faccia, forse il calore umano. Perché qualsiasi attore, alla fine di tutto, tira fuori la propria umanità, c'è tanto di involontario nel nostro lavoro. Prenda il Libanese di “Romanzo Criminale”: un delinquente, un assassino che ho reso “umano”, senza chiedermi se era giusto o no, m'è venuto spontaneo.

Fortuna o bravura, nella sua carriera?

Molta fortuna. Tanta gente più brava di me è rimasta al palo. Certo, devi pure saper cogliere l'occasione, darti da fare. Anche se io faccio fatica a stare dentro le leggi del mercato, vado in cerca di ruoli e film che mi prendano alla pancia. Per Tornatore, in “La sconosciuta”, avevo un ruolo quasi muto, piccolissimo, ma ho imparato tanto.

Un attore umile?

Un attore e basta. Faccio quello che dovrebbero fare tutti, mettersi al servizio di un regista, senza badare alla propria immagine. Un attore non deve avere una “sua” immagine, altrimenti come fa a trasformarsi? •



*Il cast maschile ed il regista di “Baciarmi ancora”.
Da sinistra: Stefano Accorsi, Claudio Santamaria, Giorgio Pasotti,
Gabriele Muccino, Marco Cocci e Pierfrancesco Favino*



È POSSIBILE RICONGIUNGERE I CONTRIBUTI INPS?

Caro Presidente,

leggo sempre con interesse il Giornale della Previdenza ed ho constatato diverse posizioni previdenziali e molteplici possibilità contributive, ciascuna peculiare per ogni collega. Desidererei che mi suggeriate dei consigli per una migliore e ponderata scelta previdenziale.

Premesso che sono nata nel 1956, laureata nel 1983, specializzata nel 1991, ho svolto attività di medico prelevatore per due anni, con i relativi contributi da lavoro dipendente versati presso l'Inps. Dal 1993 svolgo attività di medico di Continuità assistenziale a 24 ore settimanali. Dal 2003 sono medico di medicina generale. Devo porre alcuni quesiti riguardo alla posizione previdenziale personale:

è possibile e proficuo ricongiungere i due anni di contributi Inps? In quale Fondo (Quota A o Fondi speciali Med. Gen.)? E quanto verrebbe l'importo?

In quale Fondo riscattare gli anni di laurea? Qual è il vantaggio e quanto l'ammontare?

E' preferibile il riscatto di allineamento? Si può fare più di una volta? In quale Fondo?

Si possono allineare i periodi di astensione per gravidanza? Anche in periodi successivi?

Puoi comprendere come il lungo corso di studi e le non poche difficoltà per trovare uno sbocco lavorativo costringano ad iniziare l'attività professionale oltre i 35 anni, per cui una ponderata scelta previdenziale è d'obbligo per una serena vecchiaia.

Grazie e cordiali saluti.

(lettera firmata)

Cara Collega,

a seguito delle opportune verifiche inerenti la tua posizione previdenziale, ti comunico che la ricongiunzione, ai sensi della Legge n. 45/1990, dei contributi giacenti presso l'I.N.P.S. sul Fondo Medici di Medicina Generale, non coincidenti con quelli già accreditati, determinerebbe un incremento sia della misura del futuro trattamento pensionistico che dell'anzianità contributiva utile al conseguimento della rendita.

In assenza dei dati contributivi relativi al periodo da ricongiungere, non sono in condizione di anticiparti l'ammontare dell'onere necessario alla definizione dell'operazione. Ti informo, tuttavia, che la presentazione di una domanda di ricongiunzione non determina alcun vincolo. Dopo aver ricevuto la tua istanza, gli Uffici provvederanno a richiedere all'I.N.P.S. i dati contabili necessari e a sottoporli una lettera di proposta in cui, oltre all'onere da sostenere, ti verranno dettagliatamente illustrati i connessi benefici pensionistici. A decorrere dalla data di ricevimento della predetta nota, avrai 60 giorni di tempo per far pervenire la tua adesione, consentendo a questa Fondazione di formulare richiesta per il trasferimento dei contributi, maggiorati degli interessi composti al tasso annuo del 4,50%.

Di converso, ove giudicassi non convenienti le condizioni rappresentate, hai facoltà di non dare alcun seguito al procedimento.

Riguardo alla possibilità di riscattare gli anni del corso di laurea presso il Fondo Medici di Medicina Generale, ti informo che anche l'effettuazione di tale operazione incrementerebbe l'ammontare del futuro trattamento pensionistico, aumentando altresì, l'anzianità contributiva utile al conseguimento dello stesso. Nel merito posso anticiparti che, allo stato, il costo è quantificabile in circa euro 27.000,00, pagabili in un massimo di 18 rate semestrali comprensive degli interessi, a fronte di un incremento pensionistico pari a circa euro 2.600,00 lordi annui. Ti informo, che anche la presentazione di una domanda di riscatto non determina alcun vincolo; potrai decidere se effettuare l'operazione dopo aver preso visione della lettera di proposta in cui oltre all'effettivo onere da sostenere e le forme di rateizzazione possibili, ti verranno dettagliatamente illustrati i relativi benefici pensionistici.

Per quanto concerne, invece, il riscatto di allineamento contributivo, ti preciso che tale istituto consiste nell'allineare la contribuzione riferita ad uno o più anni di attività professionale, nei quali la stessa risulti inferiore, a quella media annua degli ultimi 36 mesi. Ti preciso, inoltre, che tramite l'accettazione parziale tale riscatto consente all'iscritto di modulare l'entità del trattamento pen-

sionistico sulla base delle proprie valutazioni, indicando agli Uffici l'incremento desiderato.

Ti informo, al riguardo, che supponendo l'avvenuta presentazione della domanda, l'allineamento di tutti gli anni di contribuzione accreditati, comprensivi quindi, dei periodi di sospensione dell'attività professionale per gravidanza, comporterebbe un onere a tuo carico pari a circa euro 180.000,00, a fronte del massimo incremento pensionistico conseguibile, quantificabile in circa euro 20.000,00 lordi annui.

Ti preciso che ogni euro 1.000,00 lordi annui di incremento richiesti tramite l'accettazione parziale, determinerebbero un costo pari a circa euro 9.200,00. Ti faccio presente, inoltre, che qualora optassi per l'accettazione parziale potrai, una volta terminato il pagamento, presentare una nuova domanda, fino all'allineamento dell'intera posizione contributiva.

Ti preciso, infine, che le somme corrisposte a titolo di riscatto sono interamente deducibili dal reddito imponibile e che in caso di interruzione dei pagamenti rateali, quanto versato determinerà comunque un incremento del trattamento di quiescenza che percepirai al raggiungimento dei requisiti prescritti.

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

Eolo Parodi



DIVERSE DOMANDE PER UN CHIARIMENTO

Illustre Presidente,

come dai dati estratti dal vostro sito sono stati versati a mio nome i seguenti contributi:

Fondo medicina generale dal 1987 euro 156478,69; Fondo specialisti ambulatoriali euro 18230,88; Fondo generale libera professione Quota B euro 631,62.

Sulla scorta dei dati presentati ho da porti alcuni quesiti e richieste:

nel Fondo della Medicina generale sono compresi i contributi della guardia medica (compresa quella turistica)?

La somma del Fondo ambulatoriale può essere ricongiunta con questa mia o qual è la prassi?

La quota generale libera professione Quota B va ricongiunta con la Medicina generale?

Posso ricevere un estratto dei contributi versati a mio nome a tutto il 1996 (con specifica)?

A che età posso andare in pensione (essendomi laureato nel 1984) e con questo trend quale può essere la mia pensione?

Nel ringraziarti porgo i più cordiali saluti

(lettera firmata)

Caro Collega,
la contabilizzazione dei contributi, versati dal dicembre 1987 presso il Fondo dei Medici di Me-

dicina Generale, è stata aggiornata fino a settembre 2008 ed ammonta ad euro 166.580,69.

In costanza di contribuzione potrai accedere al pensionamento per vecchiaia a carico della gestione nel 2023, al compimento del 65° anno di età. La prestazione che ti verrà accreditata è stata stimata in circa euro 4.000,00 lordi mensili.

Ti informo che prima di tale data non maturerai i 35 anni di anzianità contributiva, requisito richiesto, insieme a 58 anni d'età anagrafica e 30 anni di anzianità di laurea, per il collocamento a riposo anticipato. Né, a tal fine, sarebbe utile ricongiungere alla gestione i contributi presenti sul Fondo degli Specialisti Ambulatoriali, in quanto temporalmente coincidenti.

Ti confermo, infatti, che sul Fondo in parola sono accreditati euro 18.230,88, inerenti il periodo compreso tra il 1987 ed il 1996. I versamenti di specie, in virtù dell'ulteriore anzianità non coincidente maturata al Fondo dei Medici di Medicina Generale, ti consentiranno di soddisfare il requisito minimo prescritto per l'erogazione di un altro trattamento previdenziale al compimento del 65° anno di età.

Peraltro, ti rappresento che sulla posizione in essere presso il Fondo della Libera Professione - Quota B del Fondo di Previdenza Generale risultano accreditati contributi, da te versati per redditi prodotti nel 2003 e tra il 2005

ed il 2007, per un totale di euro 865,49.

Tale contribuzione non può essere oggetto di ricongiunzione presso alcuna altra gestione e ti darà il diritto all'erogazione di un trattamento di vecchiaia a partire dai 65 anni, atteso che il Fondo non contempla le prestazioni di anzianità.

Tuttavia, preferisco sovrassedere, per il momento, dalla quantificazione, in proiezione, dell'importo spettante, considerati, tra l'altro, l'esiguità dei versamenti effettuati, i pochi anni contributivi maturati e, soprattutto, la vigenza di un'aliquota contributiva ridotta al 2%, suscettibile, in futuro, di possibile variazione in ragione dell'eventuale modificarsi della tua condizione lavorativa.

Un'ipotesi effettuata in questa sede sarebbe, pertanto, foriera di risultanze eccessivamente approssimative.

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

E.P.

Quando il francobollo è di utilità sociale

Francobolli come strumenti di utilità sociale grazie ad alcune emissioni di Poste Italiane e della Città del Vaticano. San Marino si è dedicato al 50° anniversario dell'Associazione volontari sammarinesi del sangue e degli organi. Gli appuntamenti per i collezionisti

di **Gian Piero Ventura (*)**

Il Governatorato dello Stato della Città del Vaticano ha promosso, tramite l'Ufficio Filatelico e Numismatico, una speciale iniziativa a favore della popolazione di Haiti, recentemente colpita dallo spaventoso terremoto. Questa consiste nell'aver sovrastampato il francobollo dedicato al 1500° Anniversario del Santuario della Madonna delle Grazie, meglio noto come Santuario della Mentoirella, rappresentato da un acquarello di Giorgio Borghe-
sani. La tiratura è di 150.000 foglietti pari a 900.000 francobolli del valore cadauno di 0,65 centesimi di euro, più un valore in sovrastampa di 0,20 centesimi per ogni singolo francobollo. Questo significa che il valore di affrancatura del francobollo rimane quel-



1500° Anniversario del Santuario della Madonna delle Grazie, sovrastampato per i terremotati di haiti

lo originario (0,65) pur costando in via definitiva 0,85 all'acquirente. Tutto il ricavato della sovrastampa dei francobolli venduti sarà destinato alla popolazione di Haiti e, qualora la vendita fosse completa, si può ipotizzare un ricavato di circa 150.000 euro.

San Marino invece si è dedicato a valorizzare il 50° anniversario dell'Associazione Volontari Sammarinesi del Sangue e degli Organi (AVS-SO); bello il francobollo che raffigura un nastro rosso a forma di cuore che racchiude due mani aperte mentre ricevono una goccia di sangue; sullo sfondo il monte Titano con le tre torri, a chiusura del cuore una farfalla. Autore del bozzetto Cristian Ceccaroni.

Infine Poste Italiane, nell'ambito della serie tematica "Il patrimonio artistico e culturale italiano", ha emesso un francobollo che riproduce una prospettiva della facciata principale della Basilica di Santa Maria di Collemaggio, uno dei simboli della città de L'Aquila, anch'essa gravemente colpita



50° anniversario dell'Associazione Volontari Sammarinesi del Sangue e degli Organi

dal terribile terremoto dell'aprile 2009. Questa emissione va naturalmente ad aggiungersi a quella per la professione infermieristica con un sovrapprezzo per sostenere la lotta ai tumori al seno, di cui abbiamo già parlato.

Concludiamo con due segnalazioni. La prima verso il 7° confronto annuale tra collezionisti e studiosi da titolo "Colloquio di storia postale", organizzato dall'Istituto di studi storici postali. L'interessante incontro si è svolto presso l'Archivio di stato di Prato ed ha affrontato il tema "Fonti per la storia postale - Archivi, musei, cultura materiale e collezionismo per studiare le vicende postali" grazie a diverse relazioni, che hanno spaziato dall'epoca medievale fino alla contemporaneità di internet, con i suoi archivi virtuali al servizio del collezionismo. L'ultima segnalazione è in realtà un appuntamento, quello che si sono dati gli iscritti dell'Associazione italiana collezionisti di affrancature meccaniche il 13 ed il 14 marzo, quando si riuniranno per esporre a tutti i simpatizzanti e gli interessati, circa 500 fogli frutto del lavoro degli ultimi mesi sulla tematica "Alimentazione e gastronomia". La manifestazione, organizzata in collaborazione con il Circolo filatelico "Guglielmo Marconi", si svolgerà presso il municipio di Sassano Marconi in piazza dei Martiri 6, per informazioni Manlio De Min tel. 339.7617713 e-mail m.demin@tiscali.it, ingresso libero! •

(*) gp.ventura@enpam.it



Arte romanica
S. M. Basilica Collemaggio



a cura di Pasquale Dui (*)

La sentenza della Cassazione n. 2352/10, depositata il 2 febbraio 2010, ripristinando il diritto all'integrale risarcimento di un medico nel frattempo deceduto – la causa civile era iniziata davanti al Tribunale di Massa 19 anni fa – individua le prerogative inviolabili del lavoratore professionista. Il chirurgo aveva citato in giudizio nel 1991 il primario, allora suo superiore diretto, contestandogli atti vessatori continuati, che lo avevano relegato ai margini dell'attività di reparto e costretto a ricorrere in sede gerarchica e, poi davanti al TAR, per “*distruzione dell'immagine professionale e dell'avviamento della clientela*”; il primario, dal canto suo, sosteneva di aver solo eser-

**Tutelare
una posizione
di diritto soggettivo
costituzionalmente
protetta**

Danno da “demansionamento” del medico

La lesione dell'identità e dignità professionale di un medico ospedaliero, provocato dallo svolgimento prolungato e ingiustificato di mansioni inferiori a quelle spettanti, cosiddetto demansionamento, ad opera del primario, dà luogo a un danno ingiusto di natura non patrimoniale



citato i poteri di vigilanza connessi alla sua funzione. Dalla controversia era rimasta fuori l'azienda ospedaliera, datore di lavoro, non citata, avendo il chirurgo inquadrato la causa sotto il profilo della responsabilità extracontrattuale (art. 2043 cod. civ.). Sia in primo che in secondo grado i giudici di merito avevano affermato la sussistenza del danno patrimoniale, ma con una fortissima riduzione del

quantum in appello, motivata dal mancato riconoscimento del demansionamento, che sarebbe stato imputabile solo al datore di lavoro, ovvero l'azienda ospedaliera, e della negazione del lucro cessante per la riduzione dell'attività extra moenia. Secondo la Suprema Corte, però, così facendo, l'appello compie una applicazione errata della responsabilità extracontrattuale, che non prevede una di-

versa causa di danno non patrimoniale, ma consente la riparazione anche dei danni non patrimoniali. Sostanzialmente, scrive il giudice-relatore, il chirurgo ha voluto tutelare una posizione di diritto soggettivo costituzionalmente protetta in relazione ad una attività professionale altamente qualificata. Pertanto, l'ingiustizia del danno deriva dalla lesione della sua identità e dignità professionale ed è stata correttamente richiesta sotto l'aspetto del danno non patrimoniale in relazione alla gravità dell'offesa e alla serietà del pregiudizio. Infine, la Cassazione nel rinviare alla Corte d'Appello, stabilisce che nel nuovo processo dovranno trovare spazio l'art. 1 della Carta di Nizza, recepita poi dal Trattato di Lisbona, che regola il valore della dignità umana, inclusa quella professionale, e l'art. 15 sulla libertà professionale come diritto inviolabile sotto il valore categoriale della libertà. •

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

NOMINA SOTTOSEGRETARI ALLA SALUTE

Nominati Francesca Martini ed Eugenia Maria Roccella a sottosegretari di Stato alla Salute. Il Presidente della Repubblica – si legge nel Decreto pubblicato in Gazzetta – vista la legge 172 del 2009, recante Istituzione del ministero della Salute ed incremento del numero complessivo dei Sottosegretari di Stato, su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri, nomina l'On. Francesca Martini e l'On. Eugenia Maria Roccella Sottosegretari di Stato alla salute. Il Decreto è stato comunicato alla Corte dei Conti per la registrazione. Ai due nuovi Sottosegretari un augurio di buon lavoro.

ORGANI COLLEGIALI

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

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

COMITATO ESECUTIVO

Prof. Eolo PARODI (Presidente)
Dr. Mario FALCONI (Vice Presidente Vicario)
Dr. Giovanni Pietro MALAGNINO (Vice Presidente)
CONSIGLIERI: Dr. Giuseppe DEL BARONE · Dr. Arcangelo · LACAGNINA
Dr. Benito MELEDANDRI · Dr. Alberto OLIVETI · Dr. Paolo ORIANA.

COLLEGIO SINDACALE

Dr. Ugo Venanzio GASPARI (Presidente)
Dr.ssa Antonella DI MODUGNO (Presidente Supplente)
SINDACI: Dr. Vittorio CERRACCHIO · Dr. Francesco VINCI · Dr. Francesco NOCE · Dr.ssa Caterina PIZZUTELLI · Dr.ssa Anna Maria PAGLIONE
Dr. Bruno DI IORIO · Dr. Giancarlo MARINANGELI · Dr. Marco GIONCADA.

L'AMMI PER L'OSPEDALE DE L'AQUILA



La Presidente Nazionale Ammi, dott.ssa Lilia Tatò, ha presieduto nei giorni 27- 28 gennaio a Lucca il primo Interregionale dell'anno 2010.

Sono state discusse le criticità presenti nell'Ospedale dell'Aquila, criticità nella gestione dei servizi dovute ai danni conseguenti al terremoto esposte anche da parte di

una dottoressa che presta servizio nel reparto pediatrico-neonatologico. La Presidente, all'unanimità con il Consiglio Direttivo, aveva stabilito di devolvere la somma raccolta dalle Sezioni per potenziare con strutture più moderne il reparto di neonatologia dell'Ospedale dell'Aquila danneggiato dal terremoto e la somma è stata così destinata.

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

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

Editore: Fondazione ENPAM

DIREZIONE E REDAZIONE

Via Torino, 38 - 00184 Roma
giornale@enpam.it

Direttore: EOLO PARODI

Direttore responsabile: GIULIANO CRISALLI

PROGRAMMAZIONE E COORDINAMENTO

Carlo Ciocci

Fax 06 48294793

email: c.ciocci@enpam.it

CULTURA

Claudia Furlanetto

email: c.furlanetto@enpam.it

CONGRESSI, CONVEGNI E CORSI

ARCHIVIO E DOCUMENTAZIONE

Andrea Meconcelli: Tel. 06 48294513

Fax 06 48294260/793

email: congressi@enpam.it

SCIENZA E SOCIETÀ

Andrea Sermonti

email: studio.sermonti@gmail.com

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Paola Boldreghini: Tel. 06 48294258 - Fax 06 48294260

email: giornale@enpam.it

Foto: Archivio ENPAM - THINKSTOCK

MENSILE - ANNO XV - N. 2

DEL 22/02/2010

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

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

Stampa: COPTIP Industrie Grafiche

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

tel: 059 312500 - fax: 059 312252

email: centralino@coptip.it

Servizio Accoglienza Telefonica

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

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

NOTIZIE FLASH

Classe medica 1945 trattamento ordinario del Fondo di Previdenza Generale - Ai sensi del vigente Regolamento del Fondo di Previdenza Generale, gli iscritti nati nel 1945 possono presentare la domanda di pensione ordinaria nel corso dell'anno 2010, dal compimento del 65° anno di età.

Il modulo è stato recapitato al domicilio degli iscritti unitamente alla dichiarazione concernente il diritto alle detrazioni d'imposta da allegare obbligatoriamente compilato in ogni sua parte.

Classe medica 1945 mancato ricevimento del modulo - In caso di mancato ricevimento il modulo è reperibile presso gli uffici della Fondazione o presso gli Ordini dei medici provinciali o sul sito www.enpam.it.

Duplicato CUD

Per ricevere il duplicato del CUD all'indirizzo di residenza risultante negli archivi è sufficiente una semplice richiesta telefonica al numero 06.4829.4829.

Per ricevere il duplicato CUD ad un indirizzo diverso da quello di residenza o tramite fax allegare all'istanza copia di un documento di identità valido del pensionato. L'istanza deve essere inoltrata al Servizio Prestazioni del Fondo Generale anche tramite fax al numero 06.48.294.923 completa di dati anagrafici, indirizzo e recapiti telefonici.

Attenzione! Qualora la richiesta non fosse presentata dai pensionati ma da loro incaricati, è necessario allegare alla richiesta la delega sottoscritta e copie dei documenti di identità, indicando il numero di fax o l'indirizzo di posta elettronica per la ricezione.

Stampa automatica del duplicato CUD e modulo detrazioni d'imposta 2010 - La stampa automatica del CUD è consentita a tutti i pensionati Enpam registrati all'Area riservata del sito www.enpam.it, utilizzando nome utente e password.

Inoltre, tutti i pensionati in possesso della carta Enpam e del codice PIN possono stampare il CUD direttamente presso l'Ordine dei medici e degli Odontoiatri al quale sono iscritti, utilizzando lo sportello self-service collegato con gli archivi della Fondazione Enpam.

Unitamente al modello CUD è stato trasmesso il **modulo fiscale concernente il diritto alle detrazioni d'imposta 2010**. Tale modulo deve essere sottoscritto, compilato in carattere stampatello e restituito entro il termine del **31 maggio 2010** utilizzando l'apposita busta indirizzata a Fondazione E.N.P.A.M., Casella postale n. 2475, Ag. RM 158, via Marsala n. 39, 00185 Roma.

In assenza di riscontro, l'Ente si vedrà costretto a revocare d'ufficio le detrazioni per carichi di famiglia senza ulteriore preavviso.

Attestazioni ai fini fiscali Riscatti - A tutti coloro che hanno effettuato versamenti a titolo di riscatto presso i vari Fondi, verrà inviata in tempo utile all'indirizzo di residenza l'attestazione di avvenuto pagamento.

Attestazioni ai fini fiscali Quota A e B - Sui bollettini RAV utilizzati per i versamenti della Quota A e sui bollettini MAV della Quota B è indicata la causale di versamento e quindi non è necessario presentare la richiesta di attestazione. In caso di smarrimento dei bollettini le richieste devono essere inoltrate al Servizio Contributi tramite posta ordinaria a Fondazione Enpam, via Torino 38, 00184 Roma, ovvero, tramite fax al n. 06.48.294.913 e al n. 06.48.294.922.

Per poter ricevere l'attestazione tramite fax o presso un indirizzo diverso da quello di residenza è necessario allegare alla richiesta copia di documento di identità valido.

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 numero 06.4829.4829 oppure scrivere a sat@enpam.it indicando nome, cognome e recapito telefonico. Gli utenti registrati possono modificare nel profilo utente i seguenti campi: numero di telefono fisso, numero di telefono cellulare e indirizzo di posta elettronica.

Servizi disponibili per gli utenti registrati:

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

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

