

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



PARODI

**Ancora e sempre
ingiustizia**

1

ENPAM

**Tre parole
chiave**

2

ADEPP

**Centro studi
e convegno sul welfare**

3

BUROCRAZIA

**Storia dei Grand Commis
dello Stato**

42

PREVIDENZA

**Tabelle per il calcolo
dei trattamenti**

5

Certificati on line. C'è polemica da parte di vari sindacati medici per la decisione ministeriale definita "frettolosa". In questa foto emblematica a un capo del fonendo spunta, quasi minaccioso, l'odiato-amato mouse

periodico

DCOER0953

Omologato

Posteitaliane

IL GIORNALE DELLA Previdenza

dei Medici e degli Odontoiatri

in questo numero

1	Ancora e sempre ingiustizia
2	Tre parole chiave
3	Centro studi Adepp
4	Domiciliazione bancaria – Quota A
5-10	Calcolo dei trattamenti
11	Fondo speciale ambulatoriali
12	Part-time, pensione tutelata
13	Riconoscimento invalidità e inabilità
14-15	L'intervista/1: Neurofibromatosi
16-17	L'intervista/2: Emesi e chemioterapia
18-19	L'intervista/3: Aspirina, in fatto di cuore
20-21	Metis e Sifop per i malati cronici
22	Sinergia Federspecializzandi-Miur
23	Formazione nella professione
24-25	Un ospedale con le stellette
26-27	Il linguaggio oscuro della medicina
28-29	Certificato medico online
30-31	Salute tra privilegio e diritto
32	Accadde a... Marzo
33-36	Congressi, convegni, corsi
37	Potenziare autostima e determinazione

38-39	Occupazione femminile in Italia
40-41	Emergenze, il lavoro minorile
42-43	Grand commis Giuseppe Borgia
44	Islam in Italia, la via del dialogo
45	Notizie
46	Medici con la testa nel pallone
47	“Insieme” per le Risorse umane
48-49	Medici illustri: Francois Rabelais
50-53	Recensioni libri
54	Re in stile Bollywood
55	La fisarmonica gigante
56	Arcimboldo, natura e fantasia
57	Lorenzo Lotto, genio del Rinascimento
58-59	Lettere al Presidente
60	Perché iscriversi all'Onaosi
61	Federspev, i diritti dei pensionati
62	Filatelia tra storia e novità
63	L'avvocato
64	FondoSanità

Tutti insieme appassionatamente

Il Giornale della Previdenza pubblicato ogni mese anche sulle pagine web del sito Internet della Fondazione - www.enpam.it - renderà pubblici i Bollettini degli Ordini dei medici e degli odontoiatri per aumentare lo scambio di notizie tra i colleghi nelle varie regioni italiane. La Direzione del giornale - previo accordo con la Direzione generale dell'Enpam - ha invitato i 106 Ordini a partecipare a questa spettacolare messa in scena delle loro pregievoli pubblicazioni. L'iniziativa mira a rendere sempre più uniti i medici italiani di fronte ai problemi che si presentano alla categoria nelle varie regioni, nelle città e nei paesi, anche i più sperduti, dove c'è sempre un "medico di guardia". Gli Ordini hanno già ricevuto l'invito e molti hanno concesso il "via libera". Si tratta di comunicare con l'autorizzazione il necessario "link" di collegamento.

Ancora e sempre ingiustizia



di Eolo Parodi

Ritorno sul problema della doppia tassazione ricordando quanto già discusso e pubblicato. Siamo un Ente privato e non possiamo essere quindi inquinati da situazioni estremamente burocratizzate che ci investivano quando eravamo “pubblici” ma che purtroppo ancora permangono. Certi della nostra autonomia, noi stessi siamo disposti a darci regole precise anche se difficili e spesso non gradite ai nostri iscritti.

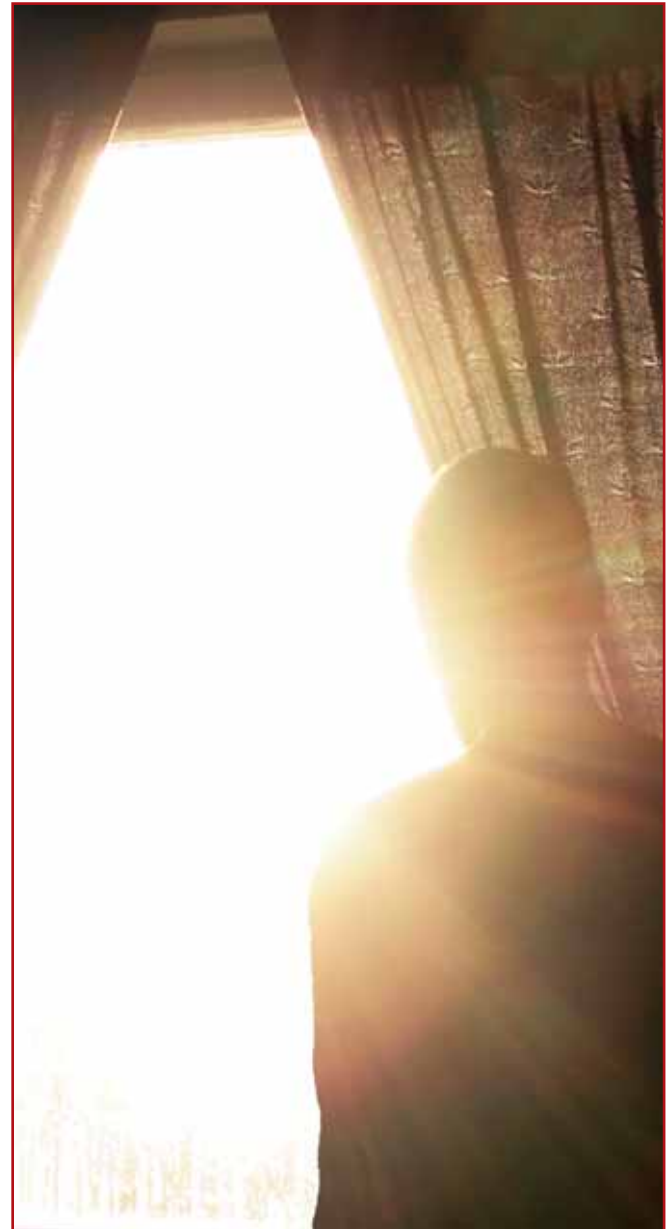
Desideriamo esser controllati (il che significa anche essere consigliati e difesi), ma riteniamo che ciò debba riguardare la legittimazione degli atti e non le

strategie o le linee guida di tante Casse di previdenza dei professionisti.

Dovremo allora anche ottenere una precisa svolta nella nostra fiscalizzazione per aumentare il reddito e mantenere le prestazioni che rappresentano il nostro fine ultimo.

In tale contesto è evidente la necessità di mutamenti strutturali per le Casse privatizzate preposte a garantire adeguate prestazioni anche per le future generazioni. Le Casse sono Enti di natura privata e non pubblica, escluse da qualsiasi forma di finanziamento pubblico diretto o indiretto (in caso di inadempienza della prestazione pensionistica non sussisterebbe alcuna responsabilità solidale da parte dello Stato).

A gran voce, ormai da anni, denunciavamo il problema della doppia tassazione che ci costringe a soggiacere a un sistema che, di fatto, si traduce nell'esenzione dei contributi versati dagli iscritti e nella tassazione sia dei rendimenti che derivano dall'attività di investimento di patrimonio mobiliare/immobiliare, sia delle pre-



stazioni erogate. Ciò risulta oltremodo iniquo e incostituzionale se si considera che agli Enti pubblici di previdenza nazionali come anche in ambito europeo viene applicato il sistema dove sono tassate esclusivamente le prestazioni erogate. E allora,

chiediamocelo tutti insieme, perché solo le Casse dei professionisti subiscono questa ingiustizia? Siamo di fronte a una situazione che non è più tollerabile. Con l'aria (politica) che tira non sarà male riaprire questo contenzioso in nostra difesa. •



di Alberto Oliveti (*)

Viene naturale per chi si occupa di problemi previdenziali mettere in risalto, ogni qual volta si affronta l'argomento, la necessità, o meglio l'obbligo, di sottolineare che la cultura previdenziale deve supportare scelte consapevoli e tempestive di integrazione che però siano calibrate sulle reali esigenze dell'iscritto. Si deve cioè arrivare ad una comunicazione integrata che è poi, oggi, tra gli obiettivi principali della nostra Fondazione che vuole perfezionare, sempre di più, il corretto rapporto "informativo e formativo" (non è un gioco di parole) con i suoi iscritti.

Un po' di storia, allora, per chi ci segue su questo cammino non facile ma, a lungo andare, assai appassionante.

L'Enpam incassa e mette a reddito i contributi obbligatori per Legge al fine di erogare prestazioni di rango costituzionale come sono le pensioni ai lavoratori quiescenti e l'assistenza ai bisognosi. Si basa su di un patto tra generazioni per cui

Tre parole chiave

Sostenibilità, adeguatezza, equità intergenerazionale

chi lavora mantiene chi ha lavorato, e la redditività ai fini pensionistici di ogni contributo è già definita nel momento stesso in cui finisce nelle casse della Fondazione.

La recente accelerazione demografica per cui ogni anno aumenta di tre mesi l'aspettativa di vita, la recessione delle economie mondiali, la modifica dei profili sanitari e delle modalità dell'esercizio professionale, la "volatilità" legislativa della materia previdenziale condizionano il nostro futuro.

Le parole chiave di questa nuova legislatura dove siamo seriamente impegnati si basa su tre concetti chiave: sostenibilità delle gestioni, adeguatezza delle prestazioni ed equità tra generazioni.

Sono necessarie riforme dei regolamenti e dello Statuto che diano maggior forza all'esigenza di tenuta prospettica del sistema, sia in termini di equilibri finanziari sia di rappresentatività degli interessati.

La previdenza va messa al centro della gestione dei Fondi e l'ingente patrimonio va considerato strumentale all'equilibrio delle gestioni richiesto dai ministeri vigilanti.

Non dimentichiamoci che l'Enpam è una Fondazione di diritto privato senza sco-

po di lucro che incassa contributi obbligatori e volontari con il compito di assicurare previdenza e assistenza a favore degli iscritti, dei loro familiari e superstiti.

La redditività ai fini pensionistici di ogni contributo è definita già al momento in cui viene incassata da parte della Fondazione, che quindi si assume un debito previdenziale con l'iscritto da onorare mediante l'adeguato investimento finanziario. La funzione del patrimonio è quindi strumentale alla previdenza. Il Patrimonio viene tassato come quello di una impresa speculativa e non considerato una capitalizzazione obbligata a garanzia del diritto costituzionale alla Previdenza.

Non dovremmo quindi contribuire ai bilanci dello Stato perché lo stesso esclude una possibilità di intervento fiscale di sostegno in caso di fallimento della nostra gestione.

La persistenza della tassazione del Patrimonio implica necessariamente che ci vorranno più contributi per pagare le pensioni: ogni euro versato in Enpam rende oggi più di quelli versati in altre Casse.

La Fondazione assegna inoltre, al momento dell'incasso del contributo, il rendimento pensionistico (calibrato sulle ultime tabelle di

sopravvivenza Istat a disposizione, anche se opportunamente corrette per le specificità dei medici iscritti) e tutela con il pro rata per le successive modifiche.

Ancora una sottolineatura. La Finanziaria 2007 ed il successivo decreto interministeriale hanno spostato l'orizzonte temporale di equilibrio dei Fondi da 15 a 30 anni senza alcuna gradualità.

Questo, insieme alla doppia tassazione (ci costa 50 milioni di euro all'anno...) ed alla dichiarata volontà dei ministeri vigilanti di non contabilizzare il Patrimonio nel prospetto di equilibrio dei Fondi, solleva problemi di sostenibilità specialmente riferendoci alle variabili demografiche degli ultimi anni.

Ricordo che la corretta informazione coinvolge anche la recente iniziativa legata alla "busta arancione" - ci tengo a sottolinearlo - presente sul sito web della Fondazione, che rappresenta un'esauriente illustrazione degli strumenti tecnici a disposizione per aumentare volontariamente le prestazioni (riscatti, ricongiunzioni, aliquota volontaria modulare, Fondo Sanità), che sono compiti propri di una comunicazione integrata.

L'obbligo di iscrizione e contribuzione deve essere l'elemento fondante di un sistema solidale che deve garantire a tutti la pensione massima sostenibile, nel rispetto dell'asse tra contributi e prestazioni. •

(*) Vice presidente vicario Enpam



di Giampiero Malagnino (*)

In una situazione politica (e istituzionale) molto incerta, la battaglia che le Casse di previdenza privatizzate e l'Adepp stanno conducendo per riaffermare la loro autonomia e il loro essere private è sempre più complessa! Sentenze contraddittorie dei tribunali amministrativi rendono ancora più confuso il quadro di riferimento (un ricorso al TAR Lazio dell'Adepp contro l'iscrizione nel famigerato elenco Istat delle Casse è stato accolto con motivazioni estremamente sovrapponibili al pensiero delle Casse stesse: la sospensione della sentenza chiesta al Consiglio di Stato dai ministeri è stata accolta con la motivazione che una iscrizione in un elenco valido a soli fini statistici non avrebbe comportato conseguenze negative!!! Soggetti che a vario titolo ritengono di essere danneggiati da decisioni delle Fondazioni ricorrono al TAR sostenendo la nostra natura pubblica e il TAR, contraddicendo la

prima sentenza, spesso da loro ragione).

Contraddizioni sono evidenti anche nell'interpretazione che gli stessi ministeri vigilanti danno degli articoli (che riguardano (?) le Casse) della legge di stabilità del maggio 2010 e che diventano un freno nella nostra attività quotidiana. Solo per fare un esempio, il comma 15 dell'articolo 8 della legge citata prevede che l'acquisto e la vendita di immobili e l'utilizzo delle somme rivenienti da parte delle Casse debbono essere autorizzati dal ministero dell'economia (MEF) sentito quello del lavoro. Il comma stesso prevede un decreto attuativo. I suggerimenti dell'Adepp sono stati quasi completamente recepiti nella scrittura del decreto, ma una direttiva del ministero dell'Economia ne ha stravolto il significato. L'Adepp ha inviato una nota dichiarando irricevibile la direttiva stessa che fortunatamente è stata rinviata ai ministeri "con osservazioni" anche dalla Corte dei Conti. Quindi, questa direttiva è stata cambiata ed ora sembrerebbe coerente con il decreto. Ma lo stesso problema interessa l'articolo 9 (il personale) che secondo il ministero del Welfare non ci coinvolge completa-

mente, mentre per il MEF, sì! Se così fosse, le Casse non possono sostituire i dipendenti o i dirigenti che vanno in pensione per diminuire la spesa, ma la legge ci permetterebbe di stipulare dei contratti di consulenza che, come si sa, sono molto più costosi. L'Enpam, con una delibera, ha detto che l'articolo 9 non la coinvolge e siamo pronti a batterci in tutte le sedi per confermare questa verità.

In poche parole, sembra evidente che riusciamo ad avere un rapporto molto costruttivo con il ministero del Welfare, non riusciamo ancora ad avere lo stesso rapporto, anzi, con il MEF (interessato ad altri aspetti delle Casse, soprattutto alla loro capacità di risparmio e quindi di investimento!). La volontà della dirigenza Adepp è quella di riuscire a spiegare anche al MEF che la concertazione è lo strumento migliore per raggiungere risultati condivisi. Siamo coscienti, specie dopo la crisi del 2008, della necessità di rivedere il modello dei nostri investimenti (il CdA dell'Enpam sta alacremente lavorando in questo senso) e stiamo lavorando per avere un modello unico per tutte le Casse, convinti che sia necessario per dare il massi-

mo di trasparenza e di sicurezza possibile ai nostri investimenti. Ma questo modello dobbiamo costruirlo noi Casse, non farcelo imporre, magari con un decreto, dal governo.

Anche per queste ragioni, ma soprattutto per farci conoscere dal mondo esterno alle Casse ed alle professioni che il presidente Camporese e l'assemblea dell'Adepp hanno voluto, tra le altre, due iniziative, a mio modo di vedere, estremamente importanti:

- la costituzione di un centro studi in grado di elaborare tutti i dati utili per una politica previdenziale ed assistenziale "informata";
- un grande convegno dal titolo "Presente e futuro della previdenza privata: Autonomia, responsabilità, frontiere del Welfare" per mercoledì 16 marzo all'Auditorium della Conciliazione in Roma. A questo convegno parteciperanno il ministro Maurizio Sacconi, il presidente della Bocconi, prof. Mario Monti, l'avv. Guzzetti, presidente della Fondazione Cariplo e Acri, che hanno già dato la loro adesione, e altre personalità che abbiamo invitato. •

(*) *vice presidente Enpam, vice presidente vicario Adepp*

Domiciliazione bancaria del pagamento del contributo "Quota A"

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, 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 110.000 iscritti

ti 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.

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" poste 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 diretto dei contributi dovuti, anche qualora abbia ricevuto i re-**

lativi 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 gli utenti registrati presso il portale www.enpam.it, 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 tali evenienze, alle scadenze di rata viene effettuato l'addebito di quanto dovuto e la documentazione del pagamento, utile ai fini della deducibilità fiscale, è trasmessa al domicilio dell'iscritto a cura di Equitalia ESATRI S.p.A. •

(*) Dirigente Servizio contributi e attività ispettiva

Andamento adesioni RID

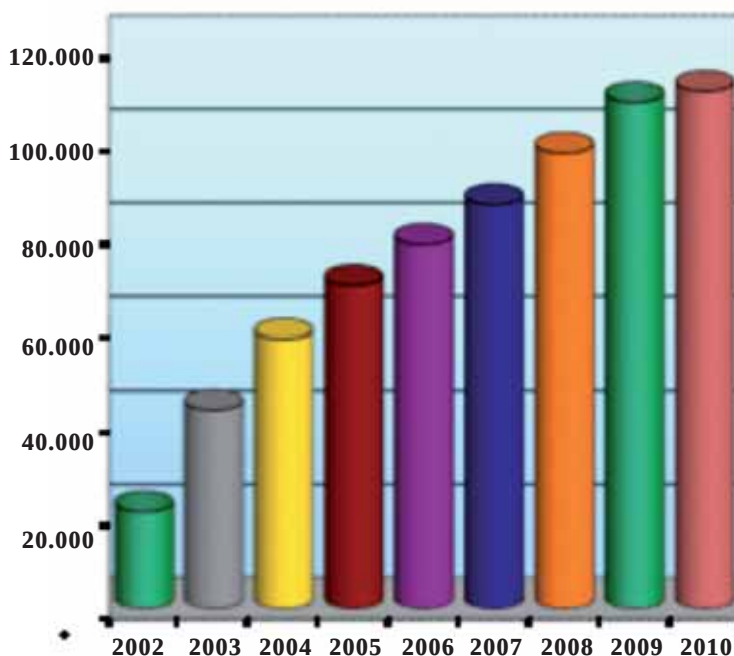


Tabelle per il calcolo dei trattamenti maturati

Anche quest'anno pubblichiamo gli indici e gli importi utili agli iscritti per procedere personalmente al calcolo dei trattamenti previdenziali.

Le tabelle sono state aggiornate alla luce di quanto disposto dalla normativa regolamentare dei Fondi

di **Giovanni Vezza (*)**

Alla fine del mese di gennaio arrivano come sempre i dati Istat sull'inflazione registrata nell'anno precedente e si può quindi procedere al necessario aggiornamento delle tabelle per il calcolo dei trattamenti previdenziali ed assistenziali della Fondazione Enpam. Sono molti i professionisti e i semplici iscritti che vogliono procedere personalmente al calcolo dei trattamenti previdenziali maturati, servendosi degli indici e degli importi che in questa sede, come ogni anno, provvediamo a fornire.

Quest'anno l'incremento percentuale rilevato dall'indice ISTAT dei "prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati" è pari a **1,55%**, contro lo 0,75% del 2009. Pur restando su valori percentuali molto bassi, si è quindi assistito ad un sostanziale raddop-

pio della dinamica inflazionistica.

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 2011, anche la rivalutazione delle pensioni in godimento al 31 dicembre 2010 a carico del Fondo di Previdenza Generale "Quota A", della "Quota B" del Fondo Generale – Fondo della libera professione e dei Fondi Speciali per i medici e gli specialisti convenzionati e accreditati con il

Servizio sanitario nazionale. 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 all'**1,16%**), fino al limite di quattro volte il trattamento minimo a carico del Fondo pensioni per i lavoratori dipendenti (e cioè, per il 2011, sino al limite di € 23.970,44 annui lordi corrispondenti al quadruplo del trattamento minimo Inps per l'anno 2010);

- 50% dell'incremento dell'indice Istat (corrispondente per quest'anno allo **0,78%**), 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** (pag.6), 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 di quei trattamenti che vengono 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** (pag.6) 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

(segue a pag. 7)

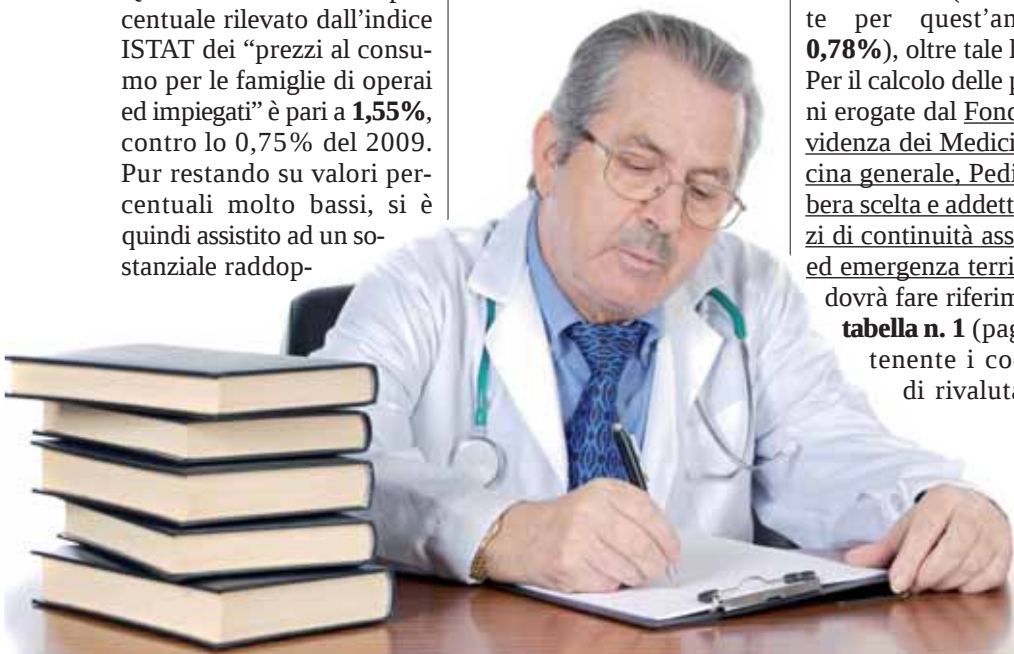


Tabella 1 relativa alla rivalutazione dei compensi ai sensi dell'art. 7, comma 4 del regolamento del Fondo Medici di Medicina Generale (approvato con D.M. 4/4/85 e successive modifiche) e ai sensi dell'art. 8, comma 7 del regolamento del Fondo Specialisti Ambulatoriali (approvato con D.M. 14.06.1983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

Decorrenza pensione anno 2011	
Anno riferimento contributi	Coefficiente di rivalutazione al 100% dei compensi
1947	35,9154
1948	33,9209
1949	33,4309
1950	33,8859
1951	30,8859
1952	29,6272
1953	29,0614
1954	28,3005
1955	27,5277
1956	26,2229
1957	25,7261
1958	24,5499
1959	24,6531
1960	24,0153
1961	23,3332
1962	22,2010
1963	20,6489
1964	19,4931
1965	18,6815
1966	18,3149
1967	17,9558
1968	17,7298
1969	17,2457
1970	16,4112
1971	15,6297
1972	14,7982
1973	13,4079
1974	11,2252
1975	9,5804
1976	8,2221
1977	6,9619
1978	6,1913
1979	5,3494
1980	4,4157
1981	3,7201
1982	3,1975
1983	2,7807
1984	2,5146
1985	2,3155
1986	2,1824
1987	2,0861
1988	1,9876
1989	1,8644
1990	1,7572
1991	1,6513
1992	1,5666
1993	1,5034
1994	1,4465
1995	1,3730
1996	1,3215
1997	1,2990
1998	1,2760
1999	1,2562
2000	1,2248
2001	1,1929
2002	1,1645
2003	1,1366
2004	1,1144
2005	1,0958
2006	1,0743
2007	1,0562
2008	1,0231
2009	1,0155
2010	1,0000
2011	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 2011	
Anno di cessazione	Coefficiente di rivalutazione al 100%
1961	24,0153
1962	23,3332
1963	22,2010
1964	20,6489
1965	19,4931
1966	18,6815
1967	18,3149
1968	17,9558
1969	17,7298
1970	17,2457
1971	16,4112
1972	15,6297
1973	14,7982
1974	13,4079
1975	11,2252
1976	9,5804
1977	8,2221
1978	6,9619
1979	6,1913
1980	5,3494
1981	4,4157
1982	3,7201
1983	3,1975
1984	2,7807
1985	2,5146
1986	2,3155
1987	2,1824
1988	2,0861
1989	1,9876
1990	1,8644
1991	1,7572
1992	1,6513
1993	1,5666
1994	1,5034
1995	1,4465
1996	1,3730
1997	1,3215
1998	1,2990
1999	1,2760
2000	1,2562
2001	1,2248
2002	1,1929
2003	1,1645
2004	1,1366
2005	1,1144
2006	1,0958
2007	1,0743
2008	1,0562
2009	1,0231
2010	1,0155
2011	1,0000

(segue da pag. 5)

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 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** (vedi pag. 8) 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 riferimento 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** (vedi pag. 8) riporta, con riferimento al Fondo della Libera Professione – "Quota B" del Fondo Generale, sulla base dell'indice di rivalutazione di cui sopra (**1,55%**), nella prima parte, per gli anni di reddito dal 2000 al 2010, il limite di red-

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 2011		
Anno riferimento contributi	Coefficiente di rivalutazione al 100%	Coefficiente di rivalutazione al 75%
1947	35,9154	27,1792
1948	33,9209	25,6782
1949	33,4309	25,3021
1950	33,8859	25,6325
1951	30,8859	23,3855
1952	29,6272	22,4523
1953	29,0614	22,0382
1954	28,3005	21,4651
1955	27,5277	20,8870
1956	26,2229	19,9036
1957	25,7261	19,5370
1958	24,5499	18,6532
1959	24,6531	18,7272
1960	24,0153	18,2409
1961	23,3332	17,7334
1962	22,2010	16,8842
1963	20,6489	15,7227
1964	19,4931	14,8601
1965	18,6815	14,2577
1966	18,3149	13,9829
1967	17,9558	13,7136
1968	17,7298	13,5407
1969	17,2457	13,1786
1970	16,4112	12,5508
1971	15,6297	11,9647
1972	14,7982	11,3432
1973	13,4079	10,2974
1974	11,2252	8,6641
1975	9,5804	7,4283
1976	8,2221	6,4108
1977	6,9619	5,4657
1978	6,1913	4,8899
1979	5,3494	4,2600
1980	4,4157	3,5612
1981	3,7201	3,0395
1982	3,1975	2,6486
1983	2,7807	2,3358
1984	2,5146	2,1358
1985	2,3155	1,9865
1986	2,1824	1,8866
1987	2,0861	1,8147
1988	1,9876	1,7401
1989	1,8644	1,6479
1990	1,7572	1,5675
1991	1,6513	1,4882
1992	1,5666	1,4248
1993	1,5034	1,3774
1994	1,4465	1,3351
1995	1,3730	1,2795
1996	1,3215	1,2408
1997	1,2990	1,2243
1998	1,2760	1,2070
1999	1,2562	1,1922
2000	1,2248	1,1686
2001	1,1929	1,1447
2002	1,1645	1,1234
2003	1,1366	1,1025
2004	1,1144	1,0858
2005	1,0958	1,0719
2006	1,0743	1,0557
2007	1,0562	1,0421
2008	1,0231	1,0173
2009	1,0155	1,0116
2010	1,0000	1,0000
2011	1,0000	1,0000

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

Decorrenza pensione anno 2011		
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		27,1792
1948		25,6782
1949		25,3021
1950		25,6325
1951		23,3855
1952		22,4523
1953		22,0382
1954		21,4651
1955		20,8870
1956		19,9036
1957		19,5370
1958		18,6532
1959		18,7272
1960		18,2409
1961		17,7334
1962		16,8842
1963		15,7227
1964		14,8601
1965		14,2577
1966		13,9829
1967		13,7136
1968		13,5407
1969		13,1786
1970		12,5508
1971		11,9647
1972		11,3432
1973		10,2974
1974		8,6641
1975		7,4283
1976		6,4108
1977		5,4657
1978		4,8899
1979		4,2600
1980		3,5612
1981		3,0395
1982		2,6486
1983		2,3358
1984		2,1358
1985		1,9865
1986		1,8866
1987		1,8147
1988		1,7401
1989		1,6479
1990	1,7572	1,5675
1991	1,6513	1,4882
1992	1,5666	1,4248
1993	1,5034	1,3774
1994	1,4465	1,3351
1995	1,3730	1,2795
1996	1,3215	1,2408
1997	1,2990	1,2243
1998		1,2070
1999		1,1922
2000		1,1686
2001		1,1447
2002		1,1234
2003		1,1025
2004		1,0858
2005		1,0719
2006		1,0557
2007		1,0421
2008		1,0173
2009		1,0116
2010		1,0000
2011		1,0000

dito 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 2011, 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 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 2010 e il mese di giugno 2009.

Nella **tabella n. 6** è riportato, assieme a quelli degli anni precedenti, il nuovo importo del trattamento minimo che l'Ente corrisponde,

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

Fondo della Libera Professione - "Quota B" del Fondo 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	€ 50.610,82
Limite reddito libero professionale anno 2008	€ 52.245,55
Limite reddito libero professionale anno 2009	€ 52.637,39
Limite reddito libero professionale anno 2010	€ 53.453,27

	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	€ 5.410,24	€ 9.991,68
Anno 2010	€ 5.431,92	€ 10.031,68
Anno 2011	€ 5.502,56	€ 10.162,08

Tabella 6 Trattamento pensionistico annuo minimo ai sensi dell'art. 20, comma 8 del regolamento del Fondo di Previdenza Generale (maggiorazione per inabilità e premorienza)

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
2011	€ 14.088,69

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 2011 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 Fondazione 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 pari ai cinque dodicesimi dell'80% del solo reddito professionale percepito e de-

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	€ 5.992,61	€ 499,38
2011	€ 6.076,59	€ 506,38

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	€ 460,97	€ 13.662,48	€ 68.312,40	€ 4.554,16	€ 22.770,80
2011	€ 467,43	€ 13.855,92	€ 69.279,60	€ 4.618,64	€ 23.093,20

* Per l'anno 2010 l'importo è stato ricalcolato sulla base del dato definitivo relativo al minimo I.N.P.S.; mentre l'anno 2011 è determinato sulla base del dato provvisorio.

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	€ 40.765,00
2009	€ 42.069,00
2010	€ 42.364,00
* 2011	€ 43.042,00

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

nunciato 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** (vedi pag. 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 (che fino al 2007 compreso era applicato sull'intero ammontare della pensione) è oggi 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** (vedi pag. 10) 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 (ta-

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%
2007	€ 22.234,16	1,5%	1%
2008	€ 22.679,28	1,29%	0,86%
2009	€ 23.065,12	2,42%	1,62%
2010	€ 23.803,52	0,56%	0,38%
2011	€ 23.970,44	1,16%	0,78%

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

	2007	2008	2009	2010	2011
Limite di reddito (6 volte trattamento minimo INPS annuo)	€ 34.018,92	€ 34.597,68	€ 35.705,28	€ 35.955,66	€ 36.459,54
Misura prestazioni straordinarie (art. 2, co. 3)	€ 7.000,00	€ 7.120,40	€ 7.350,39	€ 7.405,52	€ 7.520,31
Limite di reddito per prestazioni casi eccezionali (art. 2, co. 6)	€ 12.000,00	€ 12.206,40	€ 12.600,67	€ 12.695,18	€ 12.891,96
Importo massimo prestazioni per casi eccezionali (art. 2, co. 6)	€ 5.000,00	€ 5.086,00	€ 5.250,28	€ 5.289,66	€ 5.371,65
Contributo per ospitalità in casa di riposo (art. 4, co. 3)	€ 50,00	€ 50,86	€ 52,50	€ 52,89	€ 53,71
Contributo per assistenza domiciliare (art. 5, co. 4)	€ 500,00	€ 508,60	€ 525,03	€ 528,97	€ 537,17
Misura massima prestazioni una tantum calamità naturali (art. 6, co. 3)	€ 15.000,00	€ 15.258,00	€ 15.750,83	€ 15.868,96	€ 16.114,93
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	€ 8.594,62

bella 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, ri-

ferito 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 altresì che esse sono riservate agli iscritti attivi ed ai pensionati di tale Fondo (anche con un importo minimo), nonché ai

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

	2007	2008	2009	2010	2011
Limite di reddito (6 volte trattamento minimo INPS)	€ 34.018,92	€ 34.597,68	€ 35.705,28	€ 35.955,66	€ 36.459,54
Misura prestazioni mensili per invalidità temporanea (art. 2, co. 5)	€ 2.100,00	€ 2.136,12	€ 2.205,12	€ 2.221,66	€ 2.256,10
Misura prestazioni giornaliere per invalidità temporanea (art. 2, co. 5)	€ 70,00	€ 71,20	€ 73,50	€ 74,05	€ 75,20
Misura massima prestazioni aggiuntive di invalidità (art. 3, co. 1)	€ 4.000,00	€ 4.068,80	€ 4.200,22	€ 4.231,72	€ 4.297,31
Maggiorazione contributi assistenza domiciliare (art. 4, co. 1)	€ 250 (50% di € 500)	€ 254,30	€ 262,51	€ 264,48	€ 268,58
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	€ 4.834,48
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	€ 2.578,38

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.

La **tabella n. 13** riporta la serie storica, a partire dal 2000, dei limiti reddituali previsti per l'erogazione dei trattamenti a superstiti dei Fondi Speciali, con specifico riferimento agli orfani invalidi - ex art. 23 comma 1 lettera b) del Regolamento del Fondo di Previdenza Generale - e successiva delibera n. 49/2001 del Consiglio di Amministrazione. Con quest'ultima si è stabilito un criterio più favorevole per la valutazione del requisito della vivenza a carico, richiesto per i figli ultratrentiseienni e per i collaterali inabili nonché per gli ascendenti, ai fini del diritto alla liquidazione della pensione ai superstiti. In

Tabella 13 relativa ai limiti reddituali previsti per l'erogazione dei trattamenti a superstiti dei Fondi Speciali con specifico riferimento agli orfani invalidi - ex art. 23, comma 1, lettera b) del Regolamento del Fondo di Previdenza Generale come integrato dalla Delibera C.d.A n. 49/2001

Anno	Limite reddituale
2000	12.179,69
2001	12.435,46
2002	12.788,72
2003	13.103,20
2004	13.417,68
2005	13.739,69
2006	13.973,26
2007	14.256,62
2008	14.466,67
2009	14.886,28
2010	15.154,24
2011	15.305,79

particolare, anziché applicare il semplice requisito del limite fiscale per la vivenza a carico (€ 2.582,28), si è ritenuto più consono adottare il criterio stabilito dall'Inps per il riconoscimento del diritto a pensione nei confronti degli invalidi civili totali. •

(*) *Dirigente del Servizio studi previdenziali e documentazione*

Fondo speciale ambulatoriali, un sasso in piccionaia

di Alfonso Celenza (*)

Attualmente stiamo navigando in mari procellosi e cieli coperti e di questo siamo convinti tutti. Ma quello che dobbiamo aspettarci per il futuro non è esattamente un cielo sereno e terso. Voglio dire chiaramente che niente sarà più come prima. Non possiamo attenderci il ritorno in breve-medio termine a situazioni di vacche grasse. Il sistema economico mondiale ed europeo, in particolare, ci obbligherà a vincoli di politica economica che incideranno con aumenti di stipendio molto ridotti. Questa premessa è doverosa a quanto voglio esporre sul problema pensioni del nostro Fondo speciale. Inoltriamoci un po' sulle caratteristiche della nostra previdenza per quanto riguarda i metodi gestionali ed il computo delle prestazioni. Il nostro sistema può essere definito misto: a capitalizzazione e insieme un sistema a ripartizione. In parole più chiare gli attivi concorrono a pagare le attuali pensioni a chi a sua volta ha pagato quando era attivo ed inoltre c'è la capitalizzazione del saldo tra entrate contributive e prestazioni previdenziali erogate. Tutto questo per

quanto riguarda la raccolta. Per quanto riguarda il computo delle pensioni il nostro sistema è un sistema retributivo cioè fa riferimento alla retribuzione media dell'ultimo periodo lavorativo, ossia: gli ultimi cinque anni. Colleghi più bravi di me farebbero notare che ci sono anche quei elementi che portano ad aggiustamenti nelle formule di calcolo che "limano" un po' il metodo retributivo. E' vero, ma fondamentalmente è un sistema che fa riferimento alla media retributiva degli ultimi cinque anni. Sappiamo tutti che nuove regole di stabilità dei Fondi tra cui l'allungamento a trent'anni dai precedenti quindici della stabilità gestionale, la diatriba dell'utilizzo o meno del patrimonio per far quadrare i bilanci, l'aumento dell'aspettativa di vita, le difficoltà di compensare completamente il turnover pensionistico ed altri vincoli, impongono una scelta di modifiche tra: 1) aumento dell'aliquota previdenziale attualmente al 24% e 24,5% (medici-

na dei servizi); 2) aumento dell'età di ingresso in pensione di vecchiaia dagli attuali 65 anni a 67 anni con slittamento dell'opzione dell'uscita a 70 anni con relativi bonus a 72 anni; 3) diminuzione dell'aliquota di trasformazione attualmente al 2,25 con relativa diminuzione dell'importo pensionistico. Analizziamo "con pacatezza" le tre opzioni. La prima è perlomeno azzardata, non sono tempi in cui una riduzione stipendiale possa essere sostenuta da tutti i colleghi. La seconda, e qui parlo per esperienza personale, anche se riesco ancora a far stanca una coppia di setters in una giornata di caccia, vi confesso che si parla di anni di lavoro che pesano ben di più di 365 giorni ognuno! La terza andrebbe contro i progetti e le aspettative di tenore di vita in maniera brusca. Voglio aggiungere che la caratteristica di queste tre opzioni che più mi inquieta è la precarietà terapeutica delle stesse, mi sembrano più aggiustamenti

temporanei che riforme strutturali: fra qualche anno si dovrebbe nuovamente intervenire. Per cui lancio un sasso in piccionaia: ma forse non sarebbe meglio cambiare metodo e passare dal metodo retributivo a un metodo contributivo? Lo so che i colleghi, che a questo punto non hanno ancora girato pagina diranno: "Ma tu non eri quello che attaccavi il contributivo?" Vero, ma come dicevo all'inizio i tempi sono cambiati e se applicato pro rata e cioè si parte alla tale data e il pregresso è garantito a tutti con il retributivo e ovviamente assicurando la congruità della pensione, preferirei la sostenibilità strutturale del Fondo a misure che mi sembrano aggiustamenti più o meno proponibili. Dicevo che un sasso in piccionaia può stimolare un dibattito e lo preferisco a una certa accettazione. È fuori discussione che tutto questo dovrebbe essere controllato e vagliato da certificazioni indipendenti che devono assicurare la sostenibilità e l'equità del metodo. Per ora finisco per non annoiarvi troppo. A proposito il sasso in piccionaia da ragazzo lo tiravo davvero: succedeva un caos poi però a poco a poco la campagna ritornava silenziosa. Corre voce che tutti quei piccioni siano finiti arrosto. •

(*) *Consulatore Enpam Regione Liguria per il Fondo degli specialisti ambulatoriali*

**Non sarebbe meglio
cambiare metodo e passare
dal metodo retributivo
a un metodo contributivo?**

Anche con il part time la pensione è tutelata

di Claudio Testuzza

Sempre più numerosi sono i dipendenti, in particolare le donne, che tendono a ridurre le prestazioni orarie del proprio lavoro coinvolti da diverse incombenze, specie familiari, che richiedono una maggiore attenzione sui problemi personali. L'attrazione al part time diviene una prospettiva favorevole, tanto più che si vanno diffondendo formule più flessibili di orario ridotto che meglio si adattano alle esigenze delle persone. Questa scelta, tuttavia, viene frenata dal timore di trovarsi con un trattamento pensionistico ridotto, decurtato da non essere più correlato all'anzianità maturata nel tempo e soprattutto alle retribuzioni acquisite negli anni di attività precedente.

E' vero che guadagnando meno la pensione non può essere quella che si sarebbe ottenuta lavorando a tempo pieno, ma questo rischio è attenuato dalla regolamentazione che attenua l'impatto delle retribuzioni ridotte nel caso di periodi lavorati in part time. Intanto va sottolineato che ai fini della maturazione del diritto al pensionamento, sia di anzianità che di vecchiaia, non è necessario lavorare più a lungo. Un anno svolto a part time vale quanto uno a tem-



po pieno a condizione che lo stipendio non sia inferiore alla soglia prevista dall'Inps di 9.588 euro annui per il 2010. Il problema va chiarito, in particolare, per coloro che ricadano nel trattamento pensionistico calcolato con il sistema retributivo. Cioè i dipendenti che possono far valere almeno 18 anni di contributi maturati al 31 dicembre 1995. In questo caso per ogni anno viene attribuita un'anzianità utile ai fini previdenziali in base al rapporto alle ore svolte a part time rispetto alle ore richieste dal contratto a tempo pieno. In pratica a chi dovesse lavorare 18 ore settimanali sulle 36 richieste dal contratto saranno riconosciuti sei mesi per ogni anno lavorato. Ma alla contrazione dell'anzianità verrà, comunque, riconosciuta una retribuzione pensionabile pari a quella che si sarebbe ricevuta se si fosse rimasti a lavorare con un rapporto a

tempo pieno. Lo stesso criterio viene mantenuto, secondo quanto previsto dalla sentenza n. 202/1999 della Corte costituzionale, anche per coloro che finiscono ovvero abbiano iniziato la propria carriera lavorando con un contratto part time. Se un dipendente avesse svolto la propria attività per 35 anni di cui 10 a part time, con un orario pari alla metà di quello previsto per il tempo pieno, la sua pensione, fermo restando il raggiungimento del diritto con 35 anni complessivi e 60 anni d'età, a vista delle "quote" previste per il 2010, la sua pensione sarà calcolata come se avesse lavorato 30 anni, tutti a tempo pieno. Se agli anni a part time non venisse applicata questa condizione di salvaguardia, il dipendente si sarebbe trovato un vitalizio inferiore. Invece la presenza di una busta paga più leggera non si traduce in un danno sulla pensio-

ne ma solamente sul calcolo degli anni di contribuzione. Per coloro che ricadano, invece, nel sistema di calcolo contributivo, avendo iniziato a lavorare dal 1996 in poi, la maturazione del diritto alla pensione viene sempre garantita dalla copertura dell'intero anno e il calcolo dell'assegno pensionistico, basandosi sull'ammontare dei contributi versati e capitalizzati durante tutta la vita lavorativa, non varierà per l'eventuale prestazione oraria ridotta. Leggermente più complicata è la situazione per coloro che ricadono nel sistema cosiddetto "misto": meno di 18 anni al 31 dicembre 1995. In questo caso, sull'anzianità maturata fino a quella data, il trattamento previdenziale sarà effettuato applicando la clausola di salvaguardia che evita l'abbattimento della retribuzione utilizzata, mentre per l'anzianità maturata successivamente dal 1° gennaio 1996 in poi si procederà utilizzando lo stesso sistema del contributivo, tenendo conto dell'ammontare dei versamenti effettuati fino al momento del pensionamento. Infine, ricordiamo che chi dovesse lavorare con un contratto a part time potrà pagare di tasca propria per colmare i periodi parzialmente scoperti. I versamenti volontari (per i medici sono previsti per coloro che siano iscritti solamente al Fondo generale Quota A dell'Enpam) possono essere utilizzati sia per colmare la contribuzione mancante sia per integrarla. •

Riconoscimento dell'invalidità e dell'inabilità

Chi presenta domanda per ottenere il riconoscimento del diritto a pensioni, assegni e indennità nel campo dell'invalidità civile, cecità civile e sordomutismo non può presentare altre domande per la stessa prestazione, fino a quando non risulti esaurito l'iter di quella in corso o non sia intervenuta sentenza passata in giudicato, nel caso di ricorso in sede giudiziaria.

Lo ha specificato l'Inpdap, l'istituto previdenziale dei pubblici dipendenti, nel suo bollettino mensile.

Si tratta dell'estensione di una limitazione, inserita con legge n. 69/2009, già prevista da una norma del 1984, con decorrenza dal 4 luglio 2009. Da un punto di vista pratico, l'Inps, oltre a disporre specifiche forme di collaborazione tra le proprie direzioni regionali e le Asl – deputate a ricevere le istanze di invalidità – ha creato un apposito modulo con cui il richiedente auto certifica di non avere già presentato analoga domanda in sede amministrativa, né eventuale ricorso in sede giudiziaria.

Il sistema di sicurezza sociale in Italia prevede la protezione dei cittadini affetti da minorazioni fisiche o mentali, individuando diverse tipologie, a seconda della causa che ha determi-

nato l'invalidità: invalidi di guerra, invalidi per servizio, invalidi per lavoro. Gli invalidi civili sono coloro che presentano condizioni fisiche che non dipendono da alcuna delle cause sopra indicate. La loro tutela, come recita la Costituzione, risponde esclusivamente alla necessità di garantire ai cittadini inabili al lavoro e sprovvisti dei mezzi per vivere, il diritto al mantenimento e all'assistenza sociale.

I benefici che si possono ottenere dipendono dalla percentuale definita dall'accertamento sanitario:

- **il 33,33%** è la soglia minima di invalidità, essa dà diritto ad ottenere **protesi e ausili ortopedici**,
- **dal 46% in poi** si ha la possibilità all'iscrizione nelle liste speciali dei Centri per l'impiego per **l'assunzione agevolata** al lavoro.

Per avere, invece, diritto alle prestazioni economiche la legge prevede che la percentuale di invalidità sia più alta:

- **con almeno il 74%** è riconosciuta la qualifica di **invalido parziale** e si ha diritto al pagamento di un assegno mensile (in presenza di determinati requisiti di reddito);

- **con il 100%** è riconosciuta la qualifica di **invalido totale** e si ha diritto al pagamento della pensione di inabilità.

Inoltre, se il richiedente non è autosufficiente o non riesce a spostarsi autonomamente senza l'aiuto di un'altra persona, si ha diritto all'indennità di accompagnamento.

Altra condizione giuridica rispetto alla invalidità è l'inabilità. La pensione di inabilità è erogabile all'iscritto Inpdap che, in possesso dei limiti minimi previsti dalla legge, sia cessato dal servizio perché divenuto inabile al lavoro. Sono rappresentate dalla **inabilità assoluta e permanente a qualsiasi proficuo lavoro** e dalla **inabilità assoluta e permanente alle mansioni svolte**. Il dipendente consegue, indipendentemente dall'età anagrafica posseduta, il diritto al trattamento di pensione se in possesso di almeno 14 anni, 11 mesi e 16 giorni di servizio utile, per la inabilità assoluta e permanente a qualsiasi proficuo lavoro e di 19 anni, 11 mesi e 16 giorni, di servizio utile, per la inabilità assoluta e permanente alle mansioni svolte. Dal 1996, nei confronti



di chi cessa dal servizio per una condizione che produca la **inabilità assoluta e permanente a qualsiasi attività lavorativa**, è stata prevista l'erogazione di un trattamento di pensione calcolato sulla base dell'anzianità contributiva maturata al momento della cessazione, aumentata di un ulteriore periodo compreso tra l'età anagrafica della cessazione ed il compimento dell'età per il pensionamento di vecchiaia. Condizione per questo procedimento è che il motivo che lo determina non sia stato riconosciuto dipendente da causa di servizio. In ogni caso l'importo del trattamento di pensione non potrà superare l'80 % della base pensionabile né l'anzianità di servizio da prendere a riferimento potrà superare il limite dei 40 anni previsto dalla legge. •

C. Test

Il sistema di sicurezza sociale in Italia prevede la protezione dei cittadini affetti da minorazioni fisiche o mentali



Eugenio Bonioli è specialista in Clinica Pediatrica, Genetica Medica e Puericultura. È professore di Pediatria alla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Genova; direttore del Corso integrato di pediatria generale e specialistica e coordinatore della didattica del II semestre del V anno del Corso di laurea in Medicina e Chirurgia. E' presidente della Commissione Paritetica per la Didattica e il Diritto allo Studio della Facoltà di Medicina e Chirurgia. È responsabile del Laboratorio di Genetica Clinica e Neurofibromatosi del Dipartimento di Scienze Pediatriche "G. de Toni" all'Università di Genova. È coordinatore del Comitato Scientifico dell'Associazione nazionale Neurofibromatosi e coordinatore del Gruppo Italiano di Studio sulle Neurofibromatosi

Neurofibromatosi, al via un gruppo di studio

di Carlo Ciocci

Mi parla del suo nuovo Gruppo di studio sulla Neurofibromatosi?

Ho da tempo "riattivato" un Gruppo di studio che riunisce tutti i Centri clinici italiani che si occupano di Neurofibromatosi. Si tratta di un gruppo che era stato già fondato a cavallo tra gli anni 80-90 dal professor Paolo Balestrazzi di Parma.

Attualmente lavoriamo per rivedere i protocolli assistenziali, per comprendere meglio i livelli di assistenza a livello delle varie realtà regionali e per costruire delle Linee guida assistenziali. Per raggiungere questi obiettivi organizziamo degli incontri telematici ed una volta l'anno una riunione scientifico-operativa. Il Gruppo rap-

presenta una realtà importante per almeno due motivi: il primo è che cerchiamo di dare una certa uniformità di assistenza sulla Neurofibromatosi su tutto il territorio italiano; il secondo è che cerchiamo di impedire le cosiddette trasmissioni per causa di salute, vale a dire aiutare i pazienti a trovare un centro di riferimento vicino la propria zona e non doversi spostare da una regione all'altra per un problema, diciamo così, ordinario. Il viaggio in un'altra regione ha infatti senso solo per quei casi in cui c'è effettivamente bisogno di una particolare esperienza e gestione di eccellenza su alcune specifiche complicanze della malattia.

Neurofibromatosi: di che cosa si tratta?

La Neurofibromatosi di tipo 1 è una malattia rara, ma tra le malattie rare è abbastanza frequente: l'incidenza è di circa 1 su 3000 nati all'anno. Si tratta di una patologia genetica legata ad un'alterazione del gene NF1, localizzato sul cromosoma 17, e l'alterazione di questo gene predispone ad avere una serie di problemi.

Questo gene fa parte della famiglia degli oncogeni, dal momento che controlla anche la replicazione cellulare; la sua alterazione determina la replicazione di un certo tipo di cellule, che sono le cellule della guaina dei nervi periferici, con formazione di noduli (neurofibromi) e tumori benigni i quali possono certamente dare dei problemi e delle complicazioni.

Come si diagnostica la Neurofibromatosi?

Questa condizione è diagnosticabile in modo abbastanza diretto perché è completamente "penetrante" dal punto di vista clinico. Questo significa che tutte le persone che hanno questa alterazione genetica hanno dei segni clinici facilmente rinvenibili: si tratta delle macchie caffè-latte, dei neurofibromi, di alterazioni a livello dell'iride che l'oculista può facilmente osservare. L'unico problema è che questa completa penetranza, quindi questa facilità di diagnosi, è condizionata dal fatto che i segni possono comparire un po' tardi durante il corso della vita. Intendo dire che un bambino piccolo può avere solo le macchie caffè-latte e nessun altro segno e quindi la diagnosi resta solo potenziale. Ed è proprio qui che sicuramente viene in ausilio l'esame del gene, esame lungo e costoso. A Genova al Gaslini, ma anche in altri Centri italiani, facciamo questo tipo di esame a tutte le persone che hanno la diagnosi di Neurofibromatosi.

Le complicanze?

A volte non si tratta solo di macchie caffè-latte, di poche efelidi sotto le ascelle, di qualche neurofibroma sulla pelle o di un'alterazione a livello dell'iride. Le complicanze infatti ci sono: la prima, la più importante in quanto spesso misconosciuta, è che quasi la metà dei bambini che

hanno questa alterazione genetica presentano difficoltà nell'apprendimento. Diciamo con chiarezza una cosa: la Neurofibromatosi non comporta ritardo mentale, ma appunto problemi dell'apprendimento che possono essere nell'ambito della dislessia e della disgrafia. Soprattutto è interessante rilevare che questi bambini hanno ridotta la capacità di coordinare il movimento degli arti e della vista, il che comporta anche qualche difficoltà nella raffigurazione geometrica. Tutti questi sono problemi che si possono superare con adeguati trattamenti e la diagnosi precoce rimane molto importante per creare le condizioni giuste per superarli. Altro problema che è stato osservato è che i bambini affetti da Neurofibromatosi sono talvolta particolarmente irrequieti: si tratta dei disturbi ADHD, che tradotto dall'inglese è l'acronimo di "difetto di attenzione e disturbo con iperattività". Si tratta – tenendo ben presente che non tutti i piccoli pazienti affetti da Neurofibromatosi hanno tale complicanza – di bambini che non stanno mai fermi in classe, che si fanno continuamente sgridare, che non riescono a concentrarsi, che saltano sulla seggiola o che si distraggono continuamente guardando fuori dalla finestra. Ebbene, in una piccola parte di bambini che si comportano in questo modo la causa è la Neurofibromatosi.



Altre complicanze?

Altre complicanze sono legate al fatto che un tumore anche benigno che si sviluppa in determinate aree del corpo può causare danni importanti. Ed allora parliamo del glioma del nervo ottico che ha la caratteristica di essere molto benigno (astrocitoma pilocitico di primo grado), cresce lentamente, addirittura in alcuni casi regredisce spontaneamente: si tratta però di una crescita che avviene all'interno di una struttura ossea e purtroppo nella sua fase della crescita può comportare

grave danno al nervo ottico. L'incidenza di questa complicanza non è molto alta, e tipicamente si verifica intorno ai 4-5 anni. Il primo segno clinico consiste nella diminuzione della visione periferica e questo comporta difficoltà nella diagnosi, dal momento che non è facile la valutazione oculistica in questa fascia di età.

Ci sono complicanze anche a livello ortopedico?

Purtroppo sì e sono essenzialmente due: la presenza di scoliosi gravi tali da richiedere un intervento chi-

rurgico correttivo; o l'alterazione a livello delle ossa lunghe in particolare della tibia. Quest'ultima complicanza si evidenzia già alla nascita: il bambino nasce con la tibia un poco ricurva e alterata che si presenta particolarmente fragile. Con il rischio che anche un leggero trauma o il carico sulla tibia può comportare una frattura che, purtroppo, non guarisce più, con la prospettiva di interventi, tra cui il trapianto osseo, ed iniziative che richiedono veri e propri calvari terapeutici.

La malattia può dunque assumere tratti drammatici...

Non tutti i pazienti affetti da Neurofibroma incorrono nelle complicanze più gravi. Spesso la malattia ha un'evoluzione che non comporta particolari conseguenze.

La Neurofibromatosi è stata però anche associata a quadri di "mostruosità"!

È vero. Questa malattia può portare a tale conseguenza perché i neurofibromi possono crescere in maniera inaspettata e continua: in questi casi si possono creare delle alterazioni estetiche importanti. Alcuni pazienti possono presentare centinaia di neurofibromi su tutto il corpo oppure un singolo neurofibroma plessiforme può assumere crescita ed estensione anche importanti. Con conseguenze gravi nell'ambito della normale vita di relazione. •



Flavia Longo, specialista in Medicina interna ed Oncologia, è un aiuto oncologo (Dirigente di I° livello) presso il Policlinico Umberto I, nella Unità Operativa Complessa diretta dal professor Luigi Frati. Svolge l'insegnamento di Oncologia Clinica al IV anno della II Scuola di Specializzazione in Oncologia dell'Università "La Sapienza" di Roma

Emesi indotta da chemioterapia

Tra gli effetti secondari più temuti della terapia antitumorale, se non trattata ha un significativo impatto sia sulla condizione fisica sia sulla qualità di vita del paziente

di Claudia Furlanetto

Professoressa Longo, qual è la classificazione della nausea e vomito indotti dalla chemioterapia (CINV) e quale il meccanismo fisiopatologico?

Esistono tre tipi di nausea e vomito indotti da chemioterapia:

- **anticipatorio:** quando ci si sente male al solo pensiero, ancor prima di sottoporsi a un trattamento di chemioterapia;
- **acuto:** i sintomi compaiono entro 24 ore dal trattamento;
- **ritardato:** i sintomi compaiono da due a cinque giorni dopo il trattamento.

Il meccanismo fisiopatologico del vomito indotto da chemioterapia è assai complesso e solo in parte compreso. È riconosciuta una componente indiretta o periferica, per attivazione del nervo vago a seguito del danno sulle cellule entero-

cromaffini del tratto gastroenterico indotto dalla chemioterapia. La serotonina rilasciata dalle cellule enterocromaffini si lega al recettore 5-HT₃ che si trova non solo nell'intestino, ma anche nei neuroni vagali afferenti, nel nucleo del tratto solitario e nell'area postrema. L'altra componente della CINV è di tipo diretto o centrale, tramite attivazione della trigger zone (CTZ) situata nel centro del vomito.

Il meccanismo centrale sembra legato all'attivazione, da parte della chemioterapia, di recettori per la serotonina, la sostanza P, la dopamina, l'istamina ed altri neurotrasmettitori endogeni presenti nella CTZ. Quest'ultima è situata a livello dell'area postrema ed è accessibile sia dal sangue che dal fluido cerebrospinale in quanto è al di là della barriera ematoencefalica. Le risposte agli stimoli emetici pregressi, che si sviluppano a livello della

corteccia cerebrale, sembrano invece responsabili dell'emetica anticipatoria.⁽¹⁾

Quali sono i fattori di rischio?

Sono principalmente legati ai farmaci utilizzati che, a seconda del potere emetizzante sono classificati in:

- **alto rischio:** si manifesta in oltre il 90 per cento dei pazienti trattati;
- **moderato rischio:** dal 30 al 90 per cento dei pazienti;
- **basso rischio:** dal 10 al 30 per cento dei pazienti;
- **minimo rischio:** meno del 10 per cento dei pazienti.

Esiste anche un rischio individuale di sviluppare nausea o vomito, indipendente dal tipo di chemioterapia ricevuta. Le donne, gli astemi, i soggetti con meno di 50 anni, le pazienti che hanno vomitato in corso di gravidanza e chi soffre di mal d'auto o mal di mare sono più a rischio di sviluppare CINV. Anche la

paura della chemioterapia può contribuire all'insorgere della nausea.

La CINV aumenta con il numero di sedute di chemioterapia?

Aver sperimentato la nausea ed il vomito dopo il primo ciclo di chemioterapia mette più a rischio di svilupparla anche nei cicli successivi. Perciò bisogna seguire le indicazioni sulla terapia antiemetica evitando, come spesso succede, di non assumere i farmaci prescritti nel caso in cui non sia stato avvertito nessun sintomo. Questa situazione, infatti, potrebbe modificarsi con il trascorrere dei cicli, ed il controllo dei sintomi potrebbe diventare più difficile.

La CINV ha un peso sulla compliance al trattamento chemioterapico?

Fino a qualche decina di anni fa, l'elevata frequenza e la severità della nausea e del vomito producevano importanti effetti debilitanti su pazienti che, in molti casi già in condizioni scadenti, dimostravano una scarsa tolleranza alla chemioterapia. La scoperta di nuovi farmaci antiemetici ha modificato questo quadro, determinando attualmente un controllo del vomito nella stragrande maggioranza dei pazienti sottoposti a chemioterapia, con in molti casi addirittura una completa assenza di sintomi. Il potenziale emetogeno della chemioterapia varia a seconda dei farmaci, delle dosi a cui vengono usati e delle eventuali combinazioni fra loro. Più i farmaci han-

(1) Grunberg SM, Hesketh PJ. Control of chemotherapy-induced emesis. *N Engl J Med* 1993;329:1790-1796

no il potere di indurre il vomito, più la protezione deve essere completa e mirata a coprire non solo le prime 24 ore, ma anche i giorni successivi al trattamento.

Quali sono le conseguenze in ambito metabolico?

Un'efficace protezione contro la nausea e il vomito deve far sì che gli svantaggi della chemioterapia sulla qualità di vita dei pazienti vengano ridotti al meno possibile. La CINV, se non adeguatamente curata, può indurre infatti anoressia e disidratazione, con conseguente calo delle riserve di sostanze nutritive e di sali minerali. Il trattamento adeguato della CINV serve perciò ad impedire il decadimento fisico dei pazienti e l'insorgere di complicanze che possano impedire una regolare accettazione della chemioterapia.

Le linee guida internazionali sono concordi nel delineare i percorsi terapeutici?

Le linee guida internazionali sono concordi nel fornire le indicazioni sui farmaci da utilizzare per la prevenzione ed il trattamento della CINV, tenendo conto del diverso potenziale emetogeno della chemioterapia. Le più autorevoli sono quelle disegnate dal MASCC, gruppo multidisciplinare che si occupa della gestione *evidence-based* degli effetti collaterali dei trattamenti oncologici (*n.d.r.* nelle tabelle sono riassunti gli antiemetici consigliati, in base al tipo di chemioterapia impiegata, nella profilassi della CINV acuta e ritardata).

In presenza di schemi di che-

mioterapia a moderato oppure alto potere emetogeno, che rappresentano ormai la maggioranza dei casi, la combinazione a tre farmaci (desametasone, aprepitant ed un 5-HT3 antagonista) rappresenta la strategia che conferisce il miglior controllo. L'uso dei tre farmaci nelle terapie moderatamente emetogene rappresenta la modifica più recentemente effettuata all'interno delle linee guida. In precedenza, infatti, questi schemi venivano accompagnati da una profilassi antiemetica a due farmaci (desametasone + 5-HT3 antagonista), con una copertura che però risultava insufficiente. Dopo la pubblicazione dei risultati di

alcuni studi clinici, l'aggiunta di aprepitant è stata autorizzata anche nelle terapie moderatamente emetizzanti, aumentando in maniera notevole la percentuale dei soggetti senza nausea né vomito. In caso di chemioterapia scarsamente emetogena, un controllo ottimale della CINV è possibile utilizzando il solo desametasone.

Novità in campo farmaceutico?

Recentemente (ASCO 2010) sono stati presentati interessanti risultati con fosaprepitant, nuovo NK-1 antagonista somministrato in unica dose endovenosa prima di una chemioterapia altamente emetizzante. In as-

sociazione con desametasone ed un 5-HT3 antagonista, fosaprepitant si è dimostrato non inferiore rispetto ad aprepitant somministrato in 3 giorni per via orale. Ormai da qualche anno, negli Stati Uniti, è presente in commercio il nabilone, cannabinioide per via orale che ha ottenuto l'approvazione nei casi di CINV refrattaria agli antiemetici convenzionali. Nabilone attiva i recettori CB1 presenti nel centro del vomito, riducendo lo sviluppo di segnali favorevoli alla CINV.

Il problema della CINV è secondo lei sottostimato dagli oncologi?

In una indagine condotta sia in Europa che in America sulla percezione della nausea e del vomito da parte del malato e dei medici oncologi, nel 70 per cento dei casi è stata rilevata una buona concordanza tra l'esperienza dei malati e la previsione da parte dei medici curanti. Questa concordanza è risultata più marcata per i sintomi in fase precoce, mentre l'interesse del medico sembra diminuire per i sintomi che si manifestano dopo le prime 24 ore dalla chemioterapia. Anche in una popolazione completamente diversa, sia socialmente che culturalmente, come quella asiatica, il problema è stato evidenziato in termini del tutto simili. Da ogni parte si riscontra lo stesso "errore": il medico ha come obiettivo primario quello di prescrivere la migliore chemioterapia, spesso infondendo uno sforzo minore per la terapia di supporto. •

Linee guida MASCC: profilassi della CINV acuta

Gruppo di rischio emetogeno	Antiemetici
Alto	5-HT3 + DEX + APR
Antraciline + Ciclofosfamide (AC)	5-HT3 + DEX + APR
Moderato (diverso da AC)	PALO + DEX
Basso	DEX
Minimo	Nessuna profilassi di routine
5-HT3 = ANTAGONISTA DEI RECEPTORI DELLA SEROTONINA DEX = DESAMETASONE APR = APREPITANT PALO = PALONOSETRON	

Linee guida MASCC: profilassi della CINV ritardata

Gruppo di rischio emetogeno	Antiemetici
Alto	DEX + APR
Antraciline + Ciclofosfamide (AC)	APR
Moderato (diverso da AC)	DEX
Basso	Nessuna profilassi di routine
Minimo	Nessuna profilassi di routine
DEX = DESAMETASONE APR = APREPITANT	



Il prof. Carlo Patrono, Professore ordinario e Direttore dell'Istituto di farmacologia dell'Università Cattolica di Roma. Si è formato come *postdoctoral fellow* a New York collaborando con Solomon Berson e il Premio Nobel Rosalyn Yalow e il suo principale interesse di ricerca è lo studio dell'attivazione piastrinica e l'inibizione dell'aterotrombosi. La sua ricerca ha caratterizzato la farmacologia umana dell'aspirina come inibitore dell'attività della cicloossigenasi piastrinica e ha fornito le basi per lo sviluppo di basse dosi di aspirina come agente antitrombotico. È presidente della Task Force on Antiplatelet Agents of the European Society of Cardiology e fa parte dell'Editorial Board di riviste quali *Circulation*, *Arteriosclerosis*, *Thrombosis and Vascular Biology*. È stato eletto membro in prestigiose società quali The Association of American Physicians, The

Royal College of Physicians, The Academia Europaea e l'Accademia dei Lincei. Il Prof. Patrono ha pubblicato oltre 180 articoli di ricerca e 100 capitoli di libri

Aspirina, in fatto di cuore

di Andrea Sermonti

È da più di 20 anni che l'aspirina è lo standard terapeutico nella terapia antiaggregante piastrinica...

Assolutamente sì! Ci sono stati numerosi tentativi di sostituire l'aspirina con nuovi antiaggreganti piastrinici – vedi il clopidogrel – tuttavia nessuno degli studi che ha confrontato tali antiaggreganti piastrinici ha dimostrato in maniera convincente una superiorità rispetto all'aspirina. L'aspirina rimane quindi il cardine della terapia antiplastrinica per varie indicazioni nella patologia cardiovascolare, e quello che si è fatto successivamente è stato principalmente di aggiungere all'aspirina altri antiaggreganti piastrinici – vedi il clopidogrel – oppure quelli più nuovi come il prasugrel, dando

però per scontato che l'aspirina sia il trattamento di base per lo meno per tutti i pazienti ad alto rischio cardiovascolare.

Quali sono le prospettive concrete, a breve termine, per un utilizzo sempre più mirato dell'aspirina?

Gli studi in corso sull'utilizzo dell'aspirina in campo cardiovascolare guardano sostanzialmente a quelle che potremmo chiamare le "aree di incertezza", quelle dove il rapporto costo-beneficio è ancora incerto o dove più semplicemente non abbiamo informazioni adeguate. E in questo campo gli studi che si stanno conducendo in questo momento riguardano principalmente i diabetici senza un precedente evento cardiovascolare, perché le informazioni di cui attualmente disponiamo nel campo della prevenzione primaria dei diabetici sono

insufficienti se non addirittura mancanti. E questo nonostante molte società scientifiche anche prestigiose come quelle Americane di Cardiologia e di Diabetologia abbiano tra le proprie raccomandazioni l'uso dell'aspirina in qualunque tipo di paziente diabetico, estrapolando al diabetico i benefici dell'aspirina, osservate in altre situazioni ad alto rischio. Ma se ci chiediamo quali siano le evidenze dirette che l'aspirina sia efficace e sicura nel paziente diabetico, dobbiamo ammettere che... mancano! Due grossi studi, l'ASCEND (*Study of Cardiovascular Events in Diabetes*), condotto in Inghilterra e l'ACCEPT-D (*Aspirin and Simvastatin Combination for Cardiovascular Events Prevention Trial in Diabetes*, in corso in Italia che stanno valutando

in maniera randomizzata e versus placebo l'efficacia dell'aspirina a basse dosi in questa situazione clinica specifica. L'altra indicazione per l'aspirina attualmente al vaglio di un grosso studio australiano e nord americano riguarda i pazienti anziani – nella moderna accezione per 'anziano' si intende il paziente ultra 75enne – in passato sistematicamente esclusi dalle analisi o, al massimo, reclutati in maniera minimale. Siccome il rischio cardiovascolare e quello delle complicanze emorragiche aumenta con l'età, è tutto da definire quale sia il reale rapporto rischio-beneficio dell'aspirina in questa fascia d'età.

Quanti pazienti bisogna trattare per evitare un evento cardiovascolare con l'aspirina, e ogni quanti pazienti trattati si verificano eventi indesiderati?

Chiaramente se confrontiamo le situazioni ad alto rischio – come può essere l'infarto del miocardio – con quelle a più basso rischio – che può essere la cosiddetta prevenzione primaria – abbiamo numeri completamente diversi. Nei pazienti del primo gruppo il numero di quelli che bisogna trattare per evitare un evento vascolare maggiore è 25, mentre il numero di trattamenti da effettuare per osservare una complicanza emorragica è vicino a mille. Se invece ci spostiamo su soggetti a basso rischio (quelli della prevenzione cardiovascolare) il numero di soggetti da

trattare per prevenire un evento è circa 500. Più o meno uguale a quelli nei quali si registra una complicità emorragica.

Sono quindi confrontabili?

È vero che una complicanza emorragica del tratto gastrointestinale non è direttamente confrontabile e paragonabile ad un infarto del miocardio, però stiamo parlando di prevenzione di un infarto non fatale verso il verificarsi di un evento emorragico che comunque non è del tutto innocuo, perché

anche chi viene ricoverato in ospedale per un'emorragia gastrointestinale ha comunque un 5 per cento di possibilità di decesso associato a questa complicanza. **Ma l'aspirina è un farmaco 'magico', che potrebbe avere anche effetti sui tumori, oltre che sul cuore...**

Questo è un elemento nuovo che, in prospettiva, dovremo tener presente: se le autorità regolatorie riconosceranno la validità dei nuovi dati che sembrano suggerire un effetto di protezione

dell'aspirina da alcune forme di tumore, ne andrà rivalutato il rapporto beneficio-rischio nella prevenzione primaria: dovremo infatti tener conto anche dei benefici a lungo termine, anche dopo la sospensione del trattamento, nel prevenire alcuni tumori solidi, in particolare quelli del tratto gastrointestinale ma anche – secondo l'analisi pubblicata da Peter Rothwell – dell'adenocarcinoma polmonare.

E di che "numeri" stiamo parlando?

Per quanto riguarda l'incidenza di circa un terzo, e per quanto attiene alla mortalità di circa un quinto.

L'aspirina, tuttavia, non funziona in modo uguale su tutti i soggetti: i numeri che ci ha detto potrebbero non essere uguali, per esempio, per le donne o per i diabetici

Per quanto riguarda le donne, forse si tratta di un falso problema; più verosimile il fatto che finora non sono state studiate adeguatamente; l'unico grande studio effettuato per 10 anni su 40mila infermiere americane infatti evidenziava un tasso di eventi cardiovascolari nell'ordine dello 0,3 per cento annuo, un terzo di quello degli uomini studiati nello stesso periodo; in pratica si trattava di donne 'sane' e su queste non è facile vedere i benefici dell'aspirina in prevenzione primaria. E anche negli studi in cui c'erano sia uomini che donne queste ultime erano relativamente poche. In più, da un punto di vista biologico

non si dispone di elementi che suggeriscano una diversa risposta all'aspirina delle piastrine femminili, rispetto a quelle maschili.

E nel diabete?

E' possibile che ci sia una frazione della popolazione diabetica in cui sia presente un accelerato *turn over* piastrinico e nella quale la durata dell'effetto dell'aspirina potrebbe essere più limitato rispetto ai soggetti non diabetici.

E a livello di ricadute cliniche questo che comporterebbe?

Che l'effetto dell'aspirina data a tutti nel medesimo dosaggio e intervallo posologico potrebbe essere diluito da un minore effetto in una parte della popolazione diabetica.

Dosaggio più alto o somministrazione più frequente?

Sicuramente la seconda ipotesi, perché un dosaggio più alto non risolverebbe il problema, avendo il farmaco una brevissima emivita.

E come possono essere identificati i soggetti deputati a questo diverso schema posologico?

Un metodo semplice è sicuramente quello della misurazione del trombossano nel siero, esame alla portata di molti laboratori per lo meno delle maggiori cliniche universitarie, per monitorare accuratamente il grado e la durata d'inibizione nell'arco delle 24 ore. Certo si tratta di un'esame un poco indaginoso per il paziente, perché sono necessari prelievi ripetuti nell'arco del giorno. •

Un farmaco che dopo decenni ha ancora molte cose da dire

Ma abbiamo veramente capito tutto dell'aspirina? Non ha più segreti dopo i suoi primi cento anni? "Ci sono due aspetti molto interessanti in questa 'storia' – sottolinea il professor **Carlo Patrono** – uno è quello che sin dalla fine del secolo scorso abbiamo acquisito un vero e proprio 'farmaco salvavita' nel nostro armamentario terapeutico, perché riduce la mortalità nell'infarto del miocardio. Ma c'è anche un altro aspetto: l'aspirina è diventata uno strumento per capire la fisiopatologia. Ad esempio, nel discorso 'aspirina e cancro', gli studi randomizzati sull'adenoma sporadico del cancro colo-rettale analisi e gli effetti dell'aspirina nei trial di prevenzione primaria e secondaria suggeriscono indirettamente un possibile ruolo delle piastrine nelle fasi precoci della trasformazione di un epitelio intestinale normale in una lesione adenomatosa.

Con quale meccanismo d'azione?

Quello che abbiamo ipotizzato è che ci siano frequentemente delle piccole lesioni della mucosa intestinale, e che queste richiama le piastrine per la loro riparazione e che nel contatto fra piastrine e cellule stromali ed epiteliali ci possa essere il rilascio, da parte delle piastrine, di citochine infiammatorie che danno un segnale alle cellule intorno per il rilascio della Cox 2, l'enzima principalmente coinvolto nell'apoptosi e nella proliferazione cellulare.

E la dose ottimale per la chemio-prevenzione sembra essere comunque la stessa utilizzata in prevenzione cardiovascolare..

Apparentemente il beneficio che si è visto sia negli studi di chemio-prevenzione dell'adenoma sporadico colo-rettale che in quello di Peter Rothwell di *follow up* a lungo termine dei trial di prevenzione cardiovascolare dimostrano un effetto a basse dosi (75-100 mg) e una vera e propria 'saturazione' di questo effetto. E alla luce di questi dati si sta cercando di implementare uno studio certificato con obiettivo primario 'cancro' per acquisire informazioni non solo durante il trial ma anche dopo la sospensione del trattamento.



Francesco Losurdo



Malek Mediati



Jean François d'Ivernois



Donatella Alesso

di Francesco Losurdo (*)
Malek Mediati ()**
Jean François d'Ivernois (*)**
Donatella Alesso (**)**

Ormai lo sostengono tutti, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'Unione Europea, i sistemi sanitari di tutte le nazioni, gli operatori dei servizi e le associazioni dei malati e dei cittadini: il

Metis e Sifop insieme per i malati cronici

La necessità per i medici di formarsi all'integrazione delle attività, alla gestione condivisa delle varie malattie croniche e alla comunicazione attiva con il malato, ha spinto le due Società scientifiche a programmare una serie di corsi congiunti tra medici di famiglia e specialisti per l'educazione terapeutica dei malati cronici

problema dei problemi in ambito sociosanitario è affrontare in modo costruttivo e sostenibile il carico delle malattie croniche e delle loro conseguenze.

L'impatto di una malattia sulla salute è espresso generalmente in Daly (Disability Adjusted Life Year), cioè anno di vita sana perduto: circa il 50% dei Daly nel mondo è causato da disturbi cronici.

Ne consegue che il carico economico per i servizi sanitari diviene notevole: in Europa oggi il 77% dell'onere delle spese sanitarie è imputabile alle malattie croniche ed è un carico destinato a crescere al punto da minare la sostenibilità dei vari sistemi se non verranno attuati interventi efficaci.

E quale è la situazione in Italia? Un rapporto dell'Ocse afferma che l'organizzazione del Ssn italiano è più adatta ad affrontare malattie acute che patologie croniche, cioè adotta un modello di assistenza reattiva, non programmata, episodica e frammentaria. Non a caso le associazioni di pazienti cronici se-

gnalano prevalentemente (59,4%) il problema di procedure complicate per accedere alla terapia, ai benefici ed ai presidi, richiedendo il rispetto dei loro diritti di: accesso alle cure, rispetto del tempo, accesso alle informazioni e qualità dei modelli di cura (Rapporto sulla cronicità - Cittadinanza Attiva - 2007).

Occorre insomma un sistema più strutturato per i pazienti con disturbi cronici, basato sulla riduzione del rischio e sulla prevenzione di ricadute, aggravamenti e disabilità, adatto a malattie che non guariscono e che devono essere seguite nell'ambiente e nel tessuto sociale prossimo al paziente.

Si deve inoltre considerare che l'equilibrio tra i problemi di salute acuti e cronici pone nuove richieste al personale sanitario, le cui abilità e competenze devono essere ampliate per sostenere un modello di assistenza integrato, orientato sul paziente, che privilegi e monitori qualità, sicurezza e accessibilità.

La malattia cronica intro-

duce nella vita del paziente elementi di "fragilità", anche sociale, che spesso investe pure la famiglia: la persona malata necessita di un approccio nel tempo e nella realtà in cui vive, con un accesso unico ed un percorso personalizzato, condiviso e non frammentato di gestione della sua malattia.

A fronte di patologie complesse, con patogenesi multifattoriali, il mezzo più efficace per migliorare l'approccio è la costituzione di un sistema multidisciplinare di assistenza, vera rete di sostegno all'auto-gestione da parte dei pazienti.

I team multidisciplinari, concentrati sull'assistenza sanitaria di base, possono rappresentare uno strumento efficace per conseguire questo obiettivo in tutti gli ambienti e migliorare le prestazioni sanitarie.

Occorrono investimenti in cultura, organizzazione, sostegno istituzionale nei confronti della medicina del territorio e dell'integrazione tra i vari servizi, per promuovere nella ma-



lattia cronica un approccio sistematico centrato sul paziente, che possa ridurre significativamente i ricoveri di emergenza.

Nell'ambito di un'assistenza personalizzata per i malati cronici la medicina territoriale può proporsi come punto nodale della rete di assistenza e cura, dove il continuativo rapporto con l'assistito favorisce l'attività di tutela e di educazione, che migliorano anche le capacità di gestione responsabile della malattia da parte del paziente.

Proposte

La necessità per gli operatori, e in particolar modo per i medici, è di formarsi all'integrazione delle attività, alla gestione condivisa delle varie malattie croniche e alla comunicazio-

ne attiva con il malato.

È questa l'ottica in cui la Metis (Società Scientifica dei Medici di Medicina Generale) e la Sifop (Società Italiana di formazione permanente per la Medicina Specialistica), in collaborazione tra loro, hanno programmato una serie di corsi congiunti tra medici di famiglia e specialisti, per l'Educazione Terapeutica dei malati cronici.

Questi corsi saranno realizzati in maniera continuativa, coinvolgendo tutti coloro che lavorano sul territorio nelle diverse regioni italiane.

Il mancato dialogo tra i medici delle cure primarie determina un senso di sfiducia nei riguardi della completezza dell'assistenza territoriale nei pazienti, in particolare per chi ha una patologia cronica.

L'Educazione Terapeutica, invece, favorisce le relazioni tra i medici e le persone affette da malattia cronica ed i loro familiari. I medici di famiglia ed i medici specialisti del territorio seguiranno un programma formativo atto a sviluppare specifiche competenze. Impareranno a non dare semplicemente informazioni, ma ad utilizzare metodiche che consentano la partecipazione attiva del paziente, servendosi dei suoi errori come stimolo per l'apprendimento. Inoltre riusciranno ad evidenziare, collaborando, le cause del comportamento errato o della scelta errata e l'eventuale carenza di conoscenze nelle persone visitate.

I pazienti dovranno abbandonare una posizione di passività ed imparare a decidere da soli assumendosi in maniera consapevole parte di quelle iniziative da sempre assunte solo dai curanti. Nelle malattie croniche non si può evitare la negoziazione dei comportamenti quotidiani da modificare, pur considerando che i cambiamenti non avverranno in tempi brevi né tanto meno saranno acquisiti in maniera definitiva.

Come definito dalla Scuola di Educazione Terapeutica della Sifop, diretta dal Prof. Jean- François d'Ivernois, l'approccio sistemico all'Educazione Terapeutica è articolato in quattro momenti:

1) identificazione dei bisogni educativi del pazien-

te (diagnosi educativa);
2) contratto educativo elaborato con il paziente esaminando una lista di obiettivi educativi da raggiungere al termine della formazione;
3) pianificazione del programma educativo da concordare tra paziente, medico di famiglia e specialista territoriale;
4) attuazione del programma e, passaggio più importante, valutazione dell'attività educativa svolta con degli indicatori specifici.

La Metis e la Sifop, con questo progetto, intendono formare i propri iscritti a lavorare insieme per meglio identificare i bisogni educativi del paziente e dei suoi familiari ed a rilevare le sue carenze cognitive e le sue rappresentazioni, lo stadio di accettazione della malattia in cui si trova, la situazione sociale e culturale, le abilità gestuali e le eventuali carenze educative sia cognitive che pratiche o relazionali, consentendo così lo sviluppo di una assistenza territoriale che garantisca la copertura di tutte le necessità dei malati cronici nelle cure primarie.

(*) *Presidente Nazionale Sifop*

(**) *Presidente Nazionale Metis*

(***) *Direttore Scuola Sifop in Educazione*

Terapeutica del Paziente

(****) *Coordinatore Scientifico Nazionale Metis*

FederSpecializzandi-MIUR, una sinergia per la formazione

L'anno trascorso si è chiuso con un'importante novità nell'ambito della formazione specialistica: a partire dal 22 novembre 2010 e fino al 10 gennaio 2011, gli "specializzandi", nonché i direttori e i docenti delle Scuole di Specializzazione di area medica, hanno avuto la possibilità di valutare la qualità della formazione offerta dalle Scuole di afferenza, attraverso la compilazione di questionari somministrati, per la prima volta, dal Ministero dell'Università e della Ricerca scientifica e tecnologica (MIUR).

La valutazione dell'attività formativa, pratica che in altre realtà Europee è una consuetudine ben radicata, rappresenta, all'interno della formazione dei giovani medici, una conquista importante il cui raggiungimento è stato possibile grazie al costante quanto fattivo contributo della Confederazione Nazionale delle Associazioni dei Medici Specializzandi (FederSpecializzandi) all'interno degli organi istituzionali preposti a garantire la qualità della formazione, in primis l'Osservatorio Nazionale per la formazione medica specialistica.

Se fino al 2007 la principale problematica percepita dagli specialisti in for-

mazione era, infatti, la mancanza di un'equa retribuzione, l'adeguamento del contratto agli standard degli altri Paesi europei (seppur nella fascia di retribuzione inferiore) ha reso oggi la formazione dei giovani medici una delle maggiori criticità dell'intero sistema universitario e sanitario: strutture incapaci a garantire gli standard minimi previsti dal vigente ordinamento, assenza di percorsi formativi dettagliati e standardizzati su tutto il territorio nazionale, didattica professionalizzante che diventa supplenza dell'insufficiente organico presso gli ospedali universitari. Queste sono le principali carenze formative che molti medici hanno vissuto e tutt'ora vivono quotidianamente sulla loro pelle, senza aver avuto fino ad oggi la possibilità di segnalare situazioni di grave disagio.

Eppure già nel Decreto legislativo 368/1999, caposaldo dell'attuale formazione specialistica, si identificava nell'Osservatorio Nazionale l'organo deputato ad effettuare il monitoraggio dei risultati della qualità della formazione, definendone i criteri e le modalità per assicurare la stessa, in conformità alle indicazioni dell'Unione

Europea. Dalla promulgazione della legge e dalla costituzione del primo Osservatorio, sono trascorsi quasi 10 anni, nel corso dei quali i medici in formazione specialistica riuniti in FederSpecializzandi hanno autonomamente elaborato una prima versione dei questionari di valutazione, distribuita fra gli "specializzandi" tre anni fa e i cui risultati sono stati elaborati e pubblicizzati dalla stessa Confederazione, ed il cui scheletro è stato recentemente adottato dall'Osservatorio.

L'ultimo atto per arrivare a questo importante traguardo è stata l'emanazione da parte del MIUR del Decreto direttoriale del 29 luglio 2009 in cui vengono definite le modalità per l'attuazione del monitoraggio della qualità della formazione nelle Scuole di specializzazione mediche fra cui: 1) la valutazione periodica dei dati obiettivi predefiniti acquisiti per le singole Scuole di specializzazione tramite le Università di appartenenza, gli Osservatori Regionali e gli Organi Ministeriali e Regionali coinvolti nella formazione medica specialistica; 2) le indagini annuali sulle singole Scuole di specializzazione svolte tramite questionari di autovalutazione som-

ministrati ai direttori delle medesime ed ai singoli specializzandi; 3) la visita in loco (*site visit*) per le Scuole che presentano criticità, in base alle valutazioni di cui ai commi 1 e 2; 4) l'attivazione obbligatoria di test di avanzamento (*progress test*) nazionali, che consentano la rilevazione qualitativa della formazione progressivamente acquisita.

Con questi importanti presupposti, si apre un nuovo anno che auspichiamo sia segnato da passi concreti verso un miglioramento della formazione specialistica. L'Osservatorio Nazionale e il MIUR si sono impegnati a pubblicare i risultati delle indagini, comparando tra loro le Scuole della stessa tipologia e valutando anche la capacità formativa medico-specialistica di ogni singola Facoltà: FederSpecializzandi dichiara, sin da ora, il proprio impegno nel vigilare affinché l'esito della diffusione di questi importanti strumenti non si riduca ad una semplice fotografia di una situazione che già conosciamo, ma che siano la base di una valutazione seria che porti, attraverso la pubblicazione dei risultati, le ispezioni e le eventuali sanzioni, al miglioramento sostanziale della formazione del futuro specialista. •

Alessandro Bonsignore,
Cristiano Alicino,
la Presidenza
di FederSpecializzandi

Formazione di base e specialistica nella professione medica

di **Domenico Di Simone**

Ogni giorno la cronaca porta alla luce fatti di malasanità mentre al contrario non ci racconta di casi di eccellenza e di vittorie sulla malattia. Chi scrive è un testimone diretto per aver vissuto su se stesso un evento di malasanità ma per fortuna sfociato nella vittoria di un eccellente seppur giovanissima neurochirurgo. Non si può nascondere il fatto che una buona fetta di medici nella loro vita quotidiana, per le motivazioni che vanno dalla mancanza di un vero progetto nazionale dell'aggiornamento scientifico e professionale e da una forte carenza sia di fondi istituzionali per la ricerca che di personale, devono affrontare le situazioni con grandi difficoltà.

In questo contesto ritengo che si debba porre l'attenzione su temi fondamentali come la formazione e la ricerca nel campo della salute e il loro coordinamento a livello nazionale.

La laurea in medicina trasmette le basi per la professione medica e il perfezionamento specifico delle discipline mediche aumenta la competenza professionale per diventare medico specialista; ma per essere un vero professionista questo non basta.



La ricerca, le conoscenze e la pratica in campo sanitario evolvono così rapidamente che l'aggiornamento continuo, che deve riguardare la crescita culturale e professionale del medico e la condizione indispensabile per esercitare la professione di medico, dovrà essere ancorato come un obbligo professionale per garantire le attività inerenti ai servizi e alle prestazioni erogate.

A tale fine si deve ritenere sempre più necessaria una integrazione tra SSN e sistemi formativi per mettere insieme il bagaglio di conoscenze teoriche e pratiche presenti all'interno del sistema sanitario ed avviare un procedimento attraverso il quale l'aggiornamento rappresenti una tappa importante ed essenziale per incrementare il livello diffuso di conoscenze e ricerche raggiunto dagli

operatori sanitari sia del Servizio Sanitario che delle Facoltà di Medicina e dei Policlinici Universitari.

Dal decennio passato i corsi per il rilascio dei diplomi universitari ha comportato un impatto sul Servizio Sanitario nazionale apportando una profonda trasformazione introducendo figure professionali con formazione universitaria in grado di contribuire ad elevare il livello di efficienza e di qualità operativa. Il fenomeno merita di essere seguito con attenzione, stimolato ed assecondato.

A livello internazionale sono stati introdotti già da tempo programmi formativi di Educazione Continua in Medicina (ECM), configurati come un insieme organizzato di tutte quelle attività formative teorico-pratiche volte a mantenere elevata e al passo con i tempi la professionalità dei medi-

ci e di tutti gli operatori della sanità.

In questa ottica l'Italia si sta muovendo nel ritenere appunto la formazione e l'aggiornamento del personale sanitario, con il contributo appunto di tutte le istituzioni che vanno dalle Regioni alle Università, un obiettivo da perseguire con forte impegno, al fine di fare ulteriormente progredire il livello di preparazione, il coinvolgimento professionale e la propensione ad assumere responsabilità.

L'ECM è obbligatoria ed è estesa a tutte le professioni sanitarie ed è prevista una Commissione nazionale per la formazione continua.

Questa commissione, a parere del sottoscritto, comunque andrebbe rivista nella composizione in quanto le Università e le Facoltà di Medicina non sono rappresentate e andrebbe rivisto anche il sistema di accreditamento alla formazione anche alla luce delle diverse esperienze avute sul territorio.

Forse la mia affermazione potrà andare contro tendenza, ma in questo campo è sempre più necessario realizzare una forte collaborazione con l'Università da parte delle Regioni, degli istituti di ricovero nel sistema della ricerca sanitaria e nel processo formativo degli specializzandi, dei medici, dei professionisti sanitari e dei nuovi manager in una ottica anche comunitaria, quale positiva opportunità di impegno e di crescita professionale. •

Civili... al Celio

Per affrontare eventuali condizioni di emergenza e sovraffollamento del pronto soccorso nei maggiori ospedali romani, la Regione Lazio ha attivato una convenzione con il Policlinico militare. Il Generale Germani, direttore della struttura, ci descrive l'organizzazione, l'attività e i programmi di ottimizzazione delle risorse

di Ludovica Mariani

La difficile situazione della sanità nel nostro Paese è raccontata giornalmente dalle cronache e i casi di cosiddetta malasanità così numerosi da non fare quasi più notizia. Eppure in Italia non sono poche le strutture dove professionalità e tecnologie all'avanguardia si incontrano con ammodernamento delle strutture e attenzione alle esigenze del malato. Tra queste il Policlinico militare del Celio che, oltre a rappresentare un caso di eccellenza nazionale nell'ambito della cura delle patologie legate all'attività delle nostre truppe in Italia o in missione all'estero, da qualche anno offre supporto al Sistema sanitario regionale del Lazio attraverso varie convenzioni, la più recente del 5 febbraio 2010 con l'ospedale San Giovanni – Adolorata di Roma, oltre ad essere luogo di formazione per personale medico civile grazie ai recenti accordi con le università La Sapienza, Tor Vergata, S. Andrea e Cattolica. “Già nel 2009 – ci dice il direttore del Policlinico, generale Mario Alberto Germani –

con la chiusura per ristrutturazione di parte dell'Ospedale Pertini e il conseguente bisogno di posti letto, la Prefettura di Roma ci chiese di intervenire. Così, nel giro di alcuni giorni, abbiamo stipulato un accordo tra il policlinico Militare di Roma e la Regione Lazio per accogliere quei malati che non avevano trovato posto negli altri nosocomi della Capitale. Dopo pochi mesi abbiamo siglato una convenzione anche con l'università La Sapienza – Umberto I volta a ridurre le lunghissime liste di attesa per gli interventi di neurochirurgia”. Posto al centro della città e vicino all'Ospedale San Giovanni, il Celio (circa 60 mila mq di superficie) forma con quest'ultimo una vera e propria città sanitaria militare e civile: “Siamo aperti sul territorio proprio grazie alla nostra posizione strategica che va mantenuta e salvaguardata” – sottolinea il direttore, che ci annuncia un recente accordo con il Comune di Roma per una particolare illuminazione notturna della facciata del Policlinico – “è un patrimonio architettonico da valorizzare come la bellissima passerella in

ferro in stile Liberty per la quale stanno per iniziare i lavori di restauro.” Al termine (due anni circa) il passaggio che collega tutti i padiglioni dell'Ospedale sarà protetto da una vetrata che consentirà lo spostamento dei pazienti al riparo da variazioni climatiche e atmosferiche.

Come e dove opera principalmente il vostro personale medico militare e civile?

Il personale è specializzato in traumatologia di guerra e trattamento delle malattie infettive soprattutto esotiche (come malaria, amebiasi, ecc.). Noi forniamo le équipe sanitarie che vanno a costituire gli ospedali da campo nei teatri operativi o quelle unità sanitarie di minore livello sempre nei teatri operativi. Facciamo inoltre attività di ricovero e cura per il personale militare e civile della Difesa e i loro familiari di primo grado, addetti militari stranieri accreditati in Italia e i loro familiari, ogni cittadino in stato di emergenza e ogni cittadino militare italiano e straniero, o anche civile, che costituisca particolare interesse, per tipo di patologia o altro, per il Policlinico. Oltre

al nostro personale medico tengo a sottolineare il fondamentale contributo che dà alla nostra azione tutto il personale civile, a cominciare dalla preziosa collaborazione delle Infermiere volontarie della Croce Rossa Italiana e delle Suore di Carità.

Qual è stato il vostro intervento nelle catastrofi naturali che hanno colpito il nostro Paese?

All'Aquila, su precisa richiesta della Protezione Civile, abbiamo fornito supporto psicologico alle popolazioni colpite dal terremoto. In altre occasioni, come il terremoto in Campania il nostro intervento è stato più ampio. Ma non ci limitiamo all'Italia naturalmente. Portiamo il nostro aiuto e la nostra professionalità anche all'estero, ad Haiti per esempio.

E per quanto riguarda i teatri di guerra?

Nelle attività all'estero operiamo costantemente in sinergia con le sanità militari delle altre nazioni della coalizione, in Afghanistan per esempio accanto alla sanità militare spagnola e americana per attività di soccorso e sgombero e trasporto sanitario, sia per i nostri militari che per quel-



li della altre forze della coalizione. Al momento con il nostro personale medico siamo presenti in Kosovo, Afghanistan e Libano.

Medici e paramedici seguono corsi specifici prima di partire?

Tutto il nostro personale segue di volta in volta corsi specifici di specializzazione medico chirurgica di emergenza e formazione professionale alla cultura del territorio e delle popolazioni oltre ad approfondire la conoscenza dell'organizzazione dello Stato dove si va ad operare. Questo è fondamentale per facilitare l'inserimento dei nostri medici e infermieri e devo dire che grazie a l'attenzione che poniamo in questo aspetto specifico del nostro intervento che spesso siamo stati accolti meglio rispetto ad altre nazioni.

Rammento che quando siamo andati in Somalia e Mozambico c'erano code interminabili di persone

che chiedevano le visite. Penso che poi tutti ricordino, perché vista spesso anche in televisione, la tenda che avevamo montato come ospedale nel nostro primo intervento in Libano. Importante per i rapporti con le popolazioni locali è stata poi l'introduzione del personale militare femminile, medici o infermieri, che ha facilitato il contatto anche con le donne appartenenti ad altre religioni. In precedenza, infatti, abbiamo avuto delle difficoltà.

Com'è a grandi linee la gestione pratica di una struttura come la vostra?

Ogni anno facciamo una piccola finanziaria anche al fine di ottimizzare l'economia generale dell'ospedale, considerato che viviamo in un momento di difficoltà economica globale. Guardiamo con interesse alle innovazioni scientifiche e desideriamo perseguire questo rinnovamento. A tale scopo ci siamo avvalsi del-

la tutorship della Bocconi. Il miglior utilizzo delle risorse ci consente di essere più attivi e più funzionali per i teatri operativi. Il servizio di telemedicina satellitare permette, anche in casi di interruzione dei normali canali di collegamento (Internet, telefoni cellulari, ecc.), una connessione continua con i medici e gli specialisti del Celio con la possibilità di eseguire diagnosi anche di esami per immagini effettuati a grande distanza, dai teatri operativi ad esempio. È possibile persino un'assistenza a distanza durante le operazioni. Sempre per migliorare l'efficienza dell'Ospedale abbiamo messo in atto la gestione informatizzata dei farmaci. Il monitoraggio avviene attraverso un lettore del codice a barre per l'identificazione del prodotto e ci consente di seguirlo dal momento in cui entra in ospedale per tutto il percorso fino al pazien-

te. Questo ci permette di limitare gli errori di prescrizione e somministrazione, contenere le spese controllando la quantità di medicinali in dotazione ai reparti, e velocizzare i tempi di gestione e rifornimento sia per il Celio sia per i teatri operativi. Inoltre stiamo incrementando la trasmissione dei referti per via informatica nell'ottica di una dematerializzazione dell'attività sanitaria, lo scopo è arrivare ad un *paperless hospital*.

Per quanto riguarda la formazione avete contatti con l'estero?

Certamente. E alcuni davvero prestigiosi come il Walter Reed Army Medical Center a Washington, dove in caso di necessità viene ricoverato il presidente degli Stati Uniti e l'Hôpital d'instruction des armées Percy (HIA Percy), che è un ospedale militare situato nella cittadina di Clamart, non lontano da Parigi. •



Policlinico militare del Celio

Il linguaggio (oscuro) della Medicina

A colloquio con Luca Serianni, storico della lingua italiana e vice presidente della Società Dante Alighieri, per scoprire i tanti problemi che il pubblico ha con il “medichese”



Luca Serianni

di Paola Stefanucci

Le parole: in nessun'altra disciplina scientifica hanno tanta importanza (e peso) come nella Medicina. Il dialogo tra medico e paziente, premessa (inderogabile) di ogni approccio clinico, oltre a fornire elementi utili alla diagnosi, serve anche a stabilire un rapporto di confidenza e a instaurare quella fiducia indispensabile, o meglio quell'alleanza terapeutica di cui si parla nel giuramento Fnomceo, nella lotta quotidiana contro la malattia per il successo della cura. Ma si tratta di un colloquio non sempre facile. Il linguaggio dei medici, a tu per tu in ambulatorio, riprodotto nelle cartelle cliniche, nelle ricette e nei certificati o riflesso dai media,

talvolta, mette a dura prova la comprensione. Ne parliamo con lo storico della lingua italiana Luca Serianni, vice presidente della Società Dante Alighieri, autore, tra l'altro, di un libro sull'argomento “Un treno di Sintomi. I medici e le parole: percorsi linguistici nel passato e nel presente” (Garzanti), che alla sua uscita, nel 2005, ha esaurito due edizioni in una sola settimana e continua ad essere tuttora richiesto in libreria al pari de “L'ora d'italiano”, fresco di stampa, pubblicato da GFL (Editori Laterza). **Professor Serianni, nell'era d'Internet che lingua parlano i seguaci d'Ippocrate?** Tra i vari linguaggi settoriali, quello medico è, insieme con quello giuridico, il più legato alla tradizione. Non mancano, natural-

mente, gli anglicismi (e l'inglese è la lingua d'obbligo nella comunicazione scientifica), ma l'apporto greco-latino è tuttora imprescindibile. In molti casi non siamo in presenza di parole esistenti nel mondo antico, ma di coniazioni moderne, confezionate per dir così con materiale d'epoca. Se *flebotomia*, ad esempio, continua il greco *phlebotomia* (che indicava il “salasso”), altri composti con *flebo*, come *flebite* o *fleboclisi* sono formazioni moderne. Il lessico medico occupa una quota considerevole dei lemmi di un comune dizionario dell'uso: più del 5 per cento; ma naturalmente non tutte le parole sono note e adoperate dall'insieme dei medici. Quanti sono i non neurologi che saprebbero dire che cos'è l'*eminatten-*

zione sinistra? E come se la caverebbero i non psichiatri con l'*ailurofobia*?

Sull'importanza del “dialogo medico-paziente” sono tutti d'accordo. Eppure buona parte dei camici bianchi si ostina a usare un linguaggio inaccessibile ai profani.

Distinguiamo. Il medico di famiglia in generale sa sempre trovare le parole giuste per i suoi pazienti. Difficilmente chiederà a un suo assistito se l'alvo è regolare (invece di “Come va di corpo?”) e tantomeno imposterà l'anamnesi domandando se il paziente ha lamentato dolore gravativo postprandiale nella regione epigastrica (invece di “Dopo mangiato ha una sensazione di peso allo stomaco?”). Il grande clinico, invece, può cedere alla tentazione di parlare ex cathedra, senza tener conto del paziente e del suo diritto di capire, nei limiti del possibile, cose che lo riguardano tanto direttamente. Nei casi migliori si tratta di semplice inavvertenza (parlare in modo chiaro è molto difficile, com'è noto); in quelli peggiori – messi sotto tiro dalla letteratura e dal teatro: dal Molière del *Malato immaginario* al Donizetti dell'*Elisir d'amore* – è in gioco il desiderio di marcare il distacco iniziatico della corporazione dai profani, tenuti a distanza non solo dal camice bianco ma anche dai tecni-

cismi impenetrabili profusi dal medico.

Il “medichese” trionfa anche nei cosiddetti “bugiardini”. Ce ne può commentare uno qualsiasi?

I foglietti illustrativi dei medicinali vengono periodicamente riscritti; e per fortuna non mancano esempi positivi, specie negli ultimissimi anni. Ma per rispondere alla sua domanda, citerò il caso di un prodotto a base di paracetamolo (dunque il classico farmaco di cui capita a tutti di fare uso, per evenienze banali); le controindicazioni che si leggevano nel foglietto illustrativo del 2005 recitavano: “Ipersensibilità al principio attivo o ad uno qualsiasi degli eccipienti. Emopatie (malattie del sangue) quali granulocitopenia (mancanza di globuli bianchi) e porfirie (porpore) intermittenti. I prodotti a base di paracetamolo sono controindicati nei pazienti con manifesta insufficienza della glucosio-6- fosfato deidrogenasi ed in quelli affetti da grave anemia emolitica”. Sono molte le cose che non vanno: si glossano termini sufficientemente trasparenti (*emopatie*); si glossano in modo approssimativo altri (*granulocitopenia* non vuol dire “mancanza”, ma “diminuzione” e non di globuli bianchi, essendo i granulociti solo una delle tre componenti dei globuli bianchi); inoltre dire che *porfirie* vuol dire *porpore* è di scarso aiuto per il profano; che cosa sia l’insufficienza della glucosio-6-

fosfato deidrogenasi è infine legittimamente oscuro per chi non sia laureato in medicina o in chimica, ma su questo il nostro foglietto tace. Non soffro spesso di mal di testa e non ho avuto occasioni recenti di ricorrere a quel farmaco: è sperabile che il foglietto attualmente in commercio sia scritto meglio.

Analoga perplessità suscita l’(ab)uso di termini medici tecnici nei media che genera smarrimento, confusione ed equivoci nei lettori e nei telespettatori. Quali sono, a suo avviso, le regole per trasmettere una corretta e chiara informazione sanitaria al grande pubblico?

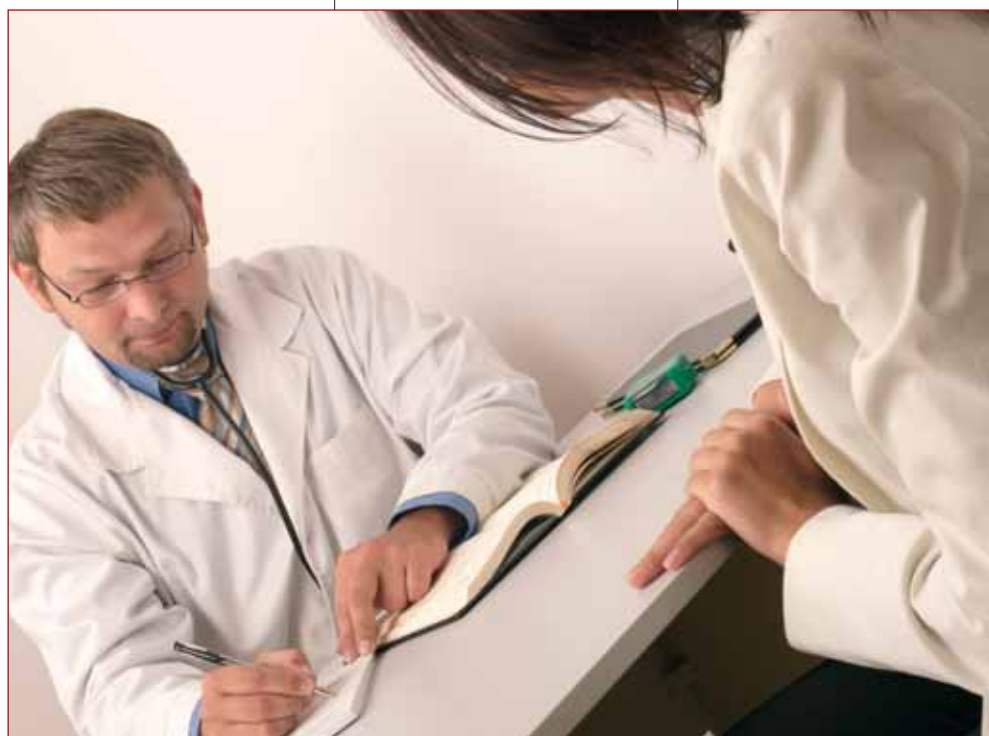
Non mancano buone trasmissioni di divulgazione medica (*Elisir* di Michele Mirabella è un ottimo esempio, anche grazie agli ospiti medici, sempre ben scelti come capacità comunica-

tiva) e anche gli inserti settimanali dei grandi quotidiani dedicati alla salute offrono buoni esempi di divulgazione sanitaria. Nelle altre parti del giornale, i termini medici ricorrono di rado: la cronaca nera non ha più molto spazio, semmai possiamo trovarne nelle pagine sportive. Una curiosità: nel “Corriere della Sera” del 1995 parole come *condropatia*, *pubalgia*, *elongazione*, *inserzionale* figuravano esclusivamente nelle pagine dedicate al calcio. Ma forse i tifosi, nonostante questi tecnicismi, non avranno avuto difficoltà a capire se il loro beniamino poteva giocare o no.

Medicina e letteratura: nel mondo di chi pratica l’arte di Esculapio si annoverano le penne più celebri di tutti i tempi da Cecov a Cèline, da Tobino a Vitali. I medici scrittori sono sempre più contesi dalle case

editrici e puntualmente premiati dai lettori. Per quale ragione, secondo lei?

Non credo che gli editori puntino a medici-scrittori in quanto tali. Semmai, si può osservare che è più facile trovare medici prestati alla letteratura di quel che avvenga per altri scienziati o per altre figure professionali. Evidentemente la ricca esperienza umana vissuta da un medico insieme con la solida formazione culturale ricevuta a suo tempo si traduce non di rado in un’attività squisitamente letteraria come l’invenzione romanzesca. Ma credo che il successo di Andrea Vitali, ad esempio, dipenda dalla sua capacità di ricostruire certi ambienti e dal registro ironico-grottesco proprio dei suoi romanzi, non dal fatto che sia tuttora attivo come medico di famiglia nella provincia lombarda. •



Sanità online, il certificato a portata di click

La riforma del ministro della Pubblica Amministrazione
– decreto legislativo 150/2009 – ha introdotto
un'importante innovazione anche in ambito sanitario
con la trasmissione telematica dei certificati di malattia

di **Andrea De Tommasi**

I dati Inps indicano che, a undici mesi dall'avvio della procedura, sono stati inviati complessivamente quasi 4,5 milioni di documenti online, con una media di oltre 400mila a settimana. Il flusso giornaliero si attesta su un valore di 70mila certificati. A livello regionale, risulta prima la Lombardia, seguita dal Lazio e dal Veneto. Il digitale, dunque, si appresta a soppiantare il cartaceo: la percentuale di documenti telematici del 2010 per i lavoratori privati è superiore ai cartacei del 2009. Sono oltre 50 milioni i certificati di malattia che ogni anno i 18 milioni di lavoratori dipendenti, pubblici e privati, inviano ai propri datori di lavoro. Ebbene, l'applicazione del decreto, secondo il ministero della Pubblica Amministrazione, permetterà un risparmio di 500 milioni di euro l'anno, mentre il passaggio online dell'intero sistema della sanità potrebbe tradursi in risparmi per 12,4 miliardi. Con la certificazione tele-

matica, i pazienti non dovranno più provvedere, entro i due giorni lavorativi successivi all'inizio della malattia, ad inviare tramite raccomandata o recapitare le attestazioni alla propria amministrazione. La procedura renderà anche possibile un monitoraggio sistematico dell'assenteismo dei dipendenti nelle aziende private. Finora, infatti, gli unici dati disponibili riguardavano il fenomeno nel settore pubblico, mentre, grazie all'unificazione delle procedure, le informazioni sulle assenze di tutti i dipendenti confluiscono adesso in un'unica banca dati che può essere consultata sia dai lavoratori che dai datori di lavoro. Il sistema è relativamente semplice: il medico invia all'INPS il certificato compilando una pagina web, oppure utilizzando il call center telefonico. L'Inps rende immediatamente disponibile il certificato al datore di lavoro, che può riceverlo tramite PEC oppure consultando il sito dell'Istituto. Anche il lavoratore può fare lo stesso, tramite il sito dell'Inps o, se richiesto,

sulla propria casella di posta elettronica, e in ogni caso non avrà nessun altro obbligo di invio del certificato. I medici che, anche temporaneamente, hanno difficoltà ad utilizzare il PC o ad accedere a Internet, ad esempio in caso di visite domiciliari, possono inviare il certificato rivolgendosi al nuovo call center dell'Inps con l'assistenza di un operatore. Il servizio, attivato a febbraio, si affianca al centralino già reso disponibile dal ministero dell'Economia, che però, hanno segnalato i medici, produce eccessivi tempi d'attesa, condizione che lo rende di fatto scarsamente utilizzabile. La trasmissione telematica, sottolineano dal ministero, comporta notevoli vantaggi: per i cittadini, i quali beneficiano della riduzione delle spese postali e del tempo perso per ottemperare agli obblighi di trasmissione; per la pubblica amministrazione e per l'Inps, che hanno la possibilità di effettuare verifiche e controlli puntuali; per le imprese, che oltre a godere di una riduzione dei costi, possono disporre di da-

ti dettagliati su un fenomeno particolarmente complesso. I medici di famiglia sono i più pronti a mettere in atto le nuove procedure. La media regionale è del 92%. 9 su 10, dunque, sono in grado di trasmettere i certificati online. In Emilia Romagna, Toscana, Lombardia e Friuli-Venezia Giulia addirittura il 100% dei camici bianchi è abilitato all'invio telematico. Il nodo più discusso del provvedimento è sicuramente quello delle sanzioni. Dal primo febbraio i medici che non trasmettono per via telematica i certificati di malattia commettono un illecito disciplinare che, in caso di reiterazione, comporta il licenziamento. Il ministro Brunetta ha precisato, però, che le sanzioni scatteranno solo in caso di "colpa esplicita", quindi rifiuto ad applicare il sistema. Nessun rischio, invece, per i sanitari che, a causa degli inconvenienti tecnici, incontrano difficoltà ad inviare i certificati online. Ma i sindacati dei medici, che su questo punto chiedevano una moratoria, hanno avanzato critiche. La Fimmg ha ribadito che il sistema è ancora lontano da un livello di funzionalità soddisfacente e si è detta "pronta a difendere, nelle sedi deputate, i medici che fossero sanzionati in modo inappropriato". La Fnom e le OO.SS. hanno chiesto alle aziende sanitarie locali che tutti i medici che operano nel Ssn vengano messi nelle con-

dizioni di poter ottemperare all'invio telematico, con i mezzi tecnici e i supporti necessari, senza compromettere l'attività assistenziale. "E' un sistema che da grandi vantaggi ma presenta ancora diverse lacune- conferma Alberto Chiriatti, vicesegretario della Fimmg Roma- ci sono troppi difetti nel programma, per esempio il lunedì, con la riapertura degli studi dopo il fine settimana, accade che il server gestito dalla Sogei si blocchi. Così, con un ambulatorio pieno di pazienti in attesa, si arriva a perdere fino a mezz'ora per certificato. Al momento siamo proprio noi medici di famiglia ad aver risposto meglio, mentre le strutture pubbliche trovano difficoltà, anche per la mancanza di mezzi tecnici, come i computer. Non c'è

dubbio che il decreto Brunetta semplifichi la vita dei cittadini e vada nella direzione giusta, perché il futuro è nella tecnologia digitale e anche noi dobbiamo prenderne atto, ma i problemi ci sono e vanno affrontati". Anche i medici ospedalieri, oltre a quelli di medicina generale, sono tenuti a registrare online i certificati di malattia. Ma il Cimo, il coordinamento che li rappresenta, ha sottolineato l'assenza in molte aziende sanitarie dei mezzi necessari per applicare la nuova procedura, aggravata dalla carenza di personale e dal sovraffollamento. "Le ripercussioni sulla normale attività clinica- segnala Flavio Soleo, responsabile del Pronto Soccorso dell'Ospedale Grassi di Ostia- sono elevate. Per svolgere al meglio questa procedura do-

vrei impiegare una persona solo per quel compito, cosa impossibile, oppure potrebbe accadere che, durante la compilazione, sia costretto a lasciare il paziente sul posto perché è sopraggiunta un'urgenza. Non discutiamo la validità della legge, ma è di difficile applicazione per un pronto soccorso, che si occupa di emergenza". La Sit (Società Italiana di Telemedicina e sanità elettronica) ha svolto un approfondimento sul tema della certificazione online, dando nel complesso un giudizio positivo. "La nuova procedura- spiega il segretario generale Giancarmine Russo- introduce importanti semplificazioni e utilizza una modalità di comunicazione elettronica estremamente semplificata, in quanto priva di appesantimenti tecnologici.

Per questo rappresenta una prima tessera per l'affermazione di una sanità elettronica a misura di medico e cittadino. D'altronde viviamo nella società dell'informazione ed è indispensabile utilizzare le nuove tecnologie anche nella sanità". Restano, però, delle questioni aperte. "La maggiore criticità- osserva Russo- è sul versante della privacy. Quando si effettua una trasmissione di dati sensibili, occorre il consenso del paziente, quindi ci vorrebbe un'informativa che però nessun medico ha ricevuto da parte dell'Inps. Si tratta di un vero e proprio "buco" nella comunicazione al paziente. Altro punto è la mancanza della firma digitale sui certificati. È vero che il nuovo Codice dell'Amministrazione Digitale prevede soluzioni più agili in questo senso, ma è bene che in futuro la firma sia presente per dare un valore legale ai documenti". E il rischio di "vandalismo tecnologico" sull'account dei medici? E' plausibile, cioè, che qualcuno, acquisiti i codici fiscali del professionista, provi a collegarsi provocando così il blocco del sistema? "Non è un pericolo reale- conclude Russo- perché il medico è in grado di ripristinare immediatamente, con una semplice operazione online, la propria password, senza creare disservizi ai cittadini o recarsi alla Asl per farsene rilasciare una nuova". •

ANCHE IL TAVOLO TECNICO È PER RINVIARE LE SANZIONI

Anche per il tavolo tecnico delle regioni, criticità e problemi del sistema di certificazione on line consigliano un rinvio delle sanzioni a carico dei medici. Questo quanto emerso nella riunione al ministero della Salute tra sindacati dei medici, rappresentanti dei governi regionali e funzionari del dicastero. La ricognizione dei tecnici sembra confermare quanto già avevano denunciato le organizzazioni dei medici: la trasmissione telematica è afflitta da tilt a singhiozzo, il call center non è adeguato alle esigenze ed è in servizio solo dalle 8 alle 20 dei giorni feriali, la guardia medica non è informatizzata, i pronto soccorso non hanno ricevuto i software per la compilazione automatica dei certificati, le differenze tra le infrastrutture informatiche degli enti sanitari territoriali ostacolano l'adeguamento dei sistemi.

In definitiva si vuole sottolineare che i medici non hanno responsabilità sul malfunzionamento del sistema e al contrario è proprio grazie al loro impegno che arrivano i primi risultati. "Si conferma la necessità di una proroga delle sanzioni di almeno un anno - aggiunge il segretario nazionale della Fimmg Giacomo Milillo -. Insisteremo anche sull'eccessività delle pene e sulla necessità di meccanismi che diano gradualità alle sanzioni".

Salute tra privilegio e diritto

di Antonio Gulli

Più che la genetica può la società. Più che la medicina possono le buone politiche. E il tutto perché – come tutti i documenti dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) testimoniano - più che le malattie, a provocare la morte degli uomini è l’in-

giustizia sociale. Ossia l’iniqua distribuzione sul nostro pianeta della possibilità che lo “stare bene”, ossia disporre della risorsa salute, corrisponda non con ciò che è biologicamente possibile ma con l’etnia di appartenenza, la classe sociale, il livello di istruzione, il lavoro che si svolge o il contesto in cui si abita. Realizzare ciò che è biologicamente possibile significa avvalersi della risorsa che la natura, al momento della nascita, ci ha messo a disposizione senza che questa sorte venga sottomessa al reddito, al genere o al colore della pelle. Oggi, al contrario, ciò che la nostra dotazione biologica permetterebbe è aggredita e sistematicamente sconfitta dal virus più micidiale che gli uomini aggregandosi potevano creare: la disuguaglianza. Non è questo il luogo dove ripercorrere tutto il dibattito che l’umanità ha prodotto sul tema del-

l’iniqua distribuzione delle risorse tra gli uomini. Basta dire, però, che la disuguaglianza non dà luogo solo a una diversa possibilità di essere felici sulla terra, quanto determina la condizione affinché si possa sperare un giorno di esserlo.

E così sappiamo che basta nascere in un quartiere sbagliato, in quanto più degradato, e da genitori indigenti e con un basso livello di istruzione per ricevere in dono dalla sorte sociale il veder decurtata la propria “speranza di vita” di almeno un terzo. Chi, ad esempio, nasce nella periferia di Carlton a Glasgow ha un’aspettativa di vita di 28 anni più bassa rispetto a chi nasce nella parte più agiata della città, Lenzie. Tutte le ricerche e studi prodotti dai più svariati enti di ricerca in questo ambito convergono nel dimostrare che vi è una relazione inversa fra classe sociale di apparte-

©WHO/Jonathan Perugia



nenza e tasso di mortalità. Ossia che, a ogni età, la quota di persone che muoiono è tanto più alta quanto bassa è l'estrazione sociale. Si pensi, ad esempio, che nella popolazione adulta maschile gli operai hanno una probabilità di morte quasi doppia rispetto agli impiegati. Cioè il tasso di mortalità di un uomo tra i 35 e i 54 anni – ogni 100 mila abitanti – decresce rapidamente al crescere del livello di istruzione (Valkonen, 1994). E se qualcuno pensa che nel primo decennio del terzo millennio le cose vadano meglio, va incontro a una grande delusione. La relazione – nonostante il diffondersi delle diverse forme di welfare nei paesi occidentali –, ben lungi dal ridursi, o è rimasta costante o è addirittura aumentata. Gli aspetti sociali che incidono sulla speranza di vita di una persona e sulla sua qualità sono diversi e quando convergono sullo stesso individuo – come quasi sempre accade – producono effetti devastanti sia su di lui sia su coloro che gli vivono accanto. Tra i diversi aspetti che si possono approfondire si prenda in considerazione, ad esempio, la variabile “stabilità lavorativa”, fattore che incide in maniera drammatica sulle attuali fasce della popolazione più giovane dei nostri paesi occidentali. Da uno studio condotto in Spagna nel 2005, riportato nel rapporto dell'OMS (2008), emerge che la percentuale di operai con problemi di salute mentale varia sensibilmente a seconda che il lavoro sia privo di un regolare contratto, abbia un contratto a tempo determinato o a tempo indeterminato. Nel caso in cui la stabilità lavorativa non è garantita gli individui affetti da problematiche di questo tipo arrivano al 25 per cento contro il 5 per cento di quelli cosiddetti “stabilizzati”. Sempre nell'ambito dei paesi occidentali, il fattore sociale che incide sulla salute e l'aspettativa di vita è rappresentato dal titolo di studio. Una correlazione, dimostrata anche da recenti ricerche dell'Università Bocconi di Milano, evidenzia come la vita si allunghi in modo proporzionale al livello di istruzione. In Italia chi ha un titolo scolastico inferiore, licenza elementare o media, vive meno di chi ha conseguito una licenza superiore o una laurea. Mediamente, da 7,6 a 5,5 anni in meno a seconda delle classi di età. Tali studi hanno rilevato, inoltre, che il tasso di mortalità per cancro per gli uomini tra i 30 e i 64 anni è quasi il doppio nelle categorie svantaggiate: quasi il 40 per cento, contro il 20 per cento circa tra i diplomati e laureati. Se poi si prende in considerazione la variabile “paese d'origine”, le differenze si amplificano. Una ragazza che nasce nel Lesotho vivrà in media 42 anni in meno di una nata in Giappone. Questi

Le forme selvagge di darwinismo sociale non solo uccidono la persona ma abbassano enormemente il livello generale di benessere

sono i risultati di tre anni di studi sulla popolazione mondiale realizzati dalla Commission on the Social Determinants of Health dell'OMS, cui hanno partecipato esperti afferenti a varie discipline di tutto il mondo.

Le forme selvagge di darwinismo sociale – che non significa che vince sempre chi ha più merito, il più abile o che possiede maggiori capacità, ma solo il potente – che producono disuguaglianze, non solo uccidono la persona ma abbassano enormemente il livello generale di benessere. Una distribuzione perfettamente egualitaria delle risorse – assicurano tutti gli economisti e studiosi del “sistema mondo” – è tra i fattori che garantiscono il massimo benessere per tutti. In altri termini si può dire che se vive più a lungo e gode di buona salute la persona più debole, godranno di buona salute e vivranno più a lungo anche le persone che godono di maggiori vantaggi rispetto a quelle sfortunate. Non per altro, perché queste persone che già godono dei privilegi potranno continuare a viverli senza avvertire le proprie fortune insidiate dall'indigenza dei più; e vivere la loro “libertà dello star bene” come l'espressione dell'insieme delle capacità possedute, e non come prodotto dell'iniqua distribuzione dei mezzi per conquistare lo “stare bene”.

Da quando le differenze sociali tra gli uomini non sono state più giustificate ricorrendo alla soprannaturalità, ossia a voleri di divinità capricciose, tali differenze si sono avverte sempre meno accettabili. Quando poi queste è stato possibile imputarle non alle capacità, alle abilità o al merito dei diversi individui, quanto a fattori che si legano alla sola condizione sociale, tali differenziazioni sono suonate sempre meno accettabili e meno tollerabili alla luce del buon senso e di un possibile ideale di una forma di giustizia. E la mancanza di giustizia nelle opportunità, da parte di ogni individuo di accedere ai mezzi al fine di garantire il diritto alla vita e alla salute, risultano un crimine sia per le persone che ne rimangono schiacciate sia per la stessa società. Infatti, le ingiustizie, da un lato, producono un impoverimento della società in termini di opportunità collettiva che ogni vita può esprimere; dall'altro, patologizzando il sistema, lo rendono vulnerabile alle diverse forme di indebolimento. Guerre, odio e desideri di riscatti sociali violenti. Sia in termini individuali che collettivi.

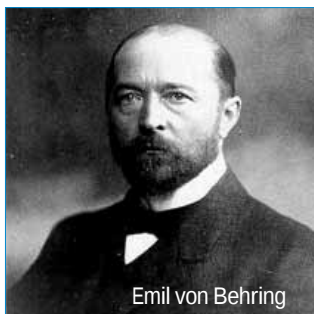
Le battaglie da portare avanti per la tutela della vita e della salute per tutti sono chiare da decenni. Queste sono: la malnutrizione, la povertà e l'emarginazione, la mancanza di sostegno sociale, il basso livello di istruzione, la precarietà, la sottooccupazione, lo sfruttamento, l'inquinamento, l'insalubrità dell'ambiente di vita e di lavoro. La speranza è che presto queste battaglie siano portate avanti e messe al primo posto nell'agenda dei grandi della terra. Del resto la giustizia – come si è cercato di dimostrare – conviene a tutti. •



Roald Amundsen

7 MARZO 1912

Il testo del telegramma con il quale il norvegese Roald Amundsen annunciò dalla Tasmania a suo fratello di aver conquistato il Polo sud recitava: "Polo sud raggiunto 14-17 dicembre 1911. Siamo sani e salvi". La sua spedizione consisteva di quattro slitte tirate da 42 cani in grado di aggirare l'infinito numero di crepacci presenti sul terreno. Quando un mese dopo l'inglese Robert Scott raggiunse la stessa meta, si trovò di fronte alla bandiera norvegese piantata nel terreno da Amundsen.



Emil von Behring

31 MARZO 1917

Muore a Marburg, in Germania, Emil von Behring batteriologo insignito nel 1911 del premio Nobel. Ai suoi studi si deve il siero antidifterico.

Marzo e le sue storie...

Le conseguenze della collera sono molto più gravi delle sue cause.

Marco Aurelio, Colloqui con se stesso

Chiang Kai-shek



1 MARZO 1950

Chiang Kai-shek proclama a Taiwan la repubblica nazionalista cinese.

20 MARZO 1956

Francia e Tunisia firmano a Parigi un protocollo sull'indipendenza dello Stato nord-africano.

21 MARZO 1961

Il consiglio rivoluzionario degli esiliati cubani viene fondato a New York. L'organismo viene riconosciuto dagli Stati Uniti come governo provvisorio.

1 MARZO 1966

"Venere 3", sonda spaziale dell'Unione sovietica, è la prima a raggiungere Marte.

Alberto Cova



23 MARZO 1983

Nei diecimila metri corsi in Finlandia ai campionati mondiali di atletica leggera si impone Alberto Cova conquistando la medaglia d'oro. Francesco Pannetta, invece, si conquista il secondo posto nei tre mila siepi.



17 MARZO 1986

Dopo il decesso di tre persone, balza in Italia su tutte le cronache il caso del vino al metanolo.

23 MARZO 1992

Esplode in Afghanistan la guerra civile a seguito della caduta del regime filo-sovietico.

20 MARZO 1996

La "mucca pazza" si diffonde tra i bovini: viene imposto il blocco delle esportazioni di carne.



Dalai-Lama



17 MARZO 1959

Il Dalai-Lama si rifugia in India dopo le sanguinose rivolte dei tibetani contro gli occupanti cinesi.



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.

Interventistica muscolo scheletrica eco-guidata

Roma, 6-7 maggio e 4-5 novembre, aula B Clinica Ortopedica, Piazzale A. Moro 5

Presidente: prof. Valter Santilli

Direttore: dott. Luca Di Sante

Relatori: dott. Luca di Sante, prof. Marco Mastantuono

Informazioni: Segreteria Organizzativa: Management srl, Via Casilina 3T, 00182 Roma, tel. 06 7020590 / 70309842, fax 06 23328293, e-mail: info@formazionesostenibile.it, sito web: www.formazionesostenibile.it

Medici in Africa

Genova, 18-22 maggio, presso l'Università di Genova

Da dieci anni Medici in Africa organizza corsi di base per medici – e negli ultimi anni anche per infermieri – che desiderano svolgere azione di volontariato nei paesi africani o di altre zone emergenti. I corsi intendono fornire, in tempi brevi, informazioni sulla situazione sanitaria in Africa, cenni di auto-protezione dalle più frequenti malattie endemiche, cenni di diagnosi e terapia di malattie tropicali di frequente riscontro. Inoltre forniscono l'esperienza di colleghi che sono già stati in tali zone e mettono in contatto i futuri cooperanti con alcune organizzazioni che lavorano e gestiscono ospedali in loco

Informazioni: Segreteria Organizzativa tel. 010 35377621, 340 7755089, e-mail: mediciinafrica@unige.it, sito web: www.medicinafrica.it

Ecm: richiesti crediti ecm

Omeopatia e malattie acute

Roma, 25 - 27 marzo, Facoltà Valdesse, Via Pietro Cossa 42

Argomenti: la metodologia diagnostica, clinica e terapeutica omeopatica nella gestione delle patologie acute con particolare riferimento a pazienti pediatrici

Informazioni: Segreteria Organizzativa I.R.M.S.O., Via Paolo Emilio 32, 00192 Roma tel. 06 3242843, fax 06 3611963, e-mail: segreteria@irmso.it, omeopatia@iol.it, sito web: www.irmso.it

Ecm: richiesti crediti ecm



Ipnosi in sessuologia

Milano, 8-9-10 aprile 27-28-29 maggio, Centro Studi Prometeo, Via Giambellino 84

Responsabile Scientifico: d.ssa Luisa Merati

Destinatari: medici, psicologi, psicoterapeuti

Obiettivi: il Corso intensivo intende fornire competenze nella gestione della comunicazione col paziente, in ipnosi e procedura immaginativa (metodologia simil-ipnotica), con particolare riferimento alle disfunzioni sessuali maschili e femminili (desiderio, eccitamento, mantenimento e latenza). Verrà anche affrontata la distinzione tra eterosessualità e omosessualità, con riferimento al transessualismo

Informazioni: Segreteria scientifica d.ssa Luisa Merati, tel. 348 6055289,

e-mail: luisa.merati@psicosomatica.org

Segreteria Organizzativa: Associazione del Labirinto, tel. 02 48700436, fax 02 48715301,

e-mail: assoc-labirinto@libero.it

Ecm: è in corso l'accreditamento ecm per medici e psicologi

Università degli Studi di Milano

Nutrizione e benessere

Milano, maggio-ottobre

Coordinatore: prof. Patrizia Limonta

Coordinatore Scientifico: dott. Paolo Magni

Argomenti: composizione dell'organismo umano, fisiologia e biochimica della nutrizione; caratteristiche chimico-fisiche, tossicologia e igiene degli alimenti; esigenze nutrizionali e stati fisiologici; interventi dietetici e condizioni patologiche; educazione alimentare e indicazioni per una corretta nutrizione; legislazione e aspetti psicosociali dell'alimentazione; cosmesi e nutrizione; attività sportiva e nutrizione

Informazioni: Segreteria Organizzativa Dipartimento di Endocrinologia, Fisiopatologia e Biologia Applicata, Università degli Studi di Milano, Via Balzaretti 9, 20133 Milano, tel. 02 50318231, fax 02 50318204, e-mail: stefano.bernardinelli@unimi.it, sito web: <http://plimontanb.ariel.ctu.unimi.it/>

Ombelico agopuntura

Roma, 19-20 marzo, Via Benedetto Musolino 23

Direttore: dott. Sing Hee Lam

Obiettivi: il Corso consta di tre sessioni: teorica, pratica e di esercitazione, e vuole offrire un'occasione a medici e specialisti che vogliono acquisire questa nuova tecnica per curare disturbi comuni, casi osteo-muscolo-articolari e altri disturbi, tramite protocolli clinici per aumentare il livello del risultato terapeutico con sicurezza nella clinica pratica utilizzando il metodo Lam di agopuntura dell'anello ombelicale. E offrire un utile modo per studiare la medicina-I e Bagua

Informazioni e iscrizione: Accademia italiana di medicine tradizionali Omoios, Via Benedetto Musolino 23, 00153 Roma, tel. 06 5816789, fax 06 5818610, e-mail: segreteria@omoios.it, sito web: www.omoios.it

Agopuntura e medicina non convenzionale: integrazione nella pratica clinica

Torino, 2 aprile, centro congressi Unione Industriale Torino

Presidente: dott. Piero Ettore Quirico

Alcuni argomenti: agopuntura e mnc: integrazione nella pratica clinica; radici storiche della medicina e crisi del suo moderno paradigma; integrazione tra agopuntura e mnc nella formazione e nella pratica clinica; patologie otorinolaringoiatriche nella pratica ambulatoriale omeopatica

Informazioni: Segreteria Scientifica dott.ri G. B. Allais, M. Grandi, G. Lupi, A. Magnetti, A. Rebuffi

Segreteria organizzativa: Centro Studi Terapie Naturali e Fisiche, tel. 011 3042857; fax 011 3045623, sito web: www.agopuntura.to.it, e-mail: info.cstnf@fastwebnet.it

Ecm: evento inserito nel programma ecm



Società italiana di diabetologia

Torino, 19 marzo, centro congressi Torino Incontra

Presidente: prof.ssa Graziella Bruno

Destinatari ecm presso ministero della Salute: medici-chirurghi ed infermieri

Sessioni: simposio congiunto Sid-Sibioc su nuovo metodo di standardizzazione dell'emoglobina glicosilata; tecnologia applicata alla diabetologia; simposio congiunto Sid-Simg su obesità e diabete; ricerca diabetologica; comunicazioni orali e poster

Segreteria Scientifica: dott. Giuseppe De Corrado, dott. Fabio Broglio

Informazioni ed iscrizioni: Segreteria Organizzativa Aristeia, Via Roma 10, 16121 Genova

tel. 010 553591, fax 010 5535970, e-mail: sid2011@aristeia.com, sito web: www.aristeia.com/sid2011

Salute del calciatore: prevenzione, diagnosi, chirurgia e riabilitazione

Bologna, 12-13 marzo, Palazzo della Cultura e dei Congressi

Il calcio è lo sport più popolare al mondo. Ci sono attualmente circa 265 milioni di giocatori e la loro salute è una responsabilità della comunità medica del calcio. Non si tratta solo di gestire gli aspetti medici e scientifici ma di sensibilizzare l'intero sistema. Esistono oggi evidenze scientifiche che hanno profondamente cambiato le conoscenze riguardo gli effetti positivi del calcio sulla salute. Studi approfonditi hanno dimostrato che è possibile prevenire gli infortuni attraverso programmi specifici, e parallelamente sono anche migliorate le capacità di fare diagnosi precise, trattamenti efficaci e riabilitazioni accelerate. Progressi importanti che per essere implementati con successo necessitano di una comunicazione senza frontiere, per offrire agli addetti ai lavori occasioni di approfondimento, di confronto e di dibattito.

Informazioni: Segreteria Organizzativa tel. 051 2986814, fax 051-2986886, e-mail: congressi@isokinetic.com, sito web: www.isokinetic.com

Nutrizione, genetica e ambiente nella crescita dell'adolescente

Firenze, 19 Marzo, Istituto Prosperius, Viale Fratelli Rosselli 62

Responsabile: prof. Fabio Franchini

Argomenti: nutrigenetica, globalizzazione della nutrizione, genetica dell'adolescente, alimentazione e tumori, prevenzione del danno andrologico nell'adolescente, impatto genetico e ambientale nelle cardiopatie dell'infanzia

Informazioni e iscrizioni: Segreteria Organizzativa d.ssa Stefania Pisano, tel. 338 4315377, d.ssa Giulia Bellini, e-mail: giuliabellini84@libero.it, seminari_firenze@libero.it

Cure primarie e paziente anziano

Venezia, 25-26 marzo, centro culturale Don Orione Artigianelli

Obiettivi: il Convegno si propone di migliorare le cure primarie e le abilità pratiche in Italia attraverso simposi. Nelle sessioni plenarie individuerà, grazie a contributi di esperti, una serie di azioni da mettere in pratica per migliorare politiche sanitarie, allocazione delle risorse, performance del sistema delle cure primarie e soprattutto prestazioni dei singoli professionisti

Informazioni: Segreteria Organizzativa Fenix Srl, Via Ugo Foscolo 25, 27100 Pavia, tel. 0382 1752851, fax 0382 1752852, e-mail: info@fenix-srl.it

Nuove prospettive in medicina ed emergenza in montagna

Varese, 8 aprile 2011, Università degli Studi dell'Insubria, aula magna Via Ravasi 2

Responsabile Scientifico: dott. Luigi Festi

Argomenti: scopo del Congresso è quello di fare il punto sulle attuali indicazioni fisiopatologiche, diagnostiche e di trattamento della patologia d'alta quota, e di evidenziare le ultime novità nel campo dell'emergenza e del soccorso in ambiente alpino ed himalayano

Destinatari: medici chirurghi, seguenti discipline: medicina dello sport, cardiologia, pneumologia, medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza; professionisti e praticanti della montagna

Informazioni: Segreteria Organizzativa Artcom srl, tel. 02 89540427, e-mail: artcom@artcomsrl.it, sito web: www.artcomsrl.it

Ecm: in fase di accreditamento



Coloproctology and pelvic diseases

Roma, 19-21 giugno, Ergife Palace Hotel

Chairman: prof. Antonio Longo

Scientific committee: dott. Francesco Crafa, dott. Vincenzo Landolfi, dott. Ines Marano, d.ssa Angela Pezzolla, d.ssa Rubina Ruggiero, dott. Roberto Dino Villani

Alcuni argomenti: what's new in the sequential treatment of advanced rectal cancer, what's new in the treatment of t1 – t2 rectal cancer, multiorgan resection in metastatic rectal cancer, latest techniques in colorectal surgery, pre- and post-operative clinical and instrumental assessment

Informazioni: **Segreteria Organizzativa** Arco Congressi Group srl, tel. 06 90183648, fax 06 9083412, Via Monte Cannelliere 23, 00060 Sacrofano Rm, sito web: www.arcocongressi.it, e-mail: info@arcocongressi.it, worldcongress@coloproctologyrome.com

Psicofarmacologia e clinica neuropsichiatrica

Milano, marzo-maggio, aula magna azienda ospedaliera Luigi Sacco, Via Gian Battista Grassi 74

Responsabile scientifico: d.ssa Paola Orofino

Alcuni argomenti: integrazione tra terapia farmacologica e psicoterapia nel trattamento dei disturbi mentali gravi dell'adolescenza, trattamento psicofarmacologico dei disturbi del comportamento alimentare, clinica e terapia farmacologica dei disturbi generalizzati dello sviluppo, neurobiologia della cocaina e nuovi potenziali approcci terapeutici per la dipendenza e il craving, trattamento clinico e psicofarmacologico dei pazienti border-line

Obiettivo: i sei seminari sono diretti a un aggiornamento sulla clinica e il trattamento psicofarmacologico per patologie molto diffuse in ambito neuropsichiatrico

Informazioni: **Segreteria Scientifica** d.ssa Paola Orofino, U.o.n.p.i.a. Via Sanzio 9, Milano, tel. 02 36661454, e-mail: orofino.paola@hsacco.it

Segreteria Organizzativa: d.ssa Maria Grazia Corona, e-mail: corona.mariagrazia@hsacco.it

Organizzazione sanitaria: appropriatezza delle prestazioni

Napoli, 31 marzo-1 aprile, Hotel Excelsior, Via Partenope 48

Presidenti: dott. Giuseppe Matarazzo, dott. Gennaro Volpe

Argomenti: appropriatezza delle prestazioni sanitarie, condivisione di strategie tra ospedale e territorio, declinare l'appropriatezza organizzativa, ricoveri a rischio di inapproprietezza, livelli essenziali di assistenza, appropriatezza e percorsi di innovazione nella sanità elettronica

Destinatari: medici di organizzazione ospedaliera e distrettuale, farmacisti

Informazioni: **Segreteria Scientifica** d.ssa Rosamaria Massa, d.ssa Claudia Serino, dott. Vito Roberto Rago, d.ssa Marina Taurisano

Segreteria Organizzativa : K Link, Via G. Porzio 4, Isola G1, 80143 Napoli, tel. 081 19324211

Ecm: evento in fase di accreditamento

Università politecnica delle Marche

Nutrizione e dietetica on-line

Ancona, a. a. 2010-2011

Informazioni: **Segreteria Organizzativa** Dipartimento di biochimica, biologia e genetica, sito web: www.funiber.it, tel. 071 2204160, 339 3982164, fax 071 2204123, e-mail: univpm@funiber.org

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

Sindrome di Klinefelter

Modena, 12 marzo, Università di Modena e Reggio Emilia,

Ospedale S. Agostino Estense di Baggiovara, Via giardini 1355

Presidenti: prof. Cesare Carani, d.ssa Alessandra Sforza

Responsabili scientifici: dott. Vincenzo Rochira, dott. Giovanni Corona

Destinatari: endocrinologi, pediatri, neuropsichiatri infantili, medici di medicina generale

Obiettivi: il convegno offre la possibilità di approfondire le conoscenze circa la diagnosi, cura ed il management della sindrome di klinefelter

Informazioni: **Segreteria Organizzativa** Runtimes, Via Giardini 322/A, 41124 Modena, tel. 059 359254, e-mail: comunicazione@runtimes.it

Io simbiotico, come potenziare autostima e determinazione

di Maurizio Zomparelli (*)

Sin dalla nascita, il nostro apprendimento subisce le contaminazioni che conosciamo bene, come la famiglia, la religione, i costumi e gli usi del nostro paese e di tutto l'ambiente che ci circonda. Questa fase è particolarmente delicata, perché proprio nei primi mesi di vita l'infante comincia a prendere possesso di se, della propria individualità, differenziandosi dall'atteggiamento simbiotico sin lì espresso a favore della madre. Il fatto di dipendere completamente da un altro essere, anche se la madre, senza una propria autodeterminazione, può creare una dispercezione del se sino alla perdita della autostima ed in caso di separazione dall'alter ego simbiotico, anche l'inizio di uno stato depressivo, caratterizzato da stati di angoscia, attacchi di panico, manifestazioni fobiche-ossessive e nel caso di una concomitante involuzione psichica, la genesi, anche di una schizofrenia.

Il punto di vista che ci riguarda però deve essere analizzato con una maggiore attenzione, proprio per evitare eventuali danni alla nostra personalità. Infatti il dipendere simbioticamente, come ho detto, può genera-

re disturbi del comportamento, sino allo stato patologico dello stesso, senza creare, quindi, alcun beneficio a noi stessi.

Il fatto di essere stati educati a ricercare il nostro alter ego, ovvero la metà che manca negli altri, ci ha portato, senza volerlo, a non sapere ricercare la nostra totalità, il nostro io nel suo insieme, oltre che simbolico, anche pratico. Perdere di vista ciò che siamo e rappresentiamo per noi stessi, ci limita sia nella vita affettiva che relazionale, oltre a sembrare immaturi ed indifesi nel prendere decisioni nella vita pratica di tutti i giorni. Espressioni come: "hai tutta la vita davanti a te", "fai sempre in tempo a crescere", oppure "la vita è lunga" od al contrario "la vita è breve e bisognerebbe nascere almeno due volte per capire qualcosa", giustificano quella carenza della conoscenza del nostro io sino al punto da non considerare noi stessi come una fucina in cui lavorare per il progetto della vita.

In realtà, oggi, quanto tempo togliamo dall'attenzione di noi stessi, infatti passiamo ore davanti al nostro pc od alla televisione, distogliendo la nostra mente alla sua capacità riflessiva e deduttiva, disimparando a ragionare e meditare.

Termini come "navigare" od "esplorare nel web" sono direttamente in contrasto con il significato etimologico di ciò che gli stessi rappresentano, noi non esploriamo più e non navighiamo più con la nostra mente ed ancor peggio non riflettiamo più e non pensiamo più su quello che ci interessa, infatti viviamo in simbiosi con tutto quello che ci propongono e ci servono come conoscenza. Una simbiosi comunicativa che ci allontana sempre di più da noi stessi, una sostituzione tecnologica a quella biologica materna della simbiosi stessa, ma sempre patologica. Prima bastava leggere un libro o visitare un museo di opere d'arte o viaggiare per apprendere direttamente ed emozionalmente l'universo

che ci circonda, ci si sentiva partecipi ed artefici della nostra vita; ora in modo asettico ed involuto limitiamo la nostra comunicazione con il mondo esterno, così è solo apparenza ingannevole il modo con cui comunichiamo, infatti parliamo o meglio chattiamo a monosillabi, a loghi, avatar e quant'altro, espressioni crude di una comunicazione limitata.

La simbiosi positiva da trovare allora è quella di non cercare nell'altro il cinquanta per cento di quello che siamo, ma ammettere l'esistenza sempre della stessa metà in noi. Non dipendere simbioticamente da ciò che ci gestisce è un primo passo avanti nella crescita e nell'autodeterminazione dell'io. Certo non vi è dubbio che il progresso tecnologico abbia portato nella comunicazione una possibilità enorme di crescita e di sviluppo della conoscenza, ma la stessa tecnologia dovrebbe essere utilizzata solo ed allo scopo di migliorare il nostro *modus vivendi* senza generare uno stato di dipendenza.

L'io simbiotico attraverso la sola dipendenza da se stesso apre una frontiera sulla sua espressività e capacità vitale, ne potenzia l'autostima, migliorando il suo comportamento e di conseguenza generando un essere più consapevole, più reattivo e determinato. •

**Non dipendere
simbioticamente da ciò
che ci gestisce
è un primo passo avanti
nella crescita
e nell'autodeterminazione dell'io**

(*) Docente della Società medica italiana di psicoterapia e ipnosi

In Italia lavora solo il 46,4 per cento delle donne

La probabilità di uscire dal mondo del lavoro aumenta per le madri al di sotto dei 24 anni, per quelle con la sola licenza media e triplica per quelle che al momento del concepimento hanno un contratto a tempo determinato

di Lina Vita Losacco

Fino alla metà degli anni '70 gli economisti pensavano che “la disoccupazione potesse essere un fenomeno destinato a scomparire nei paesi industrializzati”. In realtà, i dati registrati negli ultimi due anni, fino al primo trimestre del 2010, ci rivelano un aumento del tasso di disoccupazione di poco più del 50 per cento con 17 milioni di nuovi disoccupati nei paesi dell'area OCSE, nonostante l'economia mondiale stia uscendo “dalla peggiore crisi finanziaria ed economica degli ultimi cinquant'anni”(1). Se si aggiungono i lavoratori sottoccupati e quelli non molto attivi nella ricerca di lavoro il risultato diventa circa due volte superiore al tasso ufficiale. In Italia, secondo i recenti dati Istat(2), ad avere un'occupazione lavorativa è il 57,5 per cento della popolazione tra i 15 e i 64 anni. Ad essere penalizzate sono maggiormente le donne che, a fronte del 68,6 per cento degli uomini occupati, rappresentano il 46,4 per cento, portando l'Italia al di sotto



to della media europea (pari al 58,3 per cento), lontano dalle indicazioni della Strategia di Lisbona in base alla quale i paesi mem-

bri, entro il 2010, avrebbero dovuto dare occupazione al 60 per cento delle donne tra i 15 e i 64 anni. La probabilità di uscire dal

mercato del lavoro (49 per cento in media) “aumenta significativamente per le madri sotto i 24 anni (72 per cento) e per quelle meno istruite (68 per cento) che si sono fermate alla licenza media (contro il 24,5 per cento delle laureate), addirittura triplica per le mamme che al momento del concepimento lavoravano a tempo determinato” (rapporto Manageritalia, 22 febbraio 2010). La nascita di un figlio per numerose donne rappresenta dunque la principale causa di abbandono temporaneo o definitivo del mercato del lavoro. E sono sempre le donne che nell'80 per cento dei casi sono costrette a scegliere il part time, o a rinunciare alle prospettive di carriera e di maggiore retribuzione. Così che una buona percentuale di donne, il 17,2 per cento, preferisce rinunciare ad avere figli per paura di perdere la propria occupazione(3); soprattutto le giovani tra i 18 e i 24 anni evitano scelte di vita impegnative, come la maternità, per paura di perdere il posto di lavoro nel 31,1 per cento dei casi o di incorrere in difficoltà economiche nel 29,5 per cento. Ancora una volta il tessuto sociale e culturale ostacola la conciliazione tra vita privata e professionale ed è frequente che le donne siano costrette a “risolvere il problema” da sole, rinunciando al lavoro o al figlio piuttosto che ricorrere al decreto legislativo n.151 del 26

(1) OECD Employment Outlook 2010: Moving beyond the Jobs Crisis (O.E. C.D. Organisation de Coopération et de Développement Economiques)

(2) Noi Italia. 100 statistiche per capire il paese in cui viviamo. Istat (2011)

(3) Eurispes 2008. Donne e lavoro la conciliazione che non c'è, intervista a 1035 donne tra i 18 e i 65 anni

marzo 2001 a tutela della maternità, più volte tranquillamente eluso dal datore di lavoro attraverso strategie vincolanti.

Così che nelle fasi centrali della vita delle donne, in cui è maggiormente sentita la necessità di intrecciare vita personale e professionale, l'appartenenza al "genere" rappresenta una discriminante sia per l'accesso sia per la permanenza nel mercato del lavoro. Al lavoro femminile non viene riconosciuta piena legittimità sociale malgrado l'esistenza di misure legislative di attenzione e tutela per la prevenzione e il contrasto alle discriminazioni delle donne sul lavoro. Pensiamo al decreto legislativo 25 gennaio 2010, n. 5 attuativo della direttiva CE/54/2006(4) e in vigore dal 20 febbraio 2010 che sancisce "l'attuazione del principio delle pari opportunità e della parità di trattamento fra uomini e donne in materia di occupazione e impiego".

Altro dato su cui occorre riflettere riguarda l'inattività delle donne riscontrata nel 48,9 per cento dei casi; all'incirca 10 milioni di donne, anche molto giovani, non studiano e non

cercano lavoro (Istat 2011, dati terzo trimestre 2009). La situazione, in aumento dal 2004, è presente soprattutto al Sud. L'inattività non sempre è dovuta ad una decisione personale, come ci indica l'Istituto per lo sviluppo della formazione professionale dei lavoratori che ha indagato rispetto alle motivazioni di questa eventuale *scelta/non scelta*(5). Secondo i risultati dell'indagine, i fattori determinanti sono la famiglia (il ruolo e il carico di lavoro legato alla cura dei figli o dei parenti non autosufficienti), il modello di welfare (carenza di servizi per l'infanzia o di reti familiari e informali) e l'organizzazione del lavoro (bassi livelli di conciliazione tra lavoro e famiglia, rigidità degli orari di lavoro).

Come indica l'Eurispes (2008), l'impedimento ad entrare nel mercato del lavoro spesso deriva dalla famiglia: nel 7,6 per cento le donne sono costrette ad abbandonare il lavoro per le "esigenze familiari" che sopraggiungono dopo il matrimonio, nel 5,1 per cento sono esplicitamente ostacolate a lavorare o dal marito o dalla famiglia d'origine e quindi condannate all'esclusione sociale e politica.

Una donna privata della capacità e dignità produttiva ha difficoltà ad affermarsi, non essere "portatrice di reddito" le impedisce di essere titolare di diritti. Una condizione che tra l'altro

rafforza il ruolo assegnato per tradizione alla donna e che forse potrebbe spiegare i comportamenti rinunciari di alcune di esse.

Sta di fatto che la funzione economica di produttrice o consumatrice influenza la condizione sociale della donna. Nella storia degli Stati Uniti ad esempio le donne che per tutto il diciassettesimo e diciottesimo secolo avevano contribuito in modo diretto alla vita economica del loro paese, con l'avvento della industrializzazione, sono passate da una condizione di produttività e di visibilità sociale all'accudimento della casa e della famiglia, divenuta il loro rifugio. Così che dapprima identificate come produttrici di beni, nel tempo sono state considerate "consumatrici" dei beni prodotti dal coniuge. Con il cambiamento della funzione economica e quindi della loro condizione sociale le donne hanno perso, soprattutto nelle classi medie, la dimensione pubblica della vita, divenuta totale appannaggio dell'uomo, il coniuge produttivo. In tale clima era inevitabile si delineasse una nuova identità femminile che racchiudesse "gli attributi della vera femminilità in base ai quali una donna giudicava se stessa e veniva giudicata dal marito e dalla società: pietà, castità, sottomissione e amore per la casa che tutte insieme volevano dire madre, figlia, sorella, moglie, in una parola don-

na"(6). Il "culto della Vera Femminilità", proclamato dai periodici femminili e dalla letteratura religiosa dell'epoca, rappresentava un modello rigido di differenziazione dei ruoli sessuali con comportamenti specifici. Il comportamento aggressivo, forte, poco incline alle emozioni veniva assegnato al genere maschile e ritenuto funzionale allo svolgimento di compiti di responsabilità. Le donne invece dovevano essere materne, intuitive, sensibili ed emotive ed incarnare l'ideale di buona madre e buona compagna. Ruoli e comportamenti che, purtroppo, ancora oggi hanno il controllo sulle condizioni e stili di vita di entrambi i generi. Per cui anche le donne che si occupano del lavoro all'interno e all'esterno delle mura domestiche, pur avendo un doppio ruolo, o a volte molteplici ruoli e mansioni produttive, devono privilegiare ed identificarsi con la posizione materna, educativa, di cura della famiglia. E anche nel caso in cui vi sia una collaborazione maschile, per quanto estesa, difficilmente viene strutturata una condivisione di responsabilità equiparata tra i generi. •

Circa dieci milioni di donne, anche molto giovani, non studiano e non cercano lavoro

I fattori determinanti sono la famiglia, il modello di welfare e l'organizzazione del lavoro

(4) Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 29/2010

(5) Isfol. Indagine sui fattori determinanti l'inattività femminile. Anno 2007 (campione di donne fra i 25 e i 45 anni)

(6) Welter Barbara. *The cult of True Womanhood: 1820-1960*. In: *The American Family in Social-Historical Perspective*. Michael Gordon (a cura di). New York, St. Martin's Press, 1978.

Sfruttamento lavoro minorile, odiosa piaga sociale

In tutto il mondo 215 milioni di bambini vengono sfruttati sul lavoro e altri 115 milioni sono costretti in attività rischiose o sono sottoposti alle peggiori forme di sfruttamento sessuale e ignobili traffici. Avviata la Campagna intitolata “Stop al lavoro infantile, la scuola è il miglior posto in cui lavorare”

di Ezio Pasero

In molte delle zone più povere e disagiate del mondo, dove spesso il problema più grande, svegliandosi la mattina, è quello di arrivare vivi la sera, sono così numerosi, ed è così “normale” vederli al lavoro, che dopo un po' quasi non te ne rendi neppure più conto. Bambini costretti a trascorrere l'infanzia impegnati in occupazioni spesso troppo faticose o pericolose, a guadagnarsi ogni giorno una misera vita, senza neppure sapere cos'è il gioco, la scuola, la spensieratezza della loro età. E questi sono i bambini visibili, i più fortunati, tutto sommato, quelli che è fin troppo facile incontrare magari stracarichi di fagotti più grandi e più pesanti di loro lungo le strade di Mumbai, di Lima o di Lagos. Bambini che lavorano nelle fabbriche o nei campi, nelle cave o nelle miniere, nelle case private o nelle imprese turistiche. Poi ci sono quelli che non si vedono, di cui non si sa nulla, e che sono purtroppo i più numerosi e sfortunati. In tutto il



mondo, si calcola, sono 306 milioni i bambini considerati “economicamente attivi”: 215 milioni di bambini il cui lavoro viene sfruttato e altri 115 milioni costretti a lavori rischiosi o sottoposti alle peggiori forme di sfrutta-

mento sessuale e a ignobili traffici. Sono i più recenti dati ILO, quelli cioè resi noti per il 2010 dall'Organizzazione Internazionale del Lavoro: secondo i quali, i bambini e le bambine che lavorano si concentrano per lo più in

Asia e nel Pacifico, dove sono 113,6 milioni, ma sono in preoccupante ascesa anche nell'Africa sub sahariana, dove già se ne contano 65 milioni.

Non si deve credere però che la piaga vergognosa dei bambini lavoratori riguardi solo il Sud povero del mondo. Lo sfruttamento dei bambini, tema al centro di una campagna del Cesvi, ma che impegna anche altre Ong come Terre des Hommes e Save the Children, non è una realtà che riguarda esclusivamente i Paesi in via di sviluppo, ma anche quelli ad economia in via di transizione e quelli industrializzati, dove la percentuale dei minori lavoratori rappresenta l'uno per cento. In Italia, secondo l'Istat, lavorano 144.000 bambini tra i 7 e i 14 anni; e di questi, 31.500 sono da considerarsi veri e propri casi di sfruttamento. Ma per l'Ires - Cgil la cifra è di 400 mila bambini; questa stima è confermata anche da un'indagine realizzata dall'Istituto Nazionale Consulenti del Lavoro nel 2007 e dal rapporto pubblicato da Telefono Azzurro Eurispes nel novembre 2007. E le differenze tra queste stime dimostrano che evidentemente il fenomeno nel nostro Paese è ancora poco analizzato.

In base alla Convenzione dei diritti dell'Infanzia (articolo 32.1), per sfruttamento del lavoro minorile si intende “qualsiasi forma di lavoro compiuto da bambini e ragazzi di età in-

feriore ai 18 anni che interferisca negativamente con la loro educazione e/o possa danneggiarne la salute fisica o psicologica e lo sviluppo mentale, spirituale, morale o sociale". E, al di là del principio enunciato dalla Convenzione, la ragione profonda per battersi per l'eliminazione del lavoro minorile è costituita dal diritto di ogni bambino e bambina a un'educazione libera. Un'affermazione di principio, anche quest'ultima, che contrasta purtroppo con la constatazione che spesso i minori subiscono le più gravi forme di sfruttamento, veri e propri crimini, anche nei Paesi che pure hanno sottoscritto la Convenzione 182 sulle peggiori forme di lavoro minorile, che è stata ratificata da 163 Paesi ed è entrata in vigore nel novembre 2000. Il testo dell'accordo precisa che l'espressione "forme peggiori di lavoro minorile" include: a) tutte le forme di schiavitù o pratiche analoghe alla schiavitù, quali la vendita o la tratta di minori, la servitù per debiti e l'asservimento, il lavoro forzato o obbligatorio, compreso il reclutamento forzato o obbligatorio di minori ai fini di un loro impiego nei conflitti armati; b) l'impiego, l'ingaggio o l'offerta del minore a fini di prostituzione, di produzione di materiale pornografico o di spettacoli pornografici; c) l'impiego, l'ingaggio o l'offerta del minore ai fini di attività illecite, quali, in

particolare, quelle per la produzione e per il traffico di stupefacenti, così come sono definiti dai trattati internazionali pertinenti; d) qualsiasi altro tipo di lavoro che, per sua natura o per le circostanze in cui viene svolto, rischi di compromettere la salute, la sicurezza o la moralità del minore.

Per combattere lo sfruttamento del lavoro minorile, è stata promossa dal network europeo Alliance2015 (Cesvi, German Agro Action, Hivos, Concern, People in Need), grazie al sostegno della Commissione Europea, una campagna internazionale intitolata *Stop Child Labour - School is the best place to work* (Stop al lavoro infantile, la scuola è il miglior posto in cui lavorare). La campagna ha l'obiettivo di richiamare tutti i governi, le imprese e gli attori sociali alle loro responsabilità verso i bambini e le bambine vittime dello sfruttamento del lavoro minorile. Si tratta di una campagna basata su 4 principi guida:

- 1) Lo sfruttamento del lavoro minorile nega ai bambini il diritto all'educazione.
- 2) Tutte le forme di sfruttamento sono inaccettabili.
- 3) I Governi, l'Unione Europea, le Organizzazioni Internazionali, le aziende e i consumatori devono lavorare insieme per fermare lo sfruttamento del lavoro minorile.
- 4) Gli standard di lavoro



vanno rispettati e rafforzati per eliminare lo sfruttamento.

Nel nostro Paese, la campagna vuole sensibilizzare ed educare la società sui temi dello sfruttamento del lavoro minorile in Italia e nel mondo, dei diritti dell'infanzia e dell'importanza dell'educazione come "soluzione" al problema. Per questo motivo viene sottolineato, appunto, che "la scuola è il miglior posto in cui lavorare". Questo implica la promozione e la valorizzazione del diritto a un'educazione di qualità e a tempo pieno per tutti i minori come soluzione allo sfruttamento: le

ragazze scolarizzate, in particolare, hanno maggior probabilità di avere un reddito sufficiente da adulte, di sposarsi in età più matura, di avere meno figli e con minori possibilità che questi diventino, a loro volta, bambini lavoratori.

Per il raggiungimento di tutti questi obiettivi, è stata indetta per il 12 giugno la "Giornata mondiale contro lo sfruttamento del lavoro minorile", quale occasione per rafforzare l'azione e l'impegno a favore dei diritti dei bambini. Non solo nei buchi neri del mondo, ma anche in Italia. •

Sempre al vertice... per tutta la vita

di Giuliano Crisalli

Raccontiamo sprazzi di vita dei grandi burocrati sulla cui attività ha sempre poggiato e poggia lo sviluppo civile dello Stato.

Sono in genere uomini silenziosi e schivi da ogni tipo di pubblicità che hanno dedicato la loro esistenza alla direzione delle più importanti branche dell'amministrazione pubblica.

Sconosciuti ai più hanno vissuto e vivono al di fuori degli schieramenti politici sempre soltanto al servizio della cosa pubblica. Perciò, spesso, sono anche invidiati

Dopo otto ore filate di lavoro è fresco come una rosa. Sono le 16 di un giorno qualunque. Entrano una segretaria poi un'altra. La porta si chiude e lui dice: "Eccomi". L'ufficio è ampio in un bel palazzo romano di Via Ripetta. Sulle pareti quadri ed il ritratto di Napolitano. Sullo sfondo le due bandiere italiana ed europea. Poche carte sul tavolo disposte ordinatamente. Prima di dare spazio all'intervista è lecito chiedergli educatamente se ha voglia di parlare, raccontare, ricordare. È disposto. In definitiva è uno dei rari Grand Commis, quei burocrati storici sui quali per i loro studi profondi, conoscenze storiche, amici veri e importanti che si contano sulle dita di una mano si poggia ancora oggi la parte "seria" di questa nostra repubblica. Non sorride. Ride. Presentiamo allora ai lettori del nostro Giornale della Previdenza il Consigliere Giuseppe Borgia, componente



dal settembre 2009 dell'*Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture*. Non ci vuole molto a comprendere che siamo di fronte ad una persona importante che si è occupata, bene, di tante attività, sempre ai vertici e in svariati campi: compreso quello ambito di direttore generale del ministero del Lavoro con in più la responsabilità della direzione generale della Previdenza e specifici riferimenti ai Fondi pensione. Il Grande Consigliere ha messo cervello ed esperienza nella redazione di "Studi sociali", la rivista della Conferenza episcopale; è stato membro del Consiglio di amministrazione dell'Inail e poi dell'Alitalia. Non basta. Insegna

all'Università Contabilità di Stato. È stato anche consigliere della Corte dei Conti, capo di gabinetto del ministro per le Attività produttive. E ancora, ancora... Cattolico. Ci tiene a sottolinearlo.

all'Università Contabilità di Stato. È stato anche consigliere della Corte dei Conti, capo di gabinetto del ministro per le Attività produttive. E ancora, ancora... Cattolico. Ci tiene a sottolinearlo.

Lei è romano?

Le mie radici sono calabresi, sono nato nella provincia di Reggio Calabria. La mia città di origine è Palmi, un grosso centro sul mare, sulla cosiddetta "costa viola". Però sono qui a Roma dalla fine degli anni '50. Vado spesso in Cala-

bria proprio per il mare, ma la mia vita è ormai qui nella capitale.

Quanto tempo è riuscito a dedicare alla famiglia?

Io ho una vecchia formazione che mi viene dalla famiglia di origine. Eravamo dieci figli, quando i figli

erano considerati una benedizione, e vivevamo in famiglie patriarcali dove anche i nonni facevano parte della famiglia. Nonostante debba dedicare molto tempo al lavoro, non rinuncerei per nessun motivo ad essere la sera a casa con mia moglie ed i

miei nipotini. Se non ho appuntamenti istituzionali irrinunciabili la mia priorità è la famiglia.

Parli un po' della sua vita.

La mia è la vita di un personaggio atipico. Nel senso che sono stato un "servitore dello Stato" in più

Vigiliamo perché le gare vengano svolte secondo i criteri previsti dalla legge e dal codice dei contratti

settori: mi è capitato, non per mia scelta ma per bontà delle situazioni e delle persone che nella vita ho incontrato, di lavorare in settori diversi, dalla sanità, al Lavoro, dalle attività produttive alla Presidenza del Consiglio, sino ad approdare al ruolo di Provveditore generale dello Stato nominato dall'allora presidente del Consiglio e ministro dell'Economia Lamberto Dini. Successivamente sono approdato alla Corte dei Conti su proposta del governo e successivamente, dietro nomina dei presidenti delle due Camere, membro dell'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, incarico che attualmente ricopro.

Che rapporti ha con il mondo "esterno"?

L'ufficio che rappresento ha rapporti con tutte le organizzazioni professionali che si occupano delle attività collegate con i lavori pubblici, sia Enti pubblici e associazioni di imprenditori, sia organismi territoriali o nazionali che hanno bisogno di ricorrere all'attività di vigilanza che esercitiamo noi ogni qual volta si svolgono delle gare per appalti e forniture. La caratteristica nuova della nostra Autorità è che ha assommato in se non solo la politica de-

gli appalti nel settore dei lavori pubblici, ma anche la politica delle pubbliche forniture in genere, come le aziende sanitarie che devono acquistare beni e servizi e devono fare delle gare anche nell'ordine di miliardi. In tale contesto noi vigiliamo perché queste gare vengano svolte secondo i criteri previsti dalla legge e dal codice dei contratti.

Amici?

Molti perché sono per temperamento una persona che apprezza la cordialità, l'estroversione: non amo le persone tristi, cupe o misantropiche. La mia filosofia è quella del bicchiere sempre mezzo pieno.

Come si pone nei confronti della gioventù moderna?

Ho due figli adulti che sono sposati e, come tutti, hanno pregi e difetti. Personalmente più che criticare la gioventù critico la pedagogia delle famiglie, delle scuole e delle università, perché i giovani sono il prodotto di ciò che è stato loro insegnato soprattutto in casa. Un conto è se i figli registrano che i genitori si sacrificano per loro; altrimenti se vedono che ognuno va per conto proprio vivranno in un clima familiare che non è formativo e non li aiuta. Personalmente mi sento vicino ai giovani anche per-

ché, pur non essendo io più giovanissimo, abitualmente desidero più la loro compagnia perché mi interpellano stimolandomi.

Ritengo che nell'attuale società i giovani abbiano comunque più crediti che debiti.

Hobby?

Sono nato vicino al mare e di conseguenza amo il sole ed il mare e questi sono il mio primo hobby. C'è poi la lettura che è la mia compagna nelle serate insieme all'ascolto della musica classica ed operistica.

Quale personaggio incontrato nella sua lunga vita professionale le ha lasciato un ricordo particolare?

Nella mia vita professionale ho avuto quattro punti di riferimento preziosissimi con i quali ho lavorato al ministero del Lavoro ed a quello dell'Economia: il compianto senatore Gino Giugni, Tiziano Treu, Lamberto Dini e Carlo Azeglio Ciampi. Tutte personalità che mi hanno insegnato con quanta attenzione, moralità ed onestà si deve ge-

stire la cosa pubblica. Quattro protagonisti della vita politica ed economica italiana dotati di grande competenza, austerità, capacità di essere maestri di vita.

Che cosa non rifarebbe?

La mia strada potrebbe risultare anche lastricata da normali errori come li commettono tutti gli uomini con grosse responsabilità; ma per quanto riguarda la vita professionale non ho rimpianti: tutto quello che ho fatto l'ho svolto con passione e trasparenza perché consideravo, e tuttora considero, le mie attività come sfide da vincere. Tra queste ci fu senz'altro quella condotta in porto con il ministro Giugni che decretò la privatizzazione degli Enti professionali, tra i quali quello dei medici.

Che programmi ha per domani?

Domani, tra l'altro, ho un'altra intervista, questa volta con la TV.

Grazie e buona serata.
Arrivederci. •





Nato musulmano, da madre giapponese e padre italiano, autore di saggi sull'Islam italiano e sulle radici comuni delle grandi religioni monoteistiche, Yahya Sergio Yahe Pallavicini è vicepresidente della CO.RE.IS., Comunità Religiosa Islamica Italiana, una delle principali organizzazioni dei musulmani nel nostro Paese, con sedi in 7 regioni (Lombardia, Piemonte, Liguria, Veneto, Emilia, Lazio e Sicilia). Da sempre aperta al dialogo con la cultura occidentale e col Governo italiano, la CO.RE.IS. vuol garantire una rappresentanza civilmente responsabile e religiosamente ecumenica ai musulmani italiani, in ambito nazionale, europeo e internazionale, differenziandosi parecchio da altre organizzazioni dell'Islam italiano, come anzitutto la discussa UCOII, Unione delle Comunità islamiche italiane. Con l'Imam Pallavicini parliamo delle principali iniziative della CO.RE.IS., focalizzando al tempo stesso il variegato mondo dei musulmani italiani

miche italiane. Con l'Imam Pallavicini parliamo delle principali iniziative della CO.RE.IS., focalizzando al tempo stesso il variegato mondo dei musulmani italiani

Islam italiano sulla strada del dialogo

di Fabrizio Federici

Professor Pallavicini, qual è la consistenza della vostra associazione?

Gli iscritti sono circa 5mila, ma il nostro "bacino d'utenza" è intorno alle 50mila persone, tra musulmani italiani e immigrati di seconda e terza generazione. Non dimentichiamo che oggi gli italiani convertiti all'Islam sono circa 30mila: a fronte di più d'un milione circa di immigrati regolari di fede islamica.

Che rapporti avete col Governo italiano?

Sin dal 2005 la CO.RE.IS. è regolarmente chiamata dal Viminale a partecipare alla Consulta per l'Islam italiano, ora denominata Comitato per l'Islam italiano; tra il 2004 e il 2007 abbiamo partecipato alla stesura

di quella "Carta dei valori e dei principi", firmata dalle principali comunità religiose italiane, che ha posto le basi d'una pacifica convivenza tra le varie comunità etniche, linguistiche e religiose presenti nel Paese. Ad essa dovrebbe seguire, tra breve, un Documento (elaborato insieme al ministro dell'Interno) di linee-guida sui luoghi di culto islamici in Italia: che devono diventare sempre più "case di vetro", con piena trasparenza su gestione, procedure di finanziamento, finalità, aspetti urbanistici e organizzativi delle moschee e dei centri di cultura islamica collegati. Infine abbiamo collaborato, coi ministri competenti, alla preparazione del disegno di legge sulla riforma della cittadinanza, purtroppo ora fermo in Parlamento.

E con le altre confessioni religiose?

Proprio il 1 febbraio, a Milano, i giovani di CO.RE.IS. e UGEI (Unione Giovani Ebrei d'Italia), insieme a rappresentanti delle comunità di musulmani stranieri presenti nel Paese e delle Chiese cattolica, copta, ortodossa e protestante, hanno celebrato insieme la prima Settimana Mondiale dell'Armonia Interreligiosa, indetta nel 2010, su proposta del re di Giordania Abdullah, dall'Assemblea generale dell'ONU. Il confronto col Vaticano prosegue in sede di "Forum cattolico-musulmano" (nato nel 2008); mentre quello con l'ebraismo italiano, dopo gli storici incontri tra imam e rabbini sui temi della pace e del sacro (2005, 2006 e 2010, a Bruxelles, Siviglia e Mila-

no) si sta sviluppando col progetto "I giovani e il futuro", su impegno comune di CO.RE.IS. e UGEI, che prevede iniziative per pace, ambiente, lotta alla povertà e dialogo interculturale, con la partecipazione degli studenti delle scuole e delle Università.

E che iniziative investono, invece, la vita quotidiana dei musulmani italiani?

Grazie all'interessamento del ministro degli Affari Esteri abbiamo avviato un grande progetto, coinvolgente i ministeri di Politiche agricole, Salute e Sviluppo economico: che prevede la certificazione, secondo le regole islamiche, di prodotti italiani destinati ad essere esportati nel mondo musulmano, soprattutto alimentari e agricoli, ma anche farmaceutici, cosmetici e, in ultimo, finanziari. C'è poi il "Progetto salute", per campagne nazionali d'informazione sugli immigrati e corsi di formazione degli operatori sanitari (medici compresi) per andar maggiormente incontro alle specifiche esigenze sanitarie, igieniche, psicologiche degli immigrati musulmani: ribadendo, però, un secco no a pratiche barbare come infibulazione e mutilazioni genitali varie. A Milano è già partito, in questo campo, un progetto pilota in 5 ospedali, d'intesa con l'assessorato comunale alla Sanità; e siamo in attesa di definirne l'estensione anche ad altre Regioni, insieme al ministro della Salute. •

Cambiati i permessi per l'assistenza ai disabili

Con la legge 183 del 4 novembre 2010 sono state introdotte modifiche alla disciplina sui permessi per l'assistenza a portatori di handicap in situazione di gravità accertata dagli organi competenti. Tra le nuove regole più importanti per l'assistenza ai disabili c'è il diritto ai tre giorni mensili di permesso dal lavoro che ora spetta al lavoratore dipendente sia pubblico che privato, parente o affine, entro il secondo grado (e non più come in precedenza sino al terzo) del disabile che necessita di assistenza, con l'eccezione qualora si tratti di genitori o di coniuge di un disabile che abbiano compiuto il 65esimo anno di età oppure siano affetti da una patologia invalidante o siano deceduti o mancanti. Inoltre il permesso non può più essere riconosciuto a più di un dipendente per l'assistenza alla stessa persona, salvo che si tratti di un figlio con handicap in situazione di gravità nel qual caso spetta a entrambi i genitori (anche adottivi) alternativamente. Viene inoltre precisato che ai fini dei permessi non è più necessaria la condizione della convivenza. Da ultimo la scelta della sede del lavoro da parte del lavoratore che assiste un disabile è vincolata al domicilio della persona da assistere e non più a quello del lavoratore.

M.P.E.

L'Ordine di Terni ha presentato "La nostra storia"



Il Consiglio provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Terni ha pubblicato il volume "La nostra storia" in occasione del centenario dell'istituzione degli Ordini delle professioni sanitarie. Si tratta di una rassegna storica sull'evoluzione delle professioni sanitarie, in particolare quella medica, in un periodo in cui la tumultuosa evoluzione tecnologica, ma

anche la burocratizzazione del sistema sanitario hanno inciso profondamente sul rapporto medico-cittadino rendendolo, spesso, "impersonale". "L'istituzione ordinistica compie cento anni – scrive nella presentazione Aristide Paci, presidente dell'Ordine di Terni – ma sarebbe un grave errore considerare tale ricorrenza un traguardo, ma al contrario deve essere vissuta come una tappa di un lungo percorso ed uno stimolo per la Federazione, per gli Ordini e per tutti noi".



Brescia Provider Ecm

Crediamo, con giusto orgoglio, di poter comunicare che il nostro Ordine (primo in Italia) è diventato ufficialmente provider ECM con il nuovo sistema dal 2 dicembre 2010. E' un evento importante che ci facilita nell'attività scientifica divenendo i relativi impegni burocratici più facili, più veloci e più redditizi a livello di crediti ottenibili, dimostrando inoltre l'efficacia dei nostri uffici e del personale che vi lavora.



Sicurezza sul posto di lavoro

"Il fenomeno infortunistico in Sicilia, secondo il rapporto annuale 2009 Inail – ha sottolineato il direttore Servizio 3 Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro dell'assessorato alla Salute della Regione Siciliana – rappresenta il 4,34% del totale nazionale, con 34.311 infortuni denunciati, rispetto ai 35.627 dell'anno 2008, con una flessione del 3,7% in linea con l'andamento decrescente del fenomeno in Italia. Per quanto riguarda gli incidenti mortali, nel 2009 sono stati registrati 84 casi con un incremento di 7 morti rispetto all'anno precedente. Per contrastare questo fenomeno è fondamentale l'impegno comune per azioni organiche e integrate: il Piano regionale vuole innovare, nel metodo e nei contenuti, la programmazione del settore, con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita, promuovendo il benessere psico-fisico del lavoratore quale presupposto fondamentale dell'occupazione".

Per la realizzazione del Piano triennale verranno assegnati 3.500.000 mila euro annui alle Asp territoriali – che troveranno copertura nella disponibilità finanziaria del fondo sanitario nell'ambito delle risorse per obiettivi di piano – per favorire il potenziamento dei servizi al fine di garantire una più adeguata dotazione di operatori della prevenzione. I fondi saranno suddivisi in tre piani specifici: 1.415.185 per il Piano regionale di prevenzione in edilizia (Pre); 1.257.894 euro per il Piano regionale di Prevenzione in agricoltura (Pra); 469.000 euro per il Piano regionale di prevenzione per l'emersione delle malattie professionali (MalProf) e 357.921 euro per la realizzazione delle attività di promozione, comunicazione, informazione e formazione.

Da questo numero prende il via una rubrica che, arditamente, possiamo definire sportiva, riguardante tutti i medici che, indossando preziosi pantaloncini, si “tuffano” settimanalmente o mensilmente nelle varie attività sportive. Siamo sinceramente ansiosi di ricevere segnalazioni.

Medici con la testa nel pallone

di **Andrea Meconcelli**

Dai camici bianchi alle magliette numerate con lo stesso grande e serio impegno. I medici e il pallone, i medici che si rincorrono nei campi non sempre erbosi per vincere e superarsi, e tornare a casa soddisfatti...

Potrebbe sembrare una storia da raccontare tra amici e invece, qui di seguito, trattiamo di cose serie, al punto che un goal è un goal e non una ferita suturata. Su queste basi è probabilmente nata l'Associazione medici calcio Roma (Amcr), fondata da un gruppo di amici, medici e amanti del calcio, intenzionati ad aderire a competizioni sportive con scopi di beneficenza. L'Amcr - affiliata all'Associazione italiana medici calcio - partecipa a tornei organizzati da altre associazioni sportive nel corso dell'anno ed inoltre organizza due tornei: la Coppa Italia, che si svolge nel corso dell'anno, con gironi eliminatori e fase finale; ed il campionato italiano che si gioca ogni anno in un luogo diverso nel corso di una sola settimana, di solito l'ultima di giugno o la prima di luglio. Inoltre

l'Amcr organizza partite di beneficenza e spesso partecipa a competizioni organizzate da altre compagnie.

“Noi facciamo delle partite di calcio benefiche tra vari enti quali Carabinieri, Guardia di finanza, Vigili del fuoco, nazionale cabarettisti e tutto il ricavato lo devolviamo a delle onlus di beneficenza - ricorda il dottor Marco Pescosolido, presidente dell'Associazione medici calcio Roma.” “Alla base di questo impegno, sia da un punto di vista organizzativo che sportivo - continua Pescosolido - c'è il fatto di aver giocato a calcio da giovani ed anche la voglia di ritrovarsi tra colleghi trascorrendo una giornata in allegria praticando sport e ricordando anche i tempi che furono...”.

In caso di infortunio, poi, i soccorsi non mancano “anche perché, a parte i medici sportivi, tra i ventidue in campo ci sono anche ortopedici e anestesisti, un piccolo esercito in grado di prendersi cura lì per lì dell'infortunato”.

Tra gli appuntamenti calcistici ai quali l'Amcr partecipa ci sono anche competizioni come la “Parkinson Cup”: si tratta di un torneo

annuale il cui ricavato va a favore dei malati del morbo di Parkinson che quest'anno si è svolto a Praga ed ha visto proprio l'affermazione dell'Associazione presieduta dal dottor Pescosolido.

Da ricordare, poi, il torneo recentemente svoltosi vicino Roma, a Morlupo, torneo al quale hanno partecipato le nazionali dei Vigili del fuoco, Carabinieri, Guardia di finanza e la nazionale medici.

Un bell'incontro tra appassionati di sport. Come tutti i calciatori che si rispettino anche il dottor Pescosolido è legato a momenti particolari della sua “carriera” di calciatore: “Un ricordo che mi è restato particolarmente impresso - rammenta il presidente Amcr - risale ad uno o due anni fa, quando abbiamo giocato una partita presso il santuario del Divino Amore a Roma ed il ricavato lo utilizzammo per l'acquisto di una cucina per la mensa dei ragazzi di un convento. Un pensiero simpatico e in sintonia con le finalità dell'associazione”.

In futuro l'Associazione medici calcio Roma ha in programma di proseguire nell'organizzazione dei tornei di calcio e partite amichevoli, continuando a raccogliere fondi da devolvere ad associazioni onlus di beneficenza.

Alla fine tutti negli spogliatoi per ricordare, sotto il rumore delle docce, le reti subite e quelle segnate, sempre con l'animo lieto. La medicina, tutti lo sanno, non è una scienza ma un'arte. Il calcio, invece, è una cosa tremendamente seria... •



“Insieme” per andare più lontano

Cura degli iscritti, senso di appartenenza, impegno personale, positività ed empatia. Queste le parole chiave dei corsi che negli ultimi due anni hanno coinvolto tutti i dipendenti della Fondazione

di Guglielmo Martone (*)

“L’amore conta” è una bellissima canzone di Luciano Ligabue nella quale si afferma che per costruire un legame duraturo e solidale con un’altra persona occorre “capire per bene il termine Insieme”.

Il termine Insieme è anche il titolo dell’intervento di ricerca e formazione che ha riguardato tutti i dirigenti e i collaboratori della Fondazione Enpam e che Politecnos ha avuto l’onore e la responsabilità di progettare e di condurre in aula nell’ultimo biennio, a conferma della volontà della Fondazione di non intendere la formazione come un fatto episodico, ma come una strategia di miglioramento permanente.

“Da soli si va più veloci, ma Insieme si va più lontano” è stato uno degli slogan didattici sui quali i partecipanti sono stati chiamati a discutere per affrontare temi di grande attualità come la solidarietà organizzativa, la comunicazione efficace, la positività e l’empatia, il lavoro di squadra e la collaborazione. Tutti argomenti che hanno suscitato un forte interesse fra i collaboratori dell’Enpam a testimonianza di quanto la formazione, non solo tecnico-specialistica, ma comportamentale e organizzativa, rappresenti oggi un enor-



me valore per le imprese e per coloro che ne fanno parte. Una formazione basata sui contributi dello staff di ricerca composto da esperti di consulenza aziendale, psicologi e sociologi, che è stata erogata in modo coinvolgente e interattivo utilizzando filmati realizzati ad hoc, esercitazioni esperienziali e giochi di ruolo. Un modo di trasferire competenze utilizzando una chiave di leggerezza, che non è il contrario della serietà, ma solo della pesantezza.

In un paese e in un mondo attraversato da grandi interrogativi e da numerosi problemi, c’è un modo antico di

fare le cose, divenuto oggi sorprendentemente moderno. È il modo di fare le cose in maniera responsabile per sé e per gli altri. È una visione delle cose che metta al centro di ciò che facciamo alcuni valori come l’impegno personale, la cooperazione, il senso di appartenenza, il desiderio di contribuire ad un progetto di crescita comune e condiviso.

Jeremy Rifkin, uno dei più popolari pensatori sociali del nostro tempo, propone una radicale rilettura del corso degli eventi umani sostenendo che nell’epoca della globalizzazione, la coscienza di ognuno di noi si dovrà

fondare sull’empatia ovvero sulla capacità di immedesimarsi nello stato d’animo o nella situazione di un’altra persona.

Tutto ciò a livello personale e a livello professionale impone agli individui e alle imprese uno sforzo sempre maggiore, ma molto efficace, di sviluppare le capacità di ascolto, le capacità relazionali, le abilità comunicative e negoziali, ma anche la capacità di produrre nuove soluzioni professionali al servizio della collettività.

Un sentito ringraziamento va al direttore generale dottor Alberto Volponi, al capo del Dipartimento delle risorse umane avvocato Cesare Bianchini, e alla dottoressa Lorena Melli che ha diretto il progetto con passione e competenza. Un particolare riconoscimento va a tutte le persone che si sono avvicendate in aula e che hanno portato un patrimonio di energie, di disponibilità e di contributi creativi dei quali non ci dimenticheremo. •

(*) A.U. Politecnos 2000
The Customer
Service Company



François Rabelais, dottore e favolista

Autore della serie di romanzi “Gargantua e Pantagruel”, lo scrittore francese utilizzò le avventure dei due giganti come pretesto per ridicolizzare, con la sua feroce satira, la società dell’epoca ma anche quei “sapienti” che appoggiavano il metodo tradizionale d’insegnamento al posto di un’istruzione più scientifica e realistica

di Luciano Sterpellone

Anche se non l'intero libro, sono pochi coloro che non abbiano letto almeno qualche pagina del *Gargantua e Pantagruel*, la famosa raccolta di novelle scritta da François Rabelais. Ma forse pochi sanno che egli era un nostro collega (francese) del 1500 e che fu anche medico del Vaticano.

In realtà, da giovanissimo era entrato in convento per divenire francescano, ma poi vista l'avversione dei superiori verso gli “studi profani”, pensò bene di fuggire dal convento con grande scandalo dei concittadini, che per tutta la vita lo considerarono un ribelle, addirittura il diavolo travestito da monaco, capace di far ingoiare ai confratelli droghe per tentarli al peccato.

È soltanto verso i quarant'anni che François si iscrive alla facoltà Medica di Montpellier, stupendo maestri e studenti per la sua perspicacia: e ancor prima di laurearsi tiene all'Università corsi su Ippocrate e Galeno, sui quali pubblica anche un libro divenuto un *best seller*. Ma ha già più volte manifestato il suo senso dell'umorismo inventando una “ce-



Anonimo, “Ritratto di François Rabelais (1483–1553)”, Musée national du château et des Trianons

rimonia” rimasta in uso all'Università di Montpellier sino alla fine del '700: il candidato “promosso” riceve la toga romea (detta appunto *rabelais*) e sale in cattedra accanto ai Maestri; indi viene fatto accedere nella cosiddetta “Sala del Conclave” ove i compagni l'attendono...con una gragnola di botte.

Sottoposto anch'egli a una

cerimonia del genere, il neomedico comincia ad esercitare a Lione con uno stipendio di 120 lire. Ben presto inventa due strumenti per l'esame del paziente: il *glosocomio* per retrainare la lingua, e il *siringotomo*, un bisturi per incidere le fistole. La sua fama di valente medico si estende rapidamente a tal punto che il cardinale du Bellay se lo porta a Ro-

ma come medico personale, presso Clemente VII. E nella Città Santa il giovane medico trova anche il tempo di occuparsi di archeologia, di letteratura e di scienze naturali. Con papa Paolo III regolarizzerà la propria posizione di sacerdote che vive un po' a modo suo, e con apposita “bolla” viene autorizzato ad esercitare la professione di medico *entro i limiti ammessi dalla Chiesa* cioè sino “all'uso del fuoco e del ferro escluso”, ciò in quanto la Chiesa del tempo tollera nei religiosi l'esercizio della medicina ma non della chirurgia. A Rabelais gli storici riconoscono meriti chi di anatomista, chi di esperto di fisiologia, chi di buon pratico. Ma sono tutti d'accordo nel considerarlo anche un medico che nelle sue favole si diverte a burlarsi della sua stessa professione. Come quando “racconta” il processo della digestione: “L'appetito, nello stomaco, per mezzo di un po' di malinconia [bile nera] acidula prestatagli dalla milza, ammonisce che bisogna infornare cibo. La lingua l'assaggia, i denti lo masticano, lo stomaco lo riceve, digerisce e chilifica. Le vene mesenteriche ne succhiano ciò che è buono e idoneo, e trasmettono la parte al fegato, il quale ne fa sangue. I reni ne traggono l'acquosità”. Ma la vera grande passione di Rabelais è quella di scrivere. Ha già pubblicato l'opera che lo renderà im-

mortale: la vita e le prodezze di due giganti, Gargantua e suo figlio Pantagruel. Dichiara egli stesso che fu per alleviare le pene dei propri malati che cominciò ad inventare al loro letto le prodigiose gesta dei due giganti.

L'opera esce dapprima con lo pseudonimo di Alcofricas Nasier, poi con il vero nome dell'autore, seguito pomposamente dalla sua qualifica di medico. Come dirà il suo editore, ne verranno vendute più copie in un mese, che della Bibbia in nove anni.

E anche se i sapienti della Sorbona condannano il suo libro, Rabelais continua ad esercitare contro di loro la sua satira pungente, puntando gli strali contro il metodo tradizionale di insegnamento e il formalismo umanistico, cui egli contrappone un'istruzione più scientifica e realistica. Sa però ben distinguere tra medici buoni e mediocri, i quali ultimi "incombono talvolta ai malati più pericolosamente delle malattie...".

La materia medica è per lo più usata in maniera burlesca, talora con un fondo di buon senso, il più delle volte semplicemente per far ridere tra una selva di citazioni erudite e di termini tecnici che servono a rafforzare la comicità. Né viene trascurata la dietetica. Gargantua fa colazione con trippa fritta, grossi pezzi di carne alla graticola, prosciutti, arrostiti, non senza abbondanza di zuppe (da ricordare che si tratta di un gigante al cui allattamento provvidero 17.913 mucche). E quando il suo peda-

gogo gli dice che non è igienico bere vino dopo il sonno pomeridiano, il bravo gigante risponde che lui dorme "salato", per cui ha bisogno di bere.

Dalle pagine di Rabelais emergono anche delle curiose ricette. È vero che il caldo fa bene ai reumatismi, ma un personaggio sostiene addirittura di essere guarito dalla sciatica mentre i turchi cercavano di arrostito allo spiedo! E la stitichezza si cura...con una forte paura.

Entriamo poi nel regno di Quintessenza, una signora dai poteri miracolosi. Lei cura i malati solo suonando le

canzoni adatte alle loro malattie. E in ciò egli precorre la codificazione della moderna musicoterapia. Donna Quintessenza suona un organo che ha le canne di cassia, il registro di guaiaco, i pedali di rabarbaro, la tastiera di scammonia. Ma sa guarire solo gli incurabili, ai malati comuni pensano le sue damigelle: chi cura la sifilide toccando tre volte con le dita le vertebre cervicali, chi la tubercolosi e le magrezze facendo vivere queste persone con i frati per tre mesi, chi infine fonde le donne vecchie per farne delle giovani.

François Rabelais, *Gargantua*. Illustrazione di Gustave Doré, 1873



Pungente è nell'opera di Rabelais la satira soprattutto nei confronti di medici e malati: una satira tuttavia scritta da un medico non per denigrare la Medicina, ma solo per mettere alla berlina i medici poco bravi e pieni di boria. Nelle pur esilaranti avventure di Gargantua e Pantagruel sono ancora quantomai vive la saggezza professionale, la sagace conoscenza dei problemi sia del corpo che della mente, la profonda conoscenza del buon vivere: "Poiché non v'è sapienza in un'anima malevola, e la scienza senza sapienza è la rovina dell'Uomo, è necessario non affidare il cuore alla vanità, amare il prossimo, fuggire dalla gente alla quale non s'intende assomigliare...".

Rabelais muore nel 1553. La leggenda vuole che egli chieda di essere vestito con una di quelle lunghe vestire dette *dòmino*, spiegando con un gioco di parole di voler in tal modo ossequiare il detto "Beati qui in domino *moriuntur*". Si dice anche che il testamento sia stato questo: "Io non ho il becco di un quattrino e sono pieno di debiti. Lascio il resto ai poveri". E lui stesso assicura: "C'è stata gente che essendo terribilmente tormentata dal mal di denti, dopo aver speso invano un patrimonio per i medici, non ha trovato rimedio più efficace che mettere le cronache di *Gargantua e Pantagruel* tra due pannolini ben caldi, ed applicarli sulla parte dolorante come un impacco senapato...". •



L'anestesia e la rianimazione

Poiché la scarsa conoscenza dell'anestesia può generare un'angoscia sproporzionata in rapporto al rischio reale, e poiché ognuno può aver bisogno della rianimazione sia dopo un intervento chirurgico piuttosto grave, sia dopo un'improvvisa malattia o un trauma severo, l'Autore ha pensato che una puntualizzazione su questa branca specialistica, guidata dalla pratica professionale e dall'esperienza personale in quanto

paziente, avrebbe dissipato la paura di ciò che non si conosce e aiutato ciascuno ad avere un atteggiamento adeguato e a comunicare meglio con i professionisti coinvolti e nello stesso tempo trarre maggior beneficio dalle cure ricevute. Le informazioni fornite con il volume hanno come scopo quello di spiegare gli atti più frequentemente praticati, i loro vantaggi ed eventualmente i loro rischi.

Jean-Jaques Lehot

"L'anestesia e la rianimazione"

Retz, Parigi – pp. 136, euro 19,00



Il venditore di palloncini

L'avvincente storia di un uomo che deve affrontare il proprio destino e guardare in faccia la sua vita, prima che sia perduta per sempre. L'amore, l'odio e la vendetta guidano i protagonisti di questo romanzo che affonda le sue radici negli anni Settanta, in un'Argentina sporcata e violentata dal regime. Ma è sulla splendida isola italiana di fronte a Milazzo che i nodi di una vicenda troppo intricata inizieranno a sciogliersi, perché solo la magia di un'isola può illuminare la falsità

delle apparenze e svelare ciò che c'è dietro. Perché nessuno è come sembra, neanche il simpatico venditore di palloncini...

L'Autore, Francesco Ventura, medico angiologo, oltre ad aver collaborato ad alcuni quotidiani, radio e Tv private, è autore di diversi servizi dedicati ai mondi giovanili.

Francesco Ventura

"Il venditore di palloncini"

Albatros Il Filo, Roma – pp. 79, euro 12,90



Una manciata di sogni

Sono tre i racconti di cui si compone il libro, in parte autobiografici, sospesi tra la realtà ed il sogno. Nel primo, "La casa", l'Autrice immagina di ritrovare, durante il restauro di una vecchia casa di campagna, oggetti appartenuti a precedenti proprietari che, prima di lei, l'hanno abitata e amata. Nel secondo, "La diagnosi", viene narrato il difficile caso clinico di una giovane donna, Chiara, e del medico, Marco, che riuscirà a risolverlo. Nel terzo,

"Vento", viene descritta la storia dell'amore tenero e profondo che ha unito l'Autrice al suo cavallo per quattordici anni. Attraverso mille difficoltà, legate alla precaria salute di Vento (il nome del cavallo), il rapporto tra i due, dapprima difficile e conflittuale, si trasformerà lentamente in una relazione fatta di armonia e complicità.

Maria Wanda Caldironi

"Una manciata di sogni"

Davide Zedda Editore, Cagliari – pp. 160, euro 13,00



Un giro di valzer

Con l'avanzare degli anni, si trova il tempo per riflettere e quindi per ripassare nella mente quelle vicende singolari e vivaci che più o meno danno colore alla vita di ognuno di noi. Con un block-notes ed una biro a portata di mano, l'Autore ha voluto ripercorrere il solco del passato, annotandone i ricordi più significativi, e poi ha deciso, invogliato anche dai familiari, di darli alle stampe per meglio riviverli. Così operando, è parsa evidente la grande diversità della società, nelle sue molteplici espressioni, che ha accolto l'Autore nell'anteguerra da quella di questi ultimi decenni; diversità che più si progredisce con l'età più si accentua ai propri occhi. Far conoscere ai giovani questi distinti orizzonti e far riflettere al riguardo gli anziani hanno rappresentato il filo conduttore di questo lavoro, che ha voluto ripercorrere il sentiero di fatti, vicende, ma soprattutto emozioni.

Luigi Giannico

"Un giro di valzer"

Edizione fuori commercio – luigiannico@hotmail.com



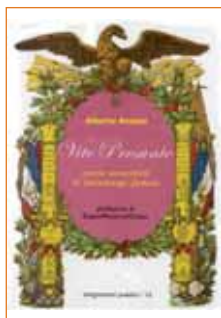
A scuola dimagrendo

Questo libro affronta le modalità teoriche e pratiche per svolgere e portare a termine correttamente una dietoterapia. Il percorso dietetico comporta una trasformazione fisica e psicologica; consegnare la dieta, illustrare come è stata elaborata, fornire uno schema per la sostituzione degli alimenti, consente al cliente di essere parte attiva del proprio "viaggio". L'aspetto tecnico però, da solo, non è sufficiente al raggiungimento dell'obiettivo desiderato; dobbiamo imparare a viaggiare anche psicologicamente, scontrandoci con quei fantasmi e con quelle "sovrastutture" che non solo ostacolano il cammino, ma offuscano la sacralità di sentirsi vivi; imparare ad acquisire quella sicurezza che ci fa sentire di essere soggetti della nostra vita e delle nostre scelte, senza perdere di vista la propria fragilità.

Massimiliano Paris, Elisabetta Ghezzi

"A scuola dimagrendo"

Lalli Editore, Poggibonsi (Siena) – pp. 190, euro 15,00



Vite presunte

Leonardo che non riesce a far sorridere la Gioconda, lo sboccato Cambronne duro a morire, l'accordo di compromesso tra San Francesco e il lupo, i buchi di Giotto, l'amore regale che Colombo mandò deluso, il cinesino magico di Giovannino Gutenberg, l'ovvietà surreale di Monsieur de la Palisse, i battibecchi poco romantici tra Romeo e Giulietta, gli acciacchi del giovane Werther, i consigli di Luigi XVI al dottor Guillotin, le ossessioni del dottor Freud. Sono questi (e molti altri) i momenti salienti delle "Vite presunte" create da Alberto Arcioni con un'elegante verosimiglianza dell'impossibile, un'abilità unica nel descrivere l'assurdo della cronaca ficcata a forza nella Storia, e una delicatezza ironica e complice verso tanti uomini illustri.

Alberto Arcioni
"Vite presunte"

Fefè editore, Roma – pp. 176, euro 9,00



Medici & pazienti sulla stessa barca

Pur non mancando passaggi in cui vengono stigmatizzate situazioni sicuramente discutibili che danneggiano il sistema sanitario, il libro di Vincenzo Oriolo non è un libro di denuncia del sistema-sanità del nostro Paese, bensì vuole essere un libro di proposta. È tempo, infatti che alla indignazione segua la speranza che qualcosa si debba e si possa fare. L'autore prova quindi a tracciare alcuni percorsi, grazie a proposte, che se pur avanzate in altre sedi ed in altri modi, sono qui rese più organiche e chiare con l'intento di chiarire anche ai non addetti ai lavori quello che spesso viene esposto con linguaggio ermetico.

Vincenzo Oriolo
"Medici & pazienti sulla stessa barca"

Bastogi editrice italiana, Foggia - pp. 216, euro 16,00



E ora basta!

I consigli e le regole per affrontare le sfide e i rischi dell'adolescenza

Decidere non è semplice e il mestiere di genitore s'impara anche sbagliando. Il rischio fa crescere ma alcuni rischi tagliano le ali per sempre. Fare evoluzioni con lo skate non è come calarsi una pastiglia in discoteca e lanciarsi a capofitto nel primo amore non è come guidare ubriachi. E questo un adolescente rischia di impararlo sulla propria pelle se non trova genitori che incoraggiano la sua voglia di crescere, ma non hanno paura di dire qualche volta: "E ora basta!". In questo libro Alberto Pellai affronta il tema delle dipendenze più diffuse fra i giovanissimi: da quelle classiche (tabacco, alcol, droga) a quelle moderne (Internet, Social Network, Poker online, pornografia virtuale), proponendo un percorso educativo su misura per ogni famiglia. I film e i brani musicali proposti, i test di autoanalisi, le checklist con "le

cose che fanno bene" e quelle "da evitare" rendono questo libro un pratico salvagente di cui dotare il proprio figlio desideroso di prendere il largo.

Alberto Pellai
"E ora basta!"

I consigli e le regole per affrontare le sfide e i rischi dell'adolescenza"

Kowalski editore, Milano – pp. 224, euro 14,00



Medici, Infermieri e altri Animali

Nove racconti ironici e soprattutto autoironici sulla tragicomicità del mondo sanitario. Dolore, lacrime e risate si alternano in corsia, in pronto soccorso e nelle case dei pazienti. Il filo conduttore delle vicende dei protagonisti è l'allegria alternata alla sofferenza, nel lavoro come nella vita. Ogni aspetto tragico insegna a voltare pagina e a risalire con un sorriso: unico modo per continuare a lavorare con la malattia. Il sorriso e l'amore risultano essere la medicina giusta per curare l'altro e se stessi. "Un sorriso vale più di molte medicine" dice un detto popolare. E sorridendo si guarda in faccia il destino, lo si prende per mano – sorridendo – unico modo per non affondare.

Luca Praticò
"Medici, Infermieri e altri Animali"

Edizioni Cinque Terre, La Spezia - pp. 124, euro 9,90



Legami dolenti

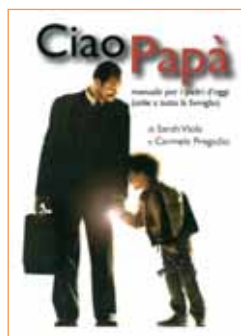
Massimo Canu, laureato in Psicologia a Bologna e specializzato in Psicoterapia a Roma, è direttore dell'Agenzia Comunale per le Tossicodipendenze, dal '98 l'unica istituzione comunale in Italia a occuparsi di questo problema. A una serie di storie vere di tossicodipendenti, ambientate nella Roma anni '70, ha dedicato ora il romanzo "Legami dolenti". Se in questi racconti i nomi sono di fantasia, i personaggi sono rigorosamente reali. Per anni, infatti, Canu ha fatto la sua specializzazione "sul campo", lavorando nei servizi destinati a tossicodipendenti. Una ricerca che l'ha portato a scrivere quella che, in realtà, è un'unica storia, pur articolata su fatti riguardanti tre generazioni. Comprendendo quello che la classe dirigente – tranne rare eccezioni – ha spesso preferito ignorare: la centralità, alla base della "non scelta" di drogarsi, delle carenze o, all'opposto, degli eccessi affettivi creati nell'individuo nei primi decenni della sua vita. Ecco, allora, l'importanza d'una vera politica- statale e degli enti locali - per l'adolescenza e la gioventù, senza velleità repressive ma anche senza buonismi ipocriti: sfida che è tra quelle fondamentali del nuovo millennio. (F. Fed.)

Massimo Canu
"Legami dolenti"

Koinè edizioni, Roma - pp. 160, euro 13,00

Libri ricevuti

di G. F. Barbalace



Ciao papà

Sarah Viola e Carmela Pregadio hanno scritto un libriccino prezioso sulla riabilitazione della figura paterna.

Queste pagine forniscono un aiuto ai nuovi papà, la cui figura genitoriale è stata alterata e trasformata dalla cosiddetta rivoluzione culturale in una controfigura materna: in un "mammo". Ora, più che mai, si è capito che un padre, pur dovendo sapersi dedicare alle cure e ai giochi dei figli, deve tornare ad essere un "ordinatore", che stabilisce nella famiglia le regole, da condividersi certamente con la moglie, perché i figli di un padre debole e femminilizzato sono troppo spesso angosciati e invecchiano senza essere mai cresciuti. Il volumetto, dedicato ai padri, in coppia o separati, che devono riscoprire la loro funzione educatrice, sarà utile anche alle mamme, alle quali fa conoscere l'importanza della diversità dei ruoli di coppia.

Sarah Viola, Carmela Pregadio
"Ciao papà"

www.stampalibri.it - pp. 105, euro 10,00



Il rossetto

È il racconto, attento e garbato, che Antonella Vandelli fa dell'assistenza prestata alla madre, malata di Alzheimer. Sono pagine commoventi e poetiche, che oltre a farci conoscere una storia di amore filiale, forniscono una risposta ai molti quesiti, che si pone chi ha l'incarico di prendersi cura di questo tipo di ammalati. Il libro dà ragione dei frequenti momenti di sconforto, fa capire l'importanza del

sapersi relazionare con il personale socio sanitario e sarà un'utile e chiara guida sugli atteggiamenti da tenere e le pratiche da seguire nelle diverse fasi della malattia. Inoltre, seppur succintamente, suggerisce come comportarsi prima e durante le visite mediche e cosa chiedere al dottore, fornisce le informazioni essenziali per le pratiche di riconoscimento dell'invalidità civile e dello stato di handicap e notizie su altre agevolazioni ed esenzioni in favore di questi ammalati e sui diritti dei loro familiari.

Antonella Vandelli
"Il rossetto"

www.matarreseeditore.com - pp. 86, euro 10,00

Un tuffo nel passato in un'isola da sogno

L'esperienza vissuta durante una missione di volontariato di tre mesi nella Repubblica Araba dello Yemen, nell'isola di Socotra, è raccontata da Francesco Angelico in forma di diario. Oltre all'attività medica svolta nell'ospedale generale di Hadibo, centro principale, e in molte altre parti sperdute dell'isola muovendosi con una "mobile clinic", l'autore descrive le originali usanze e le condizioni di bisogno della popolazione locale, poi, compiacendosi di trascrivere le parole arabe apprese, ricorda l'amabilità delle persone incontrate e di quelle curate ed ha il piacere di dilungarsi a descrivere le incontaminate bellezze naturali del posto, rimasto ancora al di fuori degli itinerari turistici, che rischiano di sparire se non verrà adeguatamente controllata l'immancabile avanzata del progresso.

Francesco Angelico

"Un tuffo nel passato in un'isola da sogno"

Armando Editore, Roma - pp. 172, euro 20,00



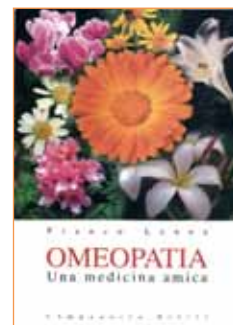
Omeopatia, una medicina amica

Il libro di Franco Lenna è una chiara guida che fa conoscere l'applicazione olistica di questa pratica medica. Il testo, basato sulla personale esperienza di ricercatore e di terapeuta dell'autore, descrive l'omeopatia come una medicina naturale, più umana, energetica, preventiva, complementare e non alternativa, perché non viene proposta in sostituzione di altre terapie. La peculiarità di questo lavoro è quella di sostenere l'opportunità di sviluppare in maniera olistica l'impronta psicosomatica, che Hahnemann diede inizialmente a questa pratica medica, apportandovi le conoscenze della moderna psicologia dinamica, umanistica e bioenergetica, nonché l'osservazione del linguaggio verbale e del corpo, affinché l'omeopatia acquisti una maggiore apertura alla totalità dell'uomo.

Franco Lenna

"Omeopatia, una medicina amica"

Campanotto Editore, Pasian di Prato (UD) - pp. 59, euro 10,00



Vivi te stesso, non farti condizionare



Mario e Lorenzo Ciampolini hanno svolto con quest'opera un'indagine sull'alimentazione di adulti e bambini e propongono un metodo alimentare ideato per risolvere il malassorbimento e garantire salute e forza ad ogni età: l'alimentazione omeostatica.

Gli autori insegnano che un'adeguata conoscenza dei cibi e della fisiologia consentirà di riconoscere e mantenere le sensazioni finalizzate all'omeostasi; che le misurazioni glicemiche effettuate durante le diverse sensazioni corporee, percepite in relazione ai consumi metabolici e alla introduzione di energia con il cibo, permettono di stabilire il proprio stato glicemico e di controllare il bilancio delle calorie per rendersi conto di quando i pasti portano al sovrappeso, alla resistenza all'insulina e agli stati di cagionevolezza. La glicemia può infatti segnalare, in ogni momento, il livello di nutrimento, cioè di energia, disponibile per le cellule corporee.

Mario Ciampolini, Lorenzo Ciampolini
"Vivi te stesso, non farti condizionare"

Nutrizione & Prevenzione, Associazione "no-profit", Firenze
 www.nutprev.it - pp. 121

Il rischio residuo nelle dislipidemie: ruolo delle lipoproteine ad alta densità e dei trigliceridi plasmatici

La pubblicazione fa il punto sulle prospettive del controllo dei fattori lipidici di rischio aggiuntivi per il quale si prevede un ruolo sempre più importante nell'approccio integrato dei pazienti a rischio cardiovascolare. Nel testo si mette in evidenza anche la grande importanza che, nella terapia delle lipoproteinemie, ha il concetto di "rischio residuo" legato ad altri disturbi del metabolismo lipidico lipoproteico e si fa presente che negli ultimi anni le efficaci possibilità di controllare il colesterolo LDL non permettono ancora di limitare del tutto il rischio "lipidico". Infatti il peso di fattori di rischio lipidico aggiuntivi, quali i bassi livelli di HDL, nei soggetti in terapia ipocolesterolemizzante rimane costante.



Autori vari

"Il rischio residuo nelle dislipidemie: ruolo delle lipoproteine ad alta densità e dei trigliceridi plasmatici"

Edizioni Internazionali EDIMES, Pavia - pp. 62

In breve

Gabriella Maria Scamardella

NON T'AMO PIÙ

Queste poesie, di un bel verseggiare meditato e di sicuro effetto per la delicatezza della forma e l'originalità delle tematiche, vogliono penetrare, in una ricerca della verità e della purezza dei sentimenti, le motivazioni e i nessi del dolore originato dall'amore, mostrando, nel campo della poetica e dell'affettività, un bell'esempio di sensibilità femminile. Alla silloge è allegato un CD della soprano Rosalba Colosimo.

Grauseditore, Napoli - pp. 59, euro 12,00

Giovanni Gelmini

PURCHÉ SIANO BIANCHI SOLO I CAPELLI

Pubblicato sotto l'egida del Lions Club Correggio "Antonio Allegri" del Warrant Group e della Banca Popolare dell'Emilia Romagna, questo libro parla della vecchiaia e, con una visione positiva di questa parte della vita, fornisce saggi suggerimenti su come prevenire e affrontare le problematiche proprie di questa età per giungervi in salute e da protagonisti.

Consulta, Libriprogetti, Reggio Emilia - pp. 153

Camilla Bianco

QUEL CHE RESTA

Un libro commovente, un libro denuncia. In queste pagine, con uno stile capace di avvincere il lettore, l'autrice affronta un caso di malasanità e di malagiustizia raccontando della perdita della sorella, medico e figlia di medico, in seguito a un parto cesareo malcondotto e della successiva causa giudiziaria finita in prescrizione, che ha impedito di ottenere l'invocata giustizia.

CeSvOp, distribuzione gratuita - pp. 175

Orazio Sudano

LO STEMMA DEL COMUNE DI SOLARINO

L'accurata, documentatissima ricerca sugli stemmi, i gonfalon e sull'origine del nome del piccolo centro siciliano fondato nel XVIII secolo col nome Sancti Pauli Solitarii, ricostruisce, con abbondanza di fotografie e documenti, la storia del paese e i fatti e le vicende che portarono, soltanto nel 1921, alla concessione dello stemma e del gonfalone civico.

ESSEDI arti grafiche, Solarino (SR) - pp. 93

Autori vari

LA RESPONSABILITÀ AMMINISTRATIVA DELLE SOCIETÀ E DEGLI ENTI

Il primo volume Plenum del 2010, porta in allegato il Decreto legislativo 8.6.2001, n. 231, ne discute tredici tematiche diverse per svilupparne un utile approfondimento e altri cinque argomenti, fra i più significativi del decreto, vengono presentati e commentati con la competenza delle pubblicazioni Plenum.

Plenum Editore, Torino - pp. 257, euro 73,75

Un Re in stile Bollywood

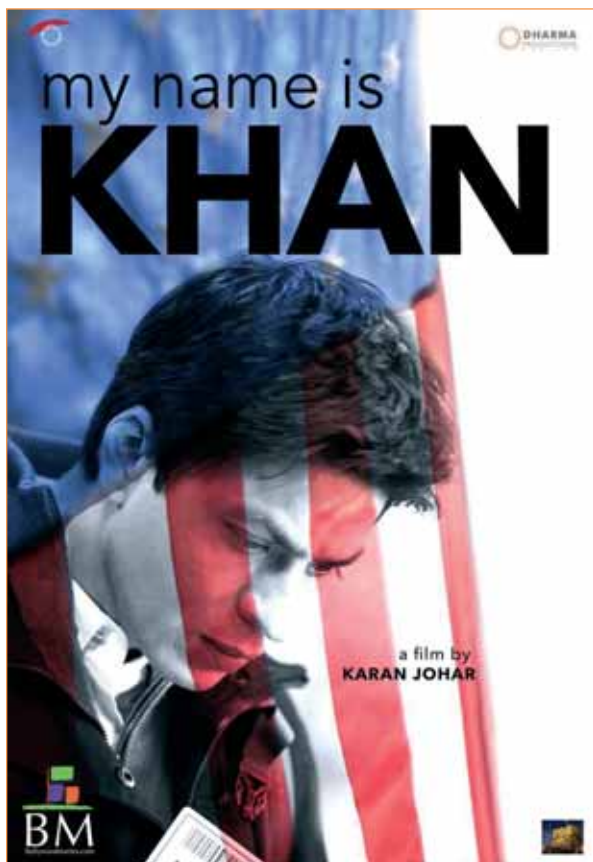
di Maricla Tagliaferri

Il suo nome è Khan. Shah Rukh Khan. Ma milioni di fan lo chiamano King Khan o semplicemente SRK, con le iniziali, così come noi, per intendere John Kennedy, diciamo JFK. È la più importante star dell'India e in vent'anni di carriera ha realizzato oltre set-

tanta film, in cui, secondo lo stile di Bollywood, oltre a recitare, balla e canta. Da noi, inguaribili provinciali, è quasi sconosciuto, nonostante alcuni dei suoi lavori abbiano partecipato alla corsa agli Oscar e al Festival di Cannes. Tanto che abbiamo lasciato passare come una meteora nelle sale il suo film *Il mio nome è Khan*.

Un film molto lontano dagli schemi colorati del cinema indiano, storia drammatica di Rizvan Khan, affetto dalla sindrome di Asperger, che ha una vita normale, felice e integrata negli Stati Uniti. Finché due aerei kamikaze si abbattono sulle Torri Gemelle e sulle vite quotidiane dei musulmani immigrati. E distruggono la sua. Un ruolo impegnativo, che però non l'ha colto di sorpresa: "Ho lavorato a lungo in teatro e fra gli esercizi che ci davano, c'era quello di insegnare recitazione a bambini problematici, dislessici, spastici e autistici. Per il film mi sono fatto guidare dal libro di Mark Haddon, *Lo strano caso del cane ucciso a mezzanotte*, il cui piccolo protagonista è autistico. Ho studiato documentari realizzati da persone affette dalla sindrome, che spesso si esprimono meglio attraverso una telecamera. Un bambino autistico ha frequentato per due mesi la mia casa. Poi sul set ho chiesto il controllo di tutti, perché il minimo gesto sbagliato, uno sguardo non abbastanza fisso può offendere migliaia di persone".

Shah Rukh Khan è molto più di un divo. Nato a Nuova Delhi 45 anni fa, fin da piccolo ha respirato aria di impegno. Proveniente da una famiglia di origine Pashtun, suo padre ha lottato per l'indipendenza e sua madre è stata la prima donna magistrato di fede musulmana. Musulmano lui stesso, sposato con una indù, educa i suoi due figli nel-



le due religioni. Ha studiato dai gesuiti, è laureato in Scienze della comunicazione, è Cavaliere delle arti e delle lettere in Francia, ha dominato per tre anni la classifica degli uomini più potenti, ha collezionato un numero di premi impressionante.

Intorno a lui ruota un giro d'affari di 500 milioni di dollari, ha una sua casa di produzione, dunque sa quel che dice, quando riflette sul futuro internazionale di Bollywood: "Quando l'economia di un paese va bene, ci si accorge anche della sua cultura. Ora che siamo secondi alla Cina, ci guardano con più attenzione. Ma il nostro cinema, che sforna mille film l'anno, deve ancora lavorare sulle sceneggiature, troppo lunghe e complicate, per poter essere esportato su larga scala".

In India l'invasione dell'industria americana è molto bassa. Khan la spiega così: "Noi ab-

biamo costruito e mantenuto uno star system, al contrario di altri paesi, come la Francia o l'Italia, che infatti hanno ceduto al potere degli americani. E raccontiamo storie concrete che riguardano la gente. Usiamo musica e balletti, è vero, ma ancora non ci siamo inventati un presidente che deve affrontare l'invasione degli alieni. Quello è cinema di pura evasione e a noi non interessa".

Re Khan è completamente sordo alla sirena di Hollywood, che del resto ha una platea mondiale inferiore a quella indiana, che ammonta a un miliardo e ottocentomila spettatori, dentro e fuori dall'India: "Quando scriveranno un ruolo adatto a uno come me, non troppo bello, che si tinge i primi capelli grigi, ci penserò seriamente. Per ora preferisco fare film indiani in cui magari lasci un segno nelle persone, piuttosto che un insignificante prodotto americano". •

Fisarmonica gigante

di Piero Bottali

Ci sono diverse maniere per mostrare il proprio amore per uno strumento musicale: si possono comporre brani su misura, si può diventarne virtuosi, si può dedicare l'intera vita a costruire esemplari sempre più belli e raffinati. Ma quella tro-

vata da Giancarlo Francenella, artigiano fisarmonicista di Castelfidardo (Ancona) è veramente la più originale: ha costruito un esemplare gigantesco di fisarmonica, perché tutti ne parlassero – ci ha detto – entrasse nel Guinness dei primati e questo meraviglioso strumento italiano fosse sempre più conosciuto nel mondo". E così è stato. Dopo una vita di lavoro passata in mezzo alle fisarmoniche, Francenella, assieme al fratello Manlio ha lavorato oltre due anni per mettere insieme i circa mille pezzi che compongono un colossale aerofono a mantice, ha speso una bel po' di quattrini ("che sarebbero stati ben di più, se diversi 'fisarmonicari' di Castelfidardo, non mi avessero regalato molte componenti" – dice Francenella), ha dovuto superare innumerevoli problemi che continuamente si presentavano nella costruzione di uno strumento in teoria antico ma in pratica nuovo, ed alla fine ce l'ha fatta. Sembra una favola bella dei nostri tempi, nella quale un borgo laborioso quale Castelfidardo, ben apprezzato per le sue ottime fisarmoniche che esporta in tutto il mondo, si stringe attorno ad uno suo artigiano per aiutarlo nella difficile impresa. Perché la fisarmonica oltre ad esser 'inventata' a Castelfidardo è anche motivo di indentità per

questa cittadina marchigiana; ragione di orgoglio e fonte di lavoro visto che quasi tutti i suoi abitanti, direttamente o indirettamente, con ditte dai nomi storici ma anche con tante piccole aziende familiari, ruotano attorno alla manifattura di questo armonioso aerofono. Ma torniamo alla fisarmonica gigante. Com'è fatta? Diciamo subito che è un vero strumento non una bizzarrìa 'americana'. Alta m 2,53, larga 1,90, profonda 85 cm è in scala di 5:1 e pesa 200 kg; la tastiera cantabile (quella a pianoforte) ha 45 tasti con 11 registri per le voci, la bottoniera consta di 120 bassi con quattro registri mentre 240 ance di acciaio blu producono il suono; per la cassa, il mantice, i rinforzi degli spigoli sono stati impiegati i consueti materiali per una fisarmonica quali abete, cedro, mogano, noce, alluminio, acciaio, cartone, stoffa e lacche speciali. Date le dimensioni viene suonata da due persone, una alla tastiera l'altra ai bassi, con un motorino elettrico che apre e chiude il mantice e che in pratica sostituisce il braccio sinistro: i tasti e i bottoni ovviamente si pigiano non con le dita ma con le mani. Particolare interessante, le ance della tastiera cantabile sono state prese dai bassi per ottenere un bel suono profondo ("Non potevo costruire un gigante con

la voce di un bambino" – afferma con orgoglio Giancarlo Francenella). Sì, perché la fisarmonica ha una voce meravigliosa, profonda, immensa, che fa vibrare la gabbia toracica e scuote l'anima: ricorda un organo monumentale da cattedrale gotica ma è meno cupa. Esposta prima al museo della Fisarmonica di Castelfidardo, poi nel Palazzo Paolo Soprani, quindi al Perugia Classico e infine alla Tate Gallery a Londra, è stata più volte suonata da specialisti, anche su pezzi classici di notevole impegno come dei brani di Bach. Attualmente si trova alla Sonerfisa di via Marcora 6, a Cerretano Castelfidardo, presso gli artigiani fisarmonicisti Fratelli Alessandrini. Siete fisarmonicisti e la volete ammirare, o forse anche suonare? Si può fare: basta telefonare allo 071.78.21.025 e prendere un appuntamento. •



La fisarmonica più grande del mondo costruita a Castelfidardo (Ancona) dall'artigiano Giancarlo Francenella (accanto alla tastiera cantabile). Nonostante le dimensioni, è un vero strumento che produce un suono profondo dal timbro unico

Arcimboldo, natura e fantasia

Allo stravagante artista, che ha ispirato anche l'arte moderna e contemporanea, Milano, la sua città natale, dedica l'esposizione che si tiene a Palazzo Reale dal 10 febbraio al 22 maggio

di Serena Bianchini

È tra gli artisti del passato che più hanno suggerito idee a pubblicità, copertine di libri, caricature ma soprattutto all'arte moderna e contemporanea: Giuseppe Arcimboldo, pittore del Cinquecento milanese, poco investigato dai grandi storici dell'arte e celebrato soprattutto come artista di corte nelle mostre di Parigi, Vienna e Venezia, è degnamente descritto e raccontato nella mostra "Arcimboldo – Artista milanese tra Leonardo e Caravaggio", a Palazzo Reale, a Milano, in collaborazione con la Pinacoteca Kunsthistorisches di Vienna, fino al 22 maggio 2011. Il nucleo più corposo di opere che sono in mostra è prestatato dal museo viennese: la città austriaca lo ospitò a lungo nelle corti degli imperatori asburgici Ferdinando I, Massimiliano II e Rodolfo II. Il percorso della mostra, curata da Sylvia Ferino, è diviso in nove temi che partono dai legami dell'artista con Milano, con Leonardo e con i pittori dell'epoca, per poi continuare con la Fabbrica del Duomo (realizzò alcuni disegni delle vetrate insieme al padre) e con le celeberrime *Teste Composte*, il cuore dell'esposizione; passando poi

per la pittura ridicola con i due dipinti *Il Bibliotecario* e *Il Giurista* provenienti da Stoccolma, fino ad arrivare alla Natura Morta con capolavori come *L'Ortolano* e *La Testa Reversibile con canestra di frutta*, da cui Caravaggio prese ispirazione per la *Canestra di Frutta* della Biblioteca Ambrosiana. Anche il dipinto scoperto durante la preparazione della mostra di Parigi e Vienna nel 2007 – 2008, *Le Quattro Stagioni in una Testa*, è presente tra le opere esposte. La mostra colloca Arcimboldo nel suo periodo e contesto d'apparte-

nenza: la cultura milanese del Cinquecento, in una panoramica che parte dagli esordi alle opere di corte per poi mostrare i suoi lasciti nell'arte lombarda successiva. Tra bizzarri ed espressivi caschi di frutta e verdura che compongono volti di nobili titolati e cavalieri, si cerca di andar oltre la mera classificazione di un genere che si può definire a cavallo tra la ritrattistica e la natura morta. Ci si chiede cosa ci sia oltre la sua nomina di caricaturista che lo ha reso famoso e che lo ha portato fino alla corte di Massimiliano II;

senza contare la nomina nel 1580 a nobile, poi conte palatino, riconoscimento ricevuto da pochissimi altri artisti oltre ad una, ben documentata, straordinaria confidenza tra Arcimboldo e gli Imperatori Asburgici.

L'obiettivo è quindi soffermarsi sulle radici culturali delle sue teste composte che si basano su studi di quadrupedi, uccelli e piante nei volumi di Vienna, Dresda e Bologna. Nel contesto dell'arte moderna, le teste composte ispirarono molti movimenti culturali e artisti come i dadaisti che amavano di quei volti l'artificiosità, la fantasia, il surrealismo, ma non è mai stato preso in considerazione che le figure fossero, in realtà, composizioni di rare specie animali appena introdotte in Europa, basate su riprese dal vivo, studi approfonditi, quindi, e non invenzioni prese dalla fantasia. In un'opera che raffigura la *Primavera* si contano circa 80 piante diverse, e anche se Arcimboldo si serviva di illustrazioni contenute negli erbari, doveva essere a conoscenza di piante che fiorivano nella stagione primaverile. Nel dipinto dell'*Estate* l'artista introdusse specie rare importate dall'America come il mais, in Europa solo dal 1525, o la melanzana, proveniente dall'Africa o dall'Arabia che lui forse vide solo nei libri. Nell'*Inverno*, dipinto considerato tra i più espressivi, sembra di osservare le teste grottesche di Leonardo. Un'enciclopedia, seppur spiritosa, completa e moderna, degna del giusto riguardo e attenzione. •



Giuseppe Arcimboldo, *Vertunno (Ritratto di Rodolfo II)*, 1590, olio su tavola; 68x56 cm

Il genio solitario del Rinascimento

Alle Scuderie del Quirinale, dal 2 marzo al 12 giugno, l'esposizione monografica dedicata a Lorenzo Lotto, straordinario artista veneziano vittima dell'indifferente silenzio dei suoi contemporanei

di Riccardo Cenci

Singolare il percorso creativo di Lorenzo Lotto, genio erratico ed originalissimo del Rinascimento, segnato negli esordi dall'esempio belliniano, ma subito in grado di sviluppare una propria peculiare cifra stilistica completamente autonoma rispetto, ad esempio, alle poetiche di Tiziano e Giorgione ed al classicismo raffaellesco, percorsa da una vena che a tratti richiama le atmosfere inquiete e tormentate della pittura nordica. Nato a Venezia nel 1480, il Lotto vive i suoi maggiori trionfi nella provincia veneta, lombarda e marchigiana, mentre non si sente a proprio agio nelle grandi realtà cittadine; l'esperienza romana lo arricchisce, ma segna anche l'inizio di una progressiva emarginazione, mentre la Serenissima sarà sempre avara di soddisfazioni nei suoi confronti. Per comprendere a fondo il suo spirito basta aggirarsi per i borghi della campagna marchigiana, fermandosi di tanto in tanto a gustarne i tesori nascosti, come l'incredibile *Crocifissione* di Monte San Giusto, la cui grandiosa concezione teatrale veicola nello spettatore un senso di fortissima drammaticità. A

questo indubbio protagonista del Rinascimento le Scuderie del Quirinale dedicano una mostra monografica di grande interesse (dal 2 marzo al 12 giugno 2011), curata da Giovanni Carlo Federico Villa e basata su un ampio lavoro scientifico e di restauro, la quale ha l'ambizione di offrire un quadro il più possibile completo del suo itinerario artistico ed umano. Basterebbe citare la celebre *Annunciazione* di Recanati per individuare l'alterità del Lotto rispetto a gran parte della pittura coeva. L'artista sconvolge lo schema classico dell'evento miracoloso donandogli una qualità quotidiana e concreta, data ad esempio dal par-

ticolare del gatto che fugge di fronte al manifestarsi del sovrumano. La Vergine non volge lo sguardo verso l'angelo annunciante, ma ha un atteggiamento sgomento, quello di una ragazza turbata dall'improvvisa rivelazione. La pittura del Lotto si distingue dunque per un particolare afflato comunicativo, come nella *Pala di San Bernardino* del 1521, nella quale il soggetto religioso trova una declinazione di spiccata originalità, con la Vergine che sembra quasi voler uscire dal dipinto per scendere fra i fedeli. Allo stesso modo nella ritrattistica del Lotto troviamo una verità psicologica dal carattere inedito, una ferrea vo-

lontà di trascendere i limiti della rappresentazione di circostanza per stabilire un contatto fra il soggetto e lo spettatore. In questo senso lo sguardo malinconico del collezionista Andrea Odoni, ritratto fra le sue amate antichità, sembra volerci coinvolgere nel suo desiderio di paternità, simboleggiato dalla statuetta di Diana che tiene fra le mani, mentre la gentildonna Lucina Brembate, già gravida, viene raffigurata in un insolita ambientazione notturna, volta ad evocare benefici auspici per la nascita imminente. Molto deve aver sofferto il Lotto a causa degli elogi di Tiziano, riportati in una missiva firmata nel 1548 dalla penna ironica e tagliente dell'Aretino, molto deve aver meditato sul suo destino amaro, ben misero se paragonato a quello del suo illustre collega.

L'estrema decisione di trascorrere gli ultimi anni nel santuario mariano di Loreto, forse dettata anche dalla necessità di rientrare in seno al cattolicesimo dopo le tentazioni luterane, conclude una vicenda biografica ed artistica particolarmente tormentata. Nel suo anticonformismo, nel suo spirito di contraddizione, nel suo talento per la commistione di elementi eterogenei risiede la modernità del Lotto, quel valore che, oggi più che mai, rende la sua arte tanto vicina al gusto contemporaneo. •

Lorenzo Lotto "Ritratto di Andrea Odoni", 1527, Hampton Court, Collezioni reali





POSSO RISCATTARE GLI ANNI DI LAUREA?

Egregio Presidente,
sono un medico di medicina generale laureato nell'81 che ha svolto anche attività libero-professionale in odontoiatria per

circa venti anni ed interrotta a fine 2009. Desidero porre alcune domande riguardo la mia posizione contributivo-pensionistica: 1) non ho riscattato gli anni di laurea. Posso ancora farlo? A quali condizioni? 2) Quando potrò usufruire della prima finestra pensionabile con riscatto degli anni di laurea o senza riscatto degli anni di laurea? 3) A quanto ammonterà l'importo mensile che mi verrà corrisposto nei due casi? 4) Se intendo interrompere anticipatamente l'attività lavorativa, dovrò o potrò continuare a versare i contributi fino all'età pensionabile? Con quali risultati finali?

(lettera firmata)

Caro Collega,
sulla posizione previdenziale in essere presso il Fondo dei Medici di Medicina Generale risultano accreditati contributi, dal giugno 1982 al maggio 2010, pari ad euro 142.197,69.

In costanza di contribuzione, maturerai perciò i requisiti per il pensionamento di anzianità nel secondo trimestre del 2017.

Tuttavia, in ottemperanza al disposto della l. 449/97, che prevede un differimento nel godimento della prestazione rispetto alla data di raggiungimento dei requisiti (le c.d. "finestre di uscita"), potrai accedere all'effettiva erogazione del trattamento di quiescenza a partire dal 1° gennaio 2018. A tale data, l'importo della rendita è quantificabile in circa euro 1.900,00 lordi mensili. Peraltro, come richiesto, potresti avere contezza dell'onere da sostenere per il riscatto degli studi universitari, presentando all'E.n.p.a.m. l'apposito modello di domanda, reperibile presso il sito www.enpam.it o presso il tuo Ordine provinciale.

A seguire, ti verrà infatti trasmessa una proposta, non vincolante, alla quale potrai aderire versando il contributo in unica soluzione o secondo un piano di ammor-

tamento prestabilito, usufruendo, in ogni caso, della piena deducibilità fiscale.

Ipotizzando il riscatto dei 6 anni del corso di laurea, potresti anticipare il tuo collocamento a riposo al 1° luglio del 2015, con un rateo pensionistico mensile di circa euro 2.000,00 lordi.

Inoltre, ti faccio presente che risultano memorizzati, presso il Fondo di Previdenza Generale - Quota A, i contributi obbligatori emessi annualmente a mezzo di ruoli esattoriali e, presso la Quota B, quelli che hai versato per l'esercizio della libera professione, per redditi dichiarati tra il 1996 ed il 2009.

Tale contribuzione ti darà, complessivamente, il diritto all'erogazione di una ulteriore prestazione di vecchiaia a 65 anni, atteso che la gestione non contempla l'ipotesi del pensionamento per anzianità.

Corre l'obbligo di precisarti che, a fronte di eventuali modifiche della normativa previdenziale di riferimento, le ipotesi sopra rappresentate potrebbero subire variazioni.

È pertanto opportuno che tu proceda, prima della cessazione del rapporto professionale, ad una ulteriore verifica presso il Servizio competente all'erogazione della pensione. Ne consegue che la presente informativa non deve ritenersi impegnativa per la Fondazione.

Ti saluto cordialmente.

Eolo Parodi



DOMANDO DELUCIDAZIONI SULLA RICONGIUNZIONE

Caro Presidente,
vorrei avere delucidazioni in merito alla mia situazione previdenziale e soprattutto alla mia ricongiunzione. Ho 58 anni e in aprile c'è stato l'anniversario dei miei trent'anni di laurea. Ho riscattato gli anni dell'università e nel '99 ho iniziato la pratica per la ricongiunzione. Dall'80 ho lavorato come m.m.g. sostituto e guardia medica, e dall'82 ho avuto l'incarico come m.m.g.. Dall'80 all'83 ho lavo-

rato per la Provincia, le allora Usl, come psichiatra, e proprio per questo periodo ho chiesto la ricongiunzione. Vorrei sapere a quanto ammonterà la mia pensione se andrò in pensione al compimento del 60° e se al 65° anno, e a quanto ammonterà la quota per il periodo Enpdap. Ci sarà anche una "finestra" da ottobre 2010?

Colgo l'occasione per porgere cordiali saluti e attendo risposta.

(lettera firmata)

Cara Collega, ti informo, preliminarmente, che la tua pratica di ricongiunzione è stata definita e che la stessa, oltre a non comportare oneri a tuo carico, incrementerà sia la misura del futuro trattamento di quiescenza sia l'anzianità contributiva utile al collocamento a riposo. Ciò premesso ti confermo che, considerando i periodi assicurativi riscattati e ricongiunti, l'anzianità contributiva maturata al compimento del 58° anno di età ti avrebbe consentito già di fruire della rendita pensionistica a decorrere del 1° ottobre u.s., prima finestra utile di uscita stabilita dalla legge n. 449/97. Supponendo la cessazione dell'attività professionale svolta in convenzione con gli istituti del S.S.N. al compimento del 60° anno di età, come da te indicato, l'ammontare della rendita pensionistica è quantificabile in circa euro 2.400,00 lordi mensili. Nel caso decidessi di convertire in capitale il 15% della pensione maturata, come consentito dalle vigenti norme regolamentari, percepiresti

una indennità pari a circa euro 62.000,00 al lordo delle ritenute fiscali, congiunta ad una rendita pensionistica ammontante a circa euro 2.000,00.

Ipotizzando, invece, la cessazione dell'esercizio in convenzione della medicina generale al compimento del 65° anno di età, la rendita pensionistica sarebbe pari a circa euro 3.300,00 lordi mensili. In caso di trattamento misto, l'indennità in capitale ammonterebbe a circa euro 73.000,00 e il trattamento pensionistico, lordo mensile, sarebbe pari a circa euro 2.800,00.

Ti preciso che i suddetti importi sono stati determinati sulla base dei contributi riferiti all'ultimo quinquennio di attività professionale, supponendo una contribuzione costante fino alle date indicate e considerando sia la maggiorazione relativa alla estinzione dell'onere derivante dal riscatto del corso di laurea, sia l'incremento relativo alla definizione della procedura di ricongiunzione.

Devo precisarti, da ultimo, che a fronte di eventuali modifiche della normativa previdenziale di riferimento le proiezioni sopra rappresentate potrebbero subire variazioni. E' pertanto opportuno che tu proceda, prima della cessazione del rapporto in convenzione, ad una ulteriore verifica presso il Servizio competente alla erogazione della pensione al fine di accertare sia la sussistenza del diritto che la esatta misura della prestazione. Ne consegue che la presente informativa non deve ritenersi comunque impegnativa per la Fondazione.

L'occasione è gradita per salutarti cordialmente.

E. P.



NON MI TORNANO I CONTI...

Illustre prof. Parodi, ho effettuato il riscatto di allineamento per un totale di euro 51474,15 pagando l'ultima rata nel dicembre 2009 di euro 4574,44. Tale cifra (euro 51474,15) comporta un incremento di pensione di euro 4080,36 lordi annui con la precisazione che "l'incremento di pensione di euro 1000 ha un costo di euro 12615,1". Nella rivista il Giornale della Previdenza dei medici e degli odontoiatri n° 2-2010, nelle lettere al Presidente, leggo, in seguito alle richieste di consigli per riscatto di allineamento, di una dottoressa nata nel 1956 e specializzata nel 1991, tale risposta: "... 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 1000,00 lordi annui di incremento richiedi tramite l'accettazione parziale, determinerebbe un costo pari a circa euro 9200,00."

Il quesito per il quale gradirei una risposta: come mai per un incremento annuo di euro 1000 ho pagato euro 12615,1, mentre si ipotizza per la fortunata collega, per gli stessi euro 1000 di incremento pensionistico

annuo, un costo di 9200 euro circa ?

Grazie, distinti saluti.

(lettera firmata)

Caro Collega, devo precisarti, anzitutto, che le norme che regolano l'istituto del riscatto prevedono che l'onere a carico del sanitario sia determinato da un importo pari alla riserva matematica necessaria per la copertura assicurativa dell'incremento pensionistico conseguibile con il riscatto medesimo. Ciò premesso, è utile ricordare che la riserva matematica si ottiene moltiplicando l'incremento di pensione conseguibile con il riscatto di allineamento per il coefficiente di capitalizzazione relativo al sesso, all'età ed alla anzianità contributiva comprensiva del periodo riscattato maturata dall'iscritto alla data della presentazione della domanda.

Concorderai con me, che in considerazione delle molteplici variabili che intervengono all'atto della effettuazione dei conteggi, non è possibile assimilare la tua posizione contributiva con quella di altri iscritti, né trarre considerazioni sulle differenze degli oneri necessari ad ottenere i medesimi incrementi pensionistici.

Ritengo comunque utile ricordarti, che ai sensi del d.lgs 18 febbraio 2000 n° 47, i contributi versati a titolo di riscatto sono interamente deducibili dall'imponibile Irpef.

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

E. P.

Perché è conveniente iscriversi all'Onaosi

di Umberto Rossa (*)

Il CdA della Fondazione Onaosi ha recentemente approvato il nuovo Piano degli interventi 2010/2011, che contiene le indicazioni delle prestazioni e dei servizi che si intendono erogare nell'anno accademico e scolastico 2010/2011 a favore degli assistiti, figli dei Sanitari contribuenti. La spesa totale per prestazioni e servizi ammonta a circa 30 milioni di euro. I contributi in denaro che saranno erogati agli assistiti ammontano complessivamente a circa 19 milioni di euro e si diversificano in base alla scolarità, con delle integrazioni differenziate in ragione di fattori quali l'essere studente "fuori sede" o l'appartenere a nuclei familiari con reddito ritenuto insufficiente. I contributi vengono erogati agli assistiti a partire dall'età prescolare e fino alla formazione post-laurea. Il limite di età per poter beneficiare dei contributi è fissato a 30 anni. Attualmente l'Onaosi assiste oltre 4.000 orfani di Sanitari o equiparati tali e ospita presso le proprie strutture dislocate in varie città italiane circa 700 ragazzi di cui circa 400 figli di Sanitari viventi a pagamento e circa 300 assistiti. Gli assistiti possono essere ospitati presso le strutture

Onaosi oppure optare per l'assistenza a domicilio attraverso una corresponsione di contributi in denaro. Si va da un contributo per assistito in età prescolare di € 3.200,00 a € 3.300,00 per l'assistito che frequenta la scuola primaria, a € 3.400,00 più € 500,00 per integrazione fuori sede per chi frequenta la scuola secondaria di primo grado, a € 3.600,00 più € 600,00 per integrazione fuori sede per gli studenti della scuola secondaria di secondo grado; mentre per gli studenti universitari e per la formazione post-laurea il contributo è di € 4.000,00 con l'aggiunta di € 2.000,00 per integrazione fuori sede. Inoltre, sono previsti contributi per la frequenza di corsi di lingua all'estero e per la partecipazione a progetti comunitari di mobilità studentesca (Socrates Erasmus, Sism, ecc.). La Fondazione esplica la sua attività formativa anche mediante l'organizzazione del corso di formazione professionale "Programma Start" giunto alla sua XVII Edizione. Il corso prevede un modulo di Office Automation che consentirà ai partecipanti di conseguire il titolo di Microsoft Office Specialist, nonché l'eventuale specializzazione di Master Instructor, rilasciati dalla Mi-

crosoft, ed un corso specifico di informatica tecnica finalizzata all'inserimento in azienda.

È previsto, in aggiunta alle 200 ore del corso di qualifica, anche un modulo di almeno 60 ore di lingua inglese. Tale modulo, oltre all'attestazione della Microsoft, fornisce un attestato di qualifica rilasciato dalla Regione Umbria, legalmente riconosciuto ai sensi della legge 845/78.

La convenienza di iscriversi e contribuire all'Onaosi

Il sanitario, con un solo modico versamento, che va da un minimo di € 25 per il Sanitario iscritto da meno di 5 anni e con redditi inferiori a € 20.000, fino ad un massimo di € 155 per il Sanitario con un reddito superiore ad € 60.000 ha già diritto alle prestazioni e ai servizi regolamentati, che rappresentano una soluzione davvero conveniente per il rapporto costo/beneficio. A dimostrazione di quanto sostenuto, riportiamo di seguito tre ipotesi, del tutto esemplificative, riferite a diverse consistenze di componenti il nucleo familiare, sui benefici derivanti dall'iscrizione all'Onaosi a normativa vigente.

Ipotesi n. 1: Nucleo familiare ammesso alle prestazioni Onaosi con un assistito di 6 anni (19 anni di assi-

stenza) ed uno di 8 anni (17 anni di assistenza).

Somma erogata dall'Onaosi complessivamente per soli contributi base: € 130.000. Somma erogata dall'Onaosi complessivamente per contributi base + universitario fuorisede: € 155.000.

Nel caso di nuclei con basso reddito c'è un'ulteriore somma complessiva di € 90.000

Ipotesi n. 2: Nucleo familiare ammesso alle prestazioni Onaosi con un assistito di 12 anni di età (13 anni di assistenza) ed uno di 14 anni di età (11 anni di assistenza). Somma erogata dall'Onaosi complessivamente per soli contributi base: € 91.000. Somma erogata dall'Onaosi complessivamente per contributi base + universitario fuorisede: € 115.000. Nel caso di nuclei con basso reddito c'è un'ulteriore somma erogata di € 60.000

Ipotesi n. 3: Nucleo familiare ammesso alle prestazioni Onaosi con un assistito di 18 anni di età (7 anni di assistenza) ed uno di 20 anni di età (5 anni di assistenza). Somma erogata dall'Onaosi complessivamente per soli contributi base: € 48.000. Somma erogata dall'Onaosi complessivamente per contributi base + universitario fuorisede: € 70.000. Nel caso di nuclei con basso reddito c'è un'ulteriore somma erogata complessivamente di € 30.000.

(*) Consigliere di Amministrazione ONAOSI, Delegato alla Comunicazione

Fronte comune per i diritti dei pensionati

di **Leonardo Petroni (*)**

Un processo di unificazione fra tutte le organizzazioni sindacali del variegato universo sanitario costituirebbe un'identità comune più vasta e più compatta, garantendo, con un alto livello di rappresentatività, un valido confronto con la politica sulle questioni sociali e previdenziali.

Il frazionamento costituisce un elemento di maggiore debolezza per qualsiasi categoria che senta la responsabilità di condurre una legittima battaglia nel risaltare il suo ruolo e rivendicare i propri diritti.

La Federspev da circa quarant'anni è impegnata, con successo, a valorizzare la funzione associativa dei pensionati sanitari e delle vedove, ed il messaggio che vuole dare ai colleghi, da questa prestigiosa rivista, è di perseguire, con l'impegno di colleghi sindacalisti qualificati, l'ambiziosa iniziativa di coltivare accredito in sede istituzionale per suffragare il nostro desiderio di essere "consulenti della politica" per la difesa dei diritti del ceto medio.

Mai come in questo momento, in cui la perdita del potere d'acquisto delle pensioni crea un grosso problema per noi pensionati, serve una forte azione d'indirizzo politico-sindacale che sappia promuovere una proposta

organica in campo fiscale. La conoscenza dei valori e le linee politiche e organizzative di questa azione deve essere, a nostro avviso, condivisa anche dai colleghi prossimi alla quiescenza, i cui problemi sono quelli del loro prossimo futuro, dando così un fondamentale elemento di sostegno al ruolo strategico che la Federspev gioca all'interno del mondo sindacale. La nostra finalità è che la legittimazione del ruolo sociale della nostra Associazione si diffonda, e maturi la consapevolezza che aderire ad essa vuol dire combattere per determinare le scelte di politica socio-economica dei pensio-

nati del ceto medio.

La Federspev desidera, quindi, essere un punto di riferimento e di garanzia per tutti i pensionati sanitari, secondo uno spirito di solidarietà e di amicizia.

Attualmente, uno dei suoi obiettivi vertenziali, per esempio, è quello che venga abolita l'ingiusta norma legislativa che assoggetta le pensioni alle stesse aliquote applicate ai redditi da lavoro, senza una minima attenzione allo stato di fragilità che caratterizza l'anziano, al reddito del quale sarebbe giusto, invece, applicare una detassazione progressiva con l'avanzare dell'età.

Di questo obiettivo va fatto una battaglia di civiltà e

di rispetto per i pensionati, i quali non possono subire l'evoluzione ma devono essere protagonisti, unendosi e contribuendo alla realizzazione del cambiamento, che tanto è agevole quanto maggiore è il numero delle persone che partecipano al progetto. Questo ed altri temi sono stati dibattuti con diversi politici in occasione della Giornata del pensionato, tenuta a Roma il 22 febbraio, con un approccio costruttivo, pur tenendo conto dell'attuale quadro macroeconomico del Paese. Purtroppo nella nostra società c'è la tendenza a lasciarsi prendere da una forma di stanchezza, che divide e fiacca la lotta, ma il nostro convincimento è quello di invertire questa tendenza, impegnandoci tutti a mantenere integri i valori fondamentali dell'anziano, e ad arricchire questo patrimonio di esperienza e di cultura con la difesa e l'affermazione dei suoi diritti e della sua dignità.

La Federspev è determinata a lottare per questo e a dare soluzioni positive non solo ai bisogni dei pensionati che rappresenta, ma anche a tutti gli altri che non hanno ancora scelto di unirsi a noi per essere più forti di fronte alle difficoltà che la vita dei pensionati presenta. •

(*) *Consigliere Nazionale Federspev*

FEDER.S.P.EV.

(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

Elezione Consiglio Regionale Federspev 2011-2014

I componenti del Consiglio direttivo regionale della Federspev, riunitisi a Milano presso la Sede dello SNAMID il 18 gennaio 2011 hanno proceduto alle elezioni per il rinnovo del Comitato Regionale della Lombardia 2011-2014, che ha dato il seguente risultato:

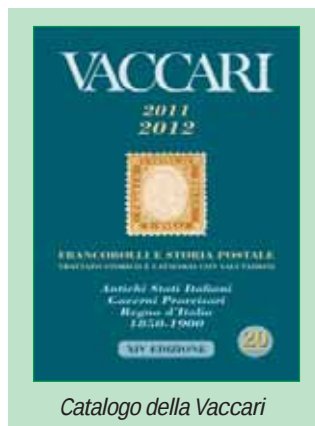
Presidente Regionale: Prof. Marco Perelli Ercolini
(Milano)

Vice Presidente Dott. Paolo Ferraris
(Como)

Segretaria: Armanda Cortellezzi Frapolli
(Varese)

Tesoriera: Anna Maria Grieco Sbertoli
(Milano)

Consiglieri: Emilio Pozzi (Presidente provinciale Bergamo); Ugo Tenchini (Presidente provinciale Brescia); Alberto Colombini (Presidente provinciale Cremona); Antonio Scopinaro (Presidente provinciale Lecco); Salvatore De Luca (Presidente provinciale Mantova); Mariangela Bernamonti (Presidente provinciale Milano); Giacomo Nai (Presidente provinciale Pavia); Piera Pellizzatti (Presidente provinciale Sondrio).



Catalogo della Vaccari

a cura di

Gian Piero Ventura Mazzuca (*)

Iniziamo questo nostra rubrica dove ci eravamo lasciati nella precedente, ovvero parlando dei festeggiamenti per i 150 anni dell'Unità d'Italia, e lo facciamo sia perché proprio il prossimo 17 marzo sarà la data da celebrare (con emissione per la Proclamazione del Regno), sia per segnalare l'uscita da parte di Poste Italiane, in collaborazione con Bolaffi, di una serie di fascicoli quindicinali dal titolo "Francobolli d'Italia - dal 1861 ad oggi". Questi offriranno 660 bolli emessi durante tutto il periodo, quindi anche del Regno, più

Storia e novità dal 1861 ad oggi

Tanti gli operatori che propongono interessanti pubblicazioni su questo argomento, da Poste Italiane insieme a Bolaffi agli editori Unificato e Vaccari. Tra gli appuntamenti per gli appassionati c'è MilanoFil a fine marzo

storia, informazioni, ma anche album e strumenti filatelici. Un'offerta reperibile presso tutti gli uffici postali anche se, probabilmente, è consigliabile a chi interessato di prenotarsi le uscite.

Molti lettori ci chiedono notizie sui periodi più antichi e, se consideriamo che non solo l'Italia ma anche la filatelia sta compiendo 150 anni, ecco che volentieri parliamo di alcune novità editoriali che vanno in questa direzione. Segnaliamo infatti l'uscita della XIV edizione del Catalogo-trattato storico biennale Vaccari, specializzato in francobolli e storia postale degli Antichi Stati Italiani, dei Governi Provvisori dal 1850 (anno di introduzione dei francobolli nel sistema postale di questi stati), e del Regno d'Italia dal 17 marzo 1861 al 1900, cioè alle emissioni di Re Umberto I. L'editore offre così un pubblicazione sempre più completa e aggiornata grazie anche alla collaborazione di esperti e studiosi che, attraverso suggerimenti e segnalazioni, hanno contribuito a migliorar-

la ad esempio con un nuovo capitolo, comprensivo di excursus storico, riguardante il periodo di Firenze capitale 1865-1871. Nel complesso un prodotto eccellente, difficilmente ancora ampliabile, che si rivolge direttamente ai collezionisti e alle loro aspettative, sia a quelli più esperti ma anche e soprattutto ai nuovi, a cui si dà la possibilità di approfondire e specializzare i propri interessi. Il Gruppo Unificato lancia invece una nuova rivista di filatelia "l'Arte del Francobollo - Mensile per collezionisti aperti alle novità". Una proposta che vuole contribuire tangibilmente alla rivitalizzazione e allo sviluppo della filatelia del nuovo millennio. L'editore, da sempre consapevole dell'importanza culturale del francobollo, propone questa nuova pubblicazione filatelica con un taglio "svelto", un target più ampio e con una formula editoriale pensata per il pubblico di

oggi: solo testi concisi e molte notizie, abbinate ad una grafica attuale, ricca di titoli e immagini all'insegna della creatività. Il tutto condito con una cronaca "delle novità" decisamente innovativa per l'Italia, basata sulla riproduzione, descrizione ma soprattutto catalogazione di tutti i francobolli emessi nel mondo, resa possibile solo dalla stretta collaborazione con la casa editrice tedesca Michel, una dei leader internazionale del settore. Il primo numero (aprile 2011) sarà una vera sorpresa e debutterà in anticipo in occasione di MilanoFil, la cui prossima edizione, organizzata da Poste Italiane - Divisione Filatelia, si svolgerà nel capoluogo lombardo presso la Fiera Milano City dal 25 al 27 marzo (Padiglione MIC, porta di Gattamelata, ingresso gratuito).

Infine ci permettiamo di inviare un caro saluto a Pier Paolo Francini, che dopo tanti anni lascia l'incarico di direttore dell'Ufficio Filatelico e Numismatico del Vaticano, un lavoro svolto instancabilmente con cortesia e professionalità, qualità che di certo lo accompagneranno al neoincaricato Mauro Olivieri, a cui va il nostro augurio... sempre per aiutare lo sviluppo di questa passione che in tanti ci unisce! •

(*) gp.ventura@enpam.it



"Francobolli d'Italia" di Poste Italiane





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

Se i medici, nel rispetto del proprio ruolo e della propria specifica competenza, hanno visitato, assistito e curato la paziente, in stato di gravidanza, con lo scrupolo e la perizia che il caso richiedeva, non possono essere ritenuti responsabili della morte del feto. Lo ha stabilito il Tribunale di Avezzano, con la sentenza n. 323 del 26 maggio 2010, depositata il 18 agosto 2010, con la quale si afferma come il rispetto delle regole dell'arte medica escluda il rapporto di causalità tra la condotta dei sanitari e l'evento concretamente verificatosi.

In tal modo il Giudice respinge le tesi accusatorie secondo le quali le condotte omissive dei medici avrebbero determinato la mancata esecuzione di un tempestivo ed opportuno taglio cesareo che, probabilmente, avrebbe potuto salvare il feto.

Nel 2004, la signora Caia alla trentaduesima settimana di gestazione, avendo accusato un forte dolore sul lato destro dell'addome, ac-

compagnato da vomito e diarrea, si recava presso una casa di cura, dove prestava servizio il ginecologo Tizio. Il sanitario, ritenendo che si trattasse di gastroenterite, sottopose la donna ad una serie di esami, fra questi, una cardiocografia ed un'ecografia ostetrica, dai quali emersero risultati assolutamente nella norma. Nonostante ciò, la paziente continuava ad avvertire forti dolori che non diminuivano nemmeno con la somministrazione di farmaci mirati, fino a quando il ginecologo non decise di effettuare un taglio cesareo ed "isterectomia subtotale" per rottura dell'utero, con asportazione della placenta. Successivamente, la paziente veniva dimessa con la diagnosi di rottura dell'utero, morte del feto ed emorragia ante partum in discrete condizioni di salute.

Secondo quello che è l'orientamento giurisprudenziale dominante, il nesso di causalità può essere ravvisato quando, secondo il c.d. giudizio controfattuale, condotto sulla base di una generalizzata regola di esperienza, nonché di una legge scientifica (universale o statistica), si accerti che, ipo-

tizzandosi come realizzata, dal sanitario, la condotta doverosa per impedire l'evento, questo non si sarebbe verificato, oppure si sarebbe verificato in un momento significativamente posteriore o con una minore carica lesiva. In ogni caso, il giudice deve verificare l'esistenza del nesso di causalità sulla base del caso concreto, attraverso l'esame di tutte le circostanze di fatto, in modo che, essendo esclusa l'interferenza di fattori alternativi, risulti giustificata e certa, dal punto di vista processuale, la conclusione che la condotta omissiva del sanitario sia stata condicio sine qua non dell'evento lesivo con alto o elevato grado di credibilità razionale o probabilità logica.

Come evidenziato dai giudici territoriali "l'insufficienza, la contraddittorietà e l'incertezza del riscontro probatorio sulla ricostruzione del nesso causale, quindi il ragionevole dubbio, in base all'evidenza disponibile, sulla reale efficacia condizionante della condotta omissiva del medico rispetto ad altri fattori interagenti nella produzione dell'evento lesivo, compor-

tano la neutralizzazione dell'ipotesi prospettata dall'accusa e l'esito assolutorio del giudizio".

Quello su cui si interroga il Tribunale è se, per "azione doverosa omessa", dovesse intendersi la mancata esecuzione del taglio cesareo, se si considera che tutti gli esami di rito erano stati regolarmente compiuti e che le anomalie placentari, da cui è derivata la rottura uterina che ha determinato la morte del feto, non si erano evidenziate in alcun modo. Precisano i giudici che, al fine dell'accertamento del quid pluris, che caratterizza il rapporto di causalità tra la condotta colposa e l'evento, è necessario che l'inosservanza della regola precauzionale di condotta, costituisca proprio la causa dell'evento verificatosi; in altre parole, l'evento lesivo cagionato deve appartenere proprio al tipo di quelli che la norma di condotta mirava a prevenire.

Tornando al caso di specie, l'evento lesivo, rappresentato dalla morte del feto, avvenuta a causa della perforazione dell'utero, oltre a non essere in alcun rapporto causale con le omissioni dei sanitari, non risultava nemmeno prevedibile e prevenibile. •

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

Esclude la responsabilità il rispetto delle regole

**L'evento lesivo oltre a non essere
in rapporto causale
con le omissioni dei sanitari
non risultava prevedibile e prevenibile**

Fondo Sanità, iscritto un Marcantonio... di 5 mesi

Quando dalla Segreteria ho saputo dell'iscrizione di un giovanotto di cinque mesi sono rimasto veramente sconvolto: pensare alla pensione prima ancora di aver compiuto un anno di età è davvero unico! Poi ho fatto mente locale al cognome, ho chiesto il nome del genitore: saputo che era il figlio di Massimo, ho capito.

Scendo un attimo, per maggior chiarezza, su un piano personale. Massimo Nardini lo conosco da più di vent'anni, e mi onoro della sua amicizia: è un collega di Mantova, se non sbaglio Consigliere dell'OM-CeO di Mantova e Presidente della C.A.O., con il quale ho avuto in comune diverse attività ANDI (Associazione Nazionale Dentisti Italiani). Solo per citarne alcune, ha organizzato nella sua splendida città un incontro del DLC (Dental Liason Committee) che i rappresentanti europei ancora ricordano. Quando ancora quasi nessuno pensava al lievitare del contenzioso medico legale odontoiatrico, organizzò un Congresso Regionale Lombardo dell'ANDI incentrato su questo tema. Riesce sempre ad essere avanti!

Attorno a sé ha un gruppo di amici colleghi che sostiene un'attività impensabile per una provincia di dimensioni non elevate; oltretutto è la provincia con il maggior rapporto fra gli abitanti ed il numero di delegati a FondoSanità (tre).

Anche in questa occasione, però, è riuscito a stupirmi: utilizzando la possibilità di iscrivere a FondoSanità i famigliari a carico, ha cominciato a costruire il futuro previdenziale per il figlio!

Ho telefonato a Massimo: mi ha spiegato che Marcantonio, come tutti i giovani anche meno giovani di lui, avrà un futuro pensionistico molto più carente dell'attuale, e purtroppo non ci si rende ancora conto di quanto le pensioni saranno più povere!

Conoscendo FondoSanità in modo approfondito, essendo delegato dell'Assemblea dalla sua costituzione come FondoDentisti, ha valutato il vantaggio della deducibilità fiscale, il vantaggio della tassazione ridotta della rendita con un'elevata anzianità contributiva, il vantaggio di un rendimento elevato diminuendo i rischi avendo a disposizione un orizzonte temporale lunghissimo.

E ha deciso di fare al figlio un regalo grosso grosso, utilizzando i vantaggi della previdenza complementare per garantire un futuro migliore a Marcantonio. Probabilmente Marcantonio Nardini avrà una pensione complementare superiore a quella obbligatoria: non finisco mai di apprezzare le qualità di Massimo Nardini.

Luigi Mario Daleffe, presidente FondoSanità

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

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

Editore: Fondazione ENPAM

DIREZIONE E REDAZIONE

Via Torino, 38 - 00184 Roma

giornale@enpam.it

Direttore: EOLO PARODI

Direttore responsabile: GIULIANO CRISALLI

PROGRAMMAZIONE E COORDINAMENTO REDAZIONALE

Carlo Ciocci

email: c.ciocci@enpam.it

CULTURA

Claudia Furlanetto

email: c.furlanetto@enpam.it

CONGRESSI, CONVEGNI E CORSI

ARCHIVIO E DOCUMENTAZIONE

Andrea Meconcelli: Tel. 06 48294513

Fax 06 48294260/793

email: congressi@enpam.it

SCIENZA E SOCIETÀ

Andrea Sermoni

email: andrea.sermoni@gmail.com

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Paola Boldregghini: Tel. 06 48294258 - Fax 06 48294260

email: giornale@enpam.it

Foto: Archivio ENPAM - THINKSTOCK

MENSILE - ANNO XVI - N. 2

DEL 21/02/2011

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

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

Stampa: COPTIP Industrie Grafiche

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

tel: 059 312500 - fax: 059 312252

email: centralino@coptip.it

Servizio Accoglienza Telefonica

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

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

NOTIZIE FLASH

Terremoto Abruzzo – sospensione riscossione contributi

Il Decreto Legge 29 dicembre 2010 n. 225 ha procrastinato la riscossione delle rate, in scadenza tra il mese di gennaio 2011 ed il mese di giugno 2011 (art. 39, c. 3-bis, 3-ter e 3-quater, D.L. 78/2010, convertito, con modificazioni, dalla L. 122/2010), relative al recupero dei contributi sospesi a seguito del terremoto del 6 aprile 2009.

La ripresa della riscossione delle rate non versate, successivamente alla conversione in legge del suddetto decreto, sarà disciplinata con successivo provvedimento del Presidente del Consiglio dei Ministri.

Trattamento ordinario del Fondo di Previdenza Generale

Ai sensi del vigente Regolamento del Fondo di Previdenza Generale, gli iscritti nati nel 1946 potranno presentare la domanda di pensione ordinaria nel corso dell'anno 2011, 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 al modulo compilato in ogni sua parte.

Classe medica 1946 mancato ricevimento del modulo

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

Sanzioni per ritardato pagamento contributo Quota B del Fondo di Previdenza Generale

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

- una sanzione in misura fissa pari all'1% del contributo, qualora il versamento sia effettuato entro 90 giorni dalla scadenza (entro il 29 gennaio 2011);
- qualora il versamento sia effettuato oltre tale termine, una sanzione, in ragione d'anno, pari al Tasso Ufficiale di Riferimento (T.U.R.) maggiorato di 5,5 punti, fino ad un importo massimo pari al 70% del contributo non versato.

Mancato pagamento contributo Quota A 2010 del Fondo di Previdenza Generale

In caso di mancato pagamento anche parziale del contributo di Quota A il Concessionario provinciale della riscossione dei tributi territorialmente competente provvede, per l'intero importo o per l'importo residuo, alla notifica della cartella di pagamento. Il versamento del contributo deve essere effettuato in unica soluzione entro 60 giorni dalla notifica della cartella di pagamento. In caso di mancato versamento entro tale termine (60

giorni) il Concessionario della riscossione procederà all'avvio delle procedure esecutive.

In ogni caso è necessario attendere tale avviso e non provvedere al pagamento anche se in possesso dei bollettini RAV.

Neo-iscritti

Coloro che si sono iscritti nel corso dell'anno 2010 agli Albi Professionali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri riceveranno un avviso di pagamento da parte di Equitalia Esatri S.p.A. di Milano con l'indicazione dell'importo complessivamente dovuto alla Quota A del Fondo di Previdenza Generale per il 2010 e per il 2011. Il pagamento potrà essere eseguito in forma rateale o in unica soluzione secondo le modalità indicate nell'avviso medesimo.

Deducibilità fiscale

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

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

Come usufruire del beneficio:

- contributo Quota A: utilizzare la copia del bollettino/bollettini RAV di versamento
- domiciliazione bancaria Quota A: Equitalia Esatri Spa invierà in tempo utile un riepilogo dei versamenti effettuati
- contributo Quota B: utilizzare la copia del bollettino MAV di versamento
- importi versati a titolo di riscatto: il Servizio Riscatti e Ricongiunzioni invierà in tempo utile una dichiarazione attestante gli importi versati.

Area riservata

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

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

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

