

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



PARODI

Ieri, oggi
e domani

2

ENPAM

Premio
internazionale

3

PREVIDENZA

Riscossione
Quota A 2010

7

RICERCA

Parliamo
di Alzheimer

36

ASSICURAZIONE

Nuova scadenza
della Polizza

1

Il Premio Nobel per la Medicina nel 1957 è andato a Daniel Bovet, biochimico svizzero naturalizzato italiano. Il riconoscimento gli fu attribuito per le sue scoperte in relazione, tra l'altro, ai "composti sintetici che inibiscono l'azione di alcune sostanze dell'organismo e soprattutto la loro azione sul sistema vascolare ed i muscoli scheletrici". Bovet divenne cittadino italiano nel 1947 e si trasferì a Roma dove fondò il laboratorio di chimica terapeutica dell'Istituto Superiore di Sanità. (Sterpellone L. Premi Nobel per la Medicina. 2 ed. Milano: Passoni editore, 2000: 233. Foto: © The Nobel Foundation)

periodico

DCOER0953 Omologato

Posteitaliane

un futuro di certezze.

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



www.adven.it

Per aderire:

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



PER INFORMAZIONI:

Tel. 06 48294333 Sig.ra DANIELA BRIENZA

Tel. 06 48294337 Sig.ra PAOLA CINTIO

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

www.fondosanita.it

Fondi chiusi o fondi aperti?

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

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

Prestazioni pensionistiche

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

CAPITALE TOTALE

Euro 51.645,69
Euro 154.937,07
Euro 258.228,45

RENDITA ANNUALE LORDA

Euro 3.640
Euro 10.920
Euro 16.650,64

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

Come pagare MENO TASSE

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

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



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

IL GIORNALE DELLA
Previdenza
dei Medici e degli Odontoiatri

in questo numero

2	Ieri, oggi e domani
3	Premio internazionale per il nostro Ente
4	Enpam, Fondazione da tutelare
5	Federspev
6	Interesse e convenienza
7	Riscossione Quota A 2010
8-9	Formazione, collaborazione Enpam/Fimmg
10-11	Periodi figurativi nel lavoro dipendente
12-17	Parliamo di noi: le Consulte
18-19	L'intervista/1: aterosclerosi periferica
20-21	L'intervista/2: aviofobia
22-23	Il punto sulla ricerca
24-25	Medici illustri, Anton Cechov
26-27	All'origine della violenza maschile
28-29	Media e sanità
30	Adriano Olivetti, imprenditore di idee
31-34	Congressi, convegni, corsi
35	Ultime sull'obesità

36-37	A proposito di Alzheimer
38	Tumore alla prostata
39	Il progresso su "Nature"
40-41	Missione italiana ad Haiti
42-43	La Fisa contro l'artrite
44-45	Psicologia, il lapsus
46	Erbe
47	Fiori
48	Accadde a... Aprile
49	In editoria
50-51	Recensioni libri
52-53	Viaggi, Gerusalemme
54	Arte, Carlo Crivelli
55	Maestri d'orchestra, Michele Mariotti
56-57	Mendelssohn, classico dei romantici
58	Musica, Gene Krupa
59	Cinema, è di moda il peplum
60-61	Lettere al Presidente
62	Filatelìa
63	L'avvocato
64	Ci ha lasciati Nunzio Romeo

ATTENZIONE – ATTENZIONE - ATTENZIONE

POLIZZA SANITARIA

Con l'approssimarsi del 31 maggio, la Fondazione Enpam ha ritenuto opportuno, d'accordo con la Compagnia assicurativa, allineare la scadenza della polizza sanitaria a quella dell'anno solare per modificare un termine che, a causa della coincidenza con il periodo estivo, è stato spesso causa di ritardo e, talvolta, anche di dimenticanza nel pagamento del premio da parte degli iscritti; le compagnie di assicurazione, peraltro, per esigenze tecniche ed attuariali preferiscono, di regola, assumere i propri rischi per periodi coincidenti con l'annualità solare.

La Fondazione Enpam utilizzerà i prossimi mesi per migliorare i contenuti della polizza introducendo nuove ed ulteriori soluzioni assicurative tali da stimolare l'interesse dei medici e rilanciare l'iniziativa.

LA FINESTRA DEL *Presidente*

Ieri, oggi e domani



di Eolo Parodi

Alla fine di giugno porteremo all'approvazione del Consiglio nazionale il bilancio consuntivo del 2009 e subito dopo ci sarà il rinnovo di tutte le cariche dell'Enpam. Come sempre dovrà essere un momento di grande riflessione, pro-

prio per ricordare come eravamo, come siamo a distanza di tempo e come dovremo essere domani per far fronte ai tanti pericoli che si susseguono ogni giorno.

Al di là dei temi di fondo che ho già dibattuto (essere veramente privati, essere sempre pronti alla guerra contro chi avesse voglie strane su di noi) abbiamo a disposizione due numeri del giornale nei quali riteniamo, tutti insieme, di dover relazionare ai medici sulla nostra azione, su ciò che abbiamo cercato di fare bene e su ciò che eventualmente abbiamo fatto male, in modo a poter offrire un quadro completo ad ognuno di voi. •



All'Enpam il World Finance Pension Fund Awards

L'Ente è il vincitore dell'edizione 2010 del prestigioso riconoscimento. La valutazione della giuria ha riguardato in particolare la gestione del patrimonio ed il relativo processo di controllo e la gestione dei rischi finanziari.

Apprezzamento anche per l'attività che l'Ente svolge nell'ambito del processo di comunicazione con i medici

Il World Finance è un magazine specializzato nel settore della finanza mondiale, che dal 2007 ha indetto il premio World Finance Awards, volto ad individuare le organizzazioni che meglio rappresentano un riferimento, nell'ambito del proprio settore, per risultati raggiunti e per efficienza, trasparenza ed innovazione nella gestione. Tra i settori rappresentati vi è quello dei Fondi pensione, suddivisi per paese.

Il premio è stato concepito con l'obiettivo di stimolare il confronto tra realtà diverse, mediante la valutazione di alcuni parametri (innovazione, originalità, qualità del servizio offerto, sviluppo del mercato ed eccellenza nella cura dell'iscritto), ed indipendentemente dalle dimen-

sioni aziendali o dall'estensione del business, in un'ottica per cui i Fondi più piccoli, di nicchia o che prestano i propri servizi solo a livello nazionale, possono produrre un alto valore aggiunto quanto le istituzioni più grandi.

Per partecipare alla competizione non è prevista la candidatura diretta da parte dei Fondi: il premio prevede che siano i votanti, ossia gli utenti del sito di World Finance, oltre ai maggiori rappresentanti del settore sollecitati dallo stesso World Finance, ad indicare il Fondo/l'ente preferito, per far sì che chi vota non sia costretto a scegliere solo all'interno di una griglia di candidature predeterminate.

L'Ente stesso non era a conoscenza di essere stato votato e di essere rientrato nella lista dei finalisti, è stato il Comitato organizzatore di World Finance a fornire questa comunicazione e, successivamente, a dare no-

tizia che l'Ente è risultato vincitore per l'Italia nella categoria Pension Fund 2010. Il nome dell'Ente è presente tra quello dei vincitori sul sito Internet di World Finance e nel numero di marzo-aprile 2010 dell'omonima rivista.

La valutazione della giuria ha riguardato diversi aspetti dell'attività dell'Ente, relativi in particolare alla gestione del patrimonio ed al relativo processo di controllo e gestione dei rischi finanziari, attività che l'Ente

svolge costantemente e che prevede l'utilizzo di analisi approfondite.

Il Comitato organizzativo del World Finance, in comunicazioni svoltesi per le vie brevi, ha inoltre fatto presente che la giuria ha espresso un particolare e sentito apprezzamento in merito alle attività che l'Ente svolge sia nell'ambito del processo di comunicazione con i medici, sia relativamente alla gestione delle risorse umane.

Un grande valore è stato percepito per l'impegno profuso dall'Ente nello sviluppo ed il perfezionamento di un sistema informativo volto a garantire ai medici una comunicazione chiara, efficace e tempestiva mediante iniziative articolate. È stata inoltre vivamente apprezzata la cura che l'Ente dedica alla crescita professionale ed al benessere di ogni dipendente, favorendo e sostenendo lo sviluppo delle capacità relazio-

nali, intellettive, organizzative e tecniche di ogni persona.

Il premio World Finance come miglior Fondo pensione 2010 per l'Italia rappresenta quindi per l'Ente il riconoscimento di un impegno profondo e costante in ogni area della propria attività, e costituisce lo stimolo per continuare a dedicare la massima dedizione all'arricchimento ed al perfezionamento del valore prezioso che viene ogni giorno prodotto. •

**Per l'Ente
il riconoscimento
di un impegno
profondo
e costante in ogni
area della propria
attività**





di Mario Falconi (*)

Diamo atto al Presidente della Fnomceo di aver onorato l'impegno che aveva assunto, dopo la richiesta che facemmo a Padova, di un Consiglio Nazionale in cui si potesse, anche in tale sede, parlare dell'Enpam, attraverso un'analisi serena del presente, ma soprattutto del futuro. Il dibattito che si è sviluppato prevalentemente nelle giornate di giovedì 25 e venerdì 26 febbraio, riteniamo sia stato ampio, articolato e soprattutto propositivo. Nel nostro intervento abbiamo dichiarato apprezzamento per l'articolata relazione del Presidente Amedeo Bianco sull'Enpam, sia nella parte di

**Gran parte
dei presidenti
hanno valutato
positivamente
i risultati conseguiti
presso l'Ente**

analisi dei risultati raggiunti, sia in quella degli obiettivi strategici da perseguire, in un quadro di unità che va assolutamente privilegiato.

Non può che farci piacere il fatto che la gran parte dei Presidenti intervenuti abbia valutato positivamente i risultati conseguiti dalla nostra Fondazione; risultati che devono spingere i futuri amministratori a continuare nella strada intrapresa, anche percorrendo spazi di miglioramento sempre possibili.

Coloro che (pochi in realtà) hanno espresso qualche critica, lo hanno fatto in un'ottica costruttiva, partendo in ogni caso dalla considerazione che l'Enpam è oggi un Ente più che "solido"; tutti dobbiamo contribuire a difenderlo dagli "opportunisti" di turno, in un quadro di vera solidarietà generazionale, ma senza mai nascondere le enormi difficoltà gestionali a cui sono sottoposte oggi la previdenza e l'assistenza.

Il contesto caratterizzato da un progressivo incremento della vita media e da norme inique a cui è sottoposto il nostro Ente privatizzato, non degne di un paese civile, richiedono impegno costante, competenze e soprattutto

notevoli capacità gestionali e di interlocuzione politica.

Ringraziamo per l'apprezzamento che Amedeo Bianco ha avuto per il Presidente, i Vice Presidenti e per tutto il CdA e condividiamo la sua proposta *"che al Presidente Eolo Parodi possa essere affidato il delicato compito di promuovere e coordinare il rinnovo del CdA dell'Ente, ascoltando le proposte di tutti i legittimi portatori di interessi, per definire programmi e individuare candidature"*.

La richiesta che vari Presidenti hanno formulato, di un Consiglio Nazionale straordinario dell'Enpam, prima di quello elettivo, nel quale, auspicabilmente in spirito il più unitario possibile, si possa, in maniera trasparente, avere chiarezza su un programma e una squadra, è stata accolta all'unanimità come raccomandazione che impegna

**Necessitano
impegno costante
competenze e notevoli
capacità gestionali
e di interlocuzione
politica**

il Presidente Parodi a consultare anche gli organismi statutariamente previsti della Fondazione. Saranno, ovviamente, i Presidenti degli Ordini, o loro delegati, ad esprimere liberamente il proprio voto.

Ci sia consentito di non essere d'accordo con chi (voce piuttosto isolata nel contesto del Consiglio Nazionale) aveva espresso l'inutilità di ulteriori approfondimenti prima delle prossime elezioni, quasi auspicando la presentazione di liste contrapposte.

In tema di politiche professionali avere più di una lista, con più candidati, se per le elezioni ordinistiche potrebbe essere indubbiamente un valore aggiunto, per un Ente previdenziale, che ha come *mission* quella di erogare le migliori pensioni e assistenza possibili, la contrapposizione, pur ineccepibile democraticamente, andrebbe evitata. Nella certezza che tutti sapranno privilegiare l'onestà intellettuale e il senso di responsabilità, auguriamo al Presidente Eolo Parodi pieno successo nel portare a compimento il delicato mandato che gli è stato affidato. •

(*) Vice Presidente
vicario Enpam

Oggi e domani in difesa delle pensioni

Ridurre il peso fiscale sulle pensioni divorate dalla (s)perequazione automatica e dal caro-vita è un atto di giustizia sociale, ormai diventato indilazionabile soprattutto sotto il profilo morale ed umano. Il malessere è esploso anche tra i pensionati appartenenti al ceto medio, molti dei quali vivono in condizioni di precarietà e incertezza. Così, il 23 febbraio scorso, i pensionati della dirigenza pubblica e privata si sono incontrati a Roma in occasione del convegno "Per la difesa delle pensioni di oggi e di domani", promosso dalla Federspev (Federazione nazionale sanitari pensionati e vedove) dalla Confedir-Mit (Confederazione dirigenti pubblici e manager del terziario) e da Manageritalia (Federazione nazionale dei dirigenti, quadri e professionale del commercio, trasporti, turismo, servizi, terziario avanzato). Obiettivo sinergico: provocare un serio dibattito sui necessari atti legislativi e sulle iniziative (concrete) di carattere operativo da promuovere per salvaguardare l'avvenire (e il presente) dei pensionati. Al convegno erano presenti, tra i numerosi intervenuti, per la Federspev il presidente Eumenio Miscetti e il vice presidente Marco Perelli Ercolini, nonché il segretario Michele Poerio che ricopre la stessa carica anche nel-



la Confedir-Mit, il presidente di Manageritalia Claudio Pasini, il vice presidente della Commissione Lavoro e previdenza del Senato Tiziano Treu, Giuliano Cazzola e Alessia Mosca, rispettivamente vice presidente e segretario della Commissione lavoro pubblico e privato Camera, Bernardo Filippello, coordinatore generale consulenza attuariale Inpdap, Alberto Brambilla, presidente del Nucleo di valutazione spesa previdenziale. Sul tappeto problemi scottanti che certo esigono priorità nell'agenda politica: le pensioni d'annata (*o dannate*), le pensioni di reversibilità e il blocco della perequazione automatica (2008) a tutte le

**Ridurre il peso fiscale
sulle pensioni è
un atto di giustizia
sociale diventato
indilazionabile**

pensioni superiori a euro 3.539,72 mensili lordi, previsto dalla finanziaria del 2007 del Governo Prodi. In proposito, i pensionati chiedono la restituzione delle somme non corrisposte (proposta di legge Mazzucca AC2657). Sulla base di quanto è ben noto, i relatori hanno posto l'accento sull'inequità di questa norma: la rendita previdenziale è una "retribuzione differita", costruita con i contributi versati durante la vita lavorativa. E' quanto ha ribadito con forza, sottolineando la differenza tra previdenza ed assistenza, Eumenio Miscetti, nel porgere il suo caloroso saluto alla platea gremita soprattutto dai pensionati (medici, farmacisti e veterinari) iscritti alla Federspev: "Il pensionato vero è colui che per una intera vita ha lavorato creando il benessere della nostra società e versando rilevanti contributi per assicurarsi nella vecchiaia una

vita dignitosa. Ci offendono gravemente coloro che ci indicano come mantenuti dallo Stato o peggio dai giovani". E' forse ovvio ricordare che le pensioni d'annata, oggi, non più agganciate alla dinamica salariale ma adeguate alla variazione dell'indice Istat dei prezzi al consumo (D. Lgs. n. 503/1992 Legge Amato) che non corrisponde a quello reale e tanto meno alle esigenze dei quiescenti, soffrono di una sperequazione cronica e, in più, sono fortemente penalizzate anche dall'aumento del costo della vita. Tale incremento non viene applicato per intero, ma ridotto sulle quote più elevate di pensione. Nel 1995 poi la Riforma Dini ha falciato, in base agli scaglioni di reddito, le pensioni di reversibilità (ai superstiti). Quali le soluzioni? Le ha illustrate nel suo lucido e pragmatico intervento Perelli: detassazione parziale dell'assegno di pensione in scaletta crescente quanto maggiore è l'età e l'eventuale disabilità, detassazione degli aumenti derivanti dalla perequazione automatica, detrazioni d'imposta ai titolari di pensione, tassazione separata con imposta sostitutiva ad aliquota sociale, eliminazione del discriminatorio cumulo pensione/altri redditi del superstite.

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



di Alberto Oliveti (*)

La gestione previdenziale dell'Enpam deve conciliare un insieme complesso di interessi legittimi che si intersecano tra loro come gli assi di un sistema tridimensionale cartesiano da cui dovrebbe risultare costruita l'immagine della convenienza a partecipare ad un servizio solidale, equo ed affidabile in termini di tenuta nel tempo e di adeguatezza dei trattamenti.

Il primo asse di interesse di questo sistema riguarda la gestione dell'interesse individuale di ogni singolo contribuente di ottenere la miglior pensione possibile dai contri-

**La gestione
dell'interesse
individuale di ogni
singolo contribuente
di ottenere la miglior
pensione possibile
dai contributi versati**

Interesse e convenienza

buti versati. Tale gestione si rappresenta efficacemente nella corrispettività tra quanto versato e quanto ricevuto, o si dovrà ricevere, come controprestazione. Tanto maggiore sarà il riscontro di tale corrispettività, tanto maggiore sarà la percezione di aver ricevuto un buon servizio. Su questo è impressione diffusa che ci sia da lavorare parecchio in termini di divulgazione dei concetti corretti di aspettativa di vita e di valorizzazione dei contributi, in quanto è di comune riscontro tra gli addetti ai lavori un certo grado di insoddisfazione tra coloro che, per esempio, alle postazioni Enpam dei Convegni ricevono le proiezioni delle pensioni sulla base dei rispettivi contributi contabilizzati.

Il secondo asse è costituito dalla somma di tutti gli interessi individuali che si fa dimensione collettiva e si sostanzia tecnicamente nei bilanci annuali di gestione, sia consuntivo che preventivo. Non si può prescindere a tal merito dalla costante valutazione della consistenza del debito previdenziale che si accumula all'atto dell'incasso dei contributi e che da privatizzati siamo chiamati ad onorare senza po-

ter contare eventualmente sulla rete di protezione della redistribuzione fiscale.

Questo ci introduce al terzo asse, ed alla terza dimensione dell'interesse; quello generazionale di coorti subentranti di contribuenti chiamate a mantenere con i propri contributi (ed in concorso con i proventi del Patrimonio) la generazione precedente andata in pensione. Dal punto di vista tecnico, la sostenibilità e l'equità tra generazioni si evidenziano con i bilanci tecnici attuariali, che da Fondazione privatizzata siamo chiamati a produrre ogni triennio e sono vincolati ai noti e recentemente allargati parametri di equilibrio prospettico. L'interesse dei futuri contribuenti va opportunamente previsto e nei limiti del possibile soddisfatto, nell'interesse comune a tutte le generazioni di avere dall'Enpam a tempo debito quanto si è opportunamente accumulato, nella misura massima concessa dalle proiezioni di sostenibilità. Solo il corretto equilibrio tra la rappresentazione di questi tre assi di interesse può garantire la tenuta del patto inter generazionale che è il vero albero

di trasmissione del sistema.

La logica per cui chi lavora mantiene chi ha lavorato, nella garanzia di analogo trattamento al momento della maturazione dei requisiti richiesti, è lo strumento di garanzia per tutti, pensionati e contribuenti attivi e futuri, che il sacrificio contributivo obbligato diventi poi elemento fondante di una serenità post lavorativa.

In conclusione, il vincolo all'obbligazione contributiva è un interesse comune da difendere nella corretta considerazione dei vari interessi in gioco, in cui solo alcuni possono aver voce nelle istanze dei loro rappresentanti. Per rafforzare i termini di legge che tutelano tale obbligo, dovremmo investire in comunicazione orientata alla promozione della cultura previdenziale per convincere le prossime platee di medici ed odontoiatri sulla convenienza a partecipare a questa catena di solidarietà generazionale. Ne va dell'interesse di tutti!

(*) Consigliere Enpam

**Investire
decisamente
in comunicazione
orientata
alla promozione
della cultura
previdenziale**

di Vittorio Pulci (*)

Tutti i medici e gli odontoiatri iscritti ai rispettivi Albi professionali beneficiano della tutela previdenziale assicurata dal *Fondo generale ENPAM*. Il finanziamento delle prestazioni previdenziali ed assistenziali erogate da tale Fondo è garantito dal versamento di un contributo minimo dovuto in misura fissa per fasce di età. Tale contributo confluisce presso una apposita gestione, denominata "Quota A" del Fondo di Previdenza Generale.

Gli importi che saranno posti in riscossione nel corso dell'anno 2010 sono i seguenti:

– **€ 186,40** annui (€ 15,53 mensili) per tutti gli iscritti fino al compimento del 30° anno di età;

– **€ 361,82** annui (€ 30,15 mensili) per tutti gli iscritti dal compimento del 30° anno di età fino al compimento del 35° anno di età;

– **€ 678,99** annui (€ 56,58 mensili) per tutti gli iscritti dal compimento del 35° anno di età fino al compimento del 40° anno di età;

– **€ 1.253,96** annui (€ 104,50 mensili) per tutti gli iscritti dal compimento del 40° anno di età fino al compimento del 65° anno di età.

– **€ 678,99** annui (€ 56,58 mensili) per gli iscritti ammessi, entro il 31 dicembre 1989, al beneficio della contribuzione ridotta "Quota A", in quanto forniti di diversa copertura previdenziale obbligatoria.

Oltre agli importi sopra elencati, tutti gli iscritti sono te-

Riscossione contributo "Quota A" 2010

nuti a corrispondere un contributo annuo di **€ 42,75** (€ 3,56 mensili) per la copertura dell'onere derivante dalle indennità di maternità, aborto, adozione e affidamento preadottivo erogate dall'E.N.P.A.M..

L'incarico di riscuotere su tutto il territorio nazionale i suddetti contributi, a decorrere dall'anno 2001, è stato affidato ad Equitalia Esatri S.p.A. che a tal fine provvede a trasmettere al domicilio degli iscritti i relativi bollettini di pagamento RAV.

Gli importi dovuti possono essere versati in un'unica soluzione entro il 30 aprile dell'anno di riferimento del contributo ovvero in quattro rate con scadenza 30 aprile, 30 giugno, 30 settembre e 30 novembre. Il recupero degli eventuali importi non corrisposti entro i termini è effettuato mediante iscrizione a ruolo e notifica della corrispondente cartella di pagamento.

Il mancato ricevimento dell'avviso non esonera dal pagamento del contributo. In tal caso, al fine di ottenere le istruzioni necessarie per provvedere al versamento, deve essere tempestivamente inoltrata ad Equitalia Esatri S.p.A. (al fax n. 02.6416.6617 o all'indirizzo e-mail taxtel@equitaliaetr.it) un'apposita richiesta, accompagnata da copia di un documento d'identità in corso di validità e dall'indicazione dei seguenti dati:

codice fiscale, nome e cognome, indirizzo e recapito telefonico.

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 del bollettino RAV. In questo caso il pagamento potrà essere effettuato presso gli Istituti di Credito oppure con carta di credito mediante il servizio TAXTEL:

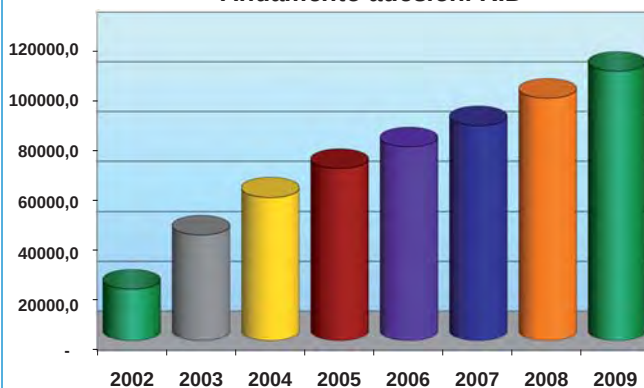
• via telefono al n. 800.191.191

• via internet al sito www.taxtel.it.

Al fine di evitare i disagi connessi al mancato ricevimento o allo smarrimento dei bollettini, si ricorda che i predetti obblighi contributivi possono essere assolti chiedendo la **domiciliazione del relativo pagamento mediante addebito permanente in conto corrente bancario** (procedura RID).

Per poter usufruire della domiciliazione bancaria è sufficiente compilare il modulo allegato all'avviso di pagamento e trasmetterlo ad Equitalia ESATRI S.p.A. secondo le modalità indicate da tale società. Il modulo RID, quindi, non deve essere presentato alla propria banca, ma deve essere inoltrato direttamente al pre-

Andamento adesioni RID



STAMPA DUPLICATI RAV

Anche quest'anno la Fondazione E.N.P.A.M. offre ai propri iscritti un utile servizio in caso di mancato ricevimento o smarrimento del bollettino RAV per il pagamento del contributo dovuto alla "Quota A" del Fondo di Previdenza Generale.

In prossimità della scadenza del versamento della prima rata (30 aprile 2010), infatti, gli utenti registrati presso il portale www.enpam.it potranno reperire direttamente un duplicato del bollettino RAV, accedendo all'Area riservata del sito della Fondazione.

In questo caso il pagamento potrà essere effettuato presso gli Istituti di Credito oppure con carta di credito mediante il servizio TAXTEL.

Formazione in medicina generale, collaborazione Enpam-Fimmg

D.ssa Celeste Russo

detto Agente della riscossione.

Per il servizio offerto, la commissione richiesta da Equitalia ESATRI S.p.A. è di € 2,07 per addebito.

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

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

Sul retro della sezione di versamento dei bollettini RAV è all'uopo indicata la descrizione "Trib. 539 Previdenza ENPAM 2010". Il pagamento del contributo mediante il servizio RID 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.

(*) *Dirigente Enpam*

Una delle priorità di lavoro della sezione Fimmg Formazione è sempre stata quella di dare al Corso di formazione specifica in Medicina generale dignità anche di tipo previdenziale, poiché gli anni di corso erano stati oggetto di una carente copertura previdenziale dovuta a fraintendimenti circa la dichiarazione della borsa di studio in oggetto come Quota "B" obbligatoria del Fondo generale Enpam.

Studi mirati a chiarire la problematica in questione hanno rivelato come dal 2004 all'articolo 3 comma 2 del regolamento Fondo generale Enpam, la borsa di studio corrisposta durante il Corso di formazione specifica in Medicina generale rientra nelle categorie reddituali da dichiarare, come si può facilmente dedurre dall'articolo in questione di seguito riportato: "Per reddito professionale assoggettabile a contribuzione si intende quello autono-

mo derivante dall'esercizio, anche in forma associata, della professione medica e odontoiatrica, non soggetto ad altra copertura previdenziale obbligatoria ed al netto di una quota delle spese sostenute per produrlo. Concorrono, altresì, a formare tale reddito i compensi, anche se equiparati ai fini fiscali ai redditi di lavoro dipendente, che derivano dallo svolgimento di attività attribuite all'iscritto in ragione della sua particolare competenza professionale".

A fronte però di un'aliquota contributiva del 12,5% che diventa troppo onerosa per il delicato momento di inserimento lavorativo della categoria professionale di medico in formazione specifica in Medicina generale e a fronte dell'esiguità della borsa di studio corrisposta, è nata la necessità di fare richiesta formale all'Enpam perché il reddito dei medici in Formazione specifica in Medicina generale venga assoggettato all'opzione del versamen-

to di aliquote nella misura ridotta del 2% come già in vigore per i pensionati e per gli iscritti che contribuiscono ad altre forme di previdenza obbligatoria, ivi compresi i Fondi speciali gestiti dall'Enpam, di cui all'Articolo 4 comma 1 del Fondo generale Enpam, con possibilità di riscatto di riallineamento in un prossimo futuro.

La richiesta di agevolazioni contributive di sostegno per i giovani iscritti è stata oggetto di un incontro, ideato per trovare una strategia comune tra le due parti, tenutosi tra l'Esecutivo nazionale Fimmg Formazione formato dalla sottoscritta, Alessandro Dabbene e Michele Ferrara con in più la referente regionale del Lazio Gemma Marotti e una delegazione Enpam composta da Giampiero Malagnino Vice-Presidente Enpam, Ernesto Del Sordo Direttore Dipartimento della previdenza Enpam, Alberto Olivetti Consigliere Enpam e Vittorio Pulci dirigente del Servizio contributi Enpam.

Il Coordinamento nazionale della Sezione Fimmg Formazione, tenutosi a Roma il 27 Gennaio 2010, ha visto come ospite il dott. Malagnino e ha deliberato all'unanimità la

Il Coordinamento nazionale della Fimmg Formazione ha deliberato la proposta di fare richiesta all'Enpam di essere inseriti all'Articolo 4 del Fondo generale

proposta elaborata dall'Esecutivo Nazionale di fare richiesta all'Enpam di essere inseriti all'Articolo 4 comma 1 del Fondo generale Enpam.

Il Consiglio di Amministrazione Enpam tenutosi il 29 Gennaio 2010 ha recepito favorevolmente tale richiesta, deliberato positivamente per una modifica regolamentare da sottoporre a valutazioni successive del Comitato consultivo del Fondo della libera professione.

Un ulteriore tavolo di lavoro si aprirà a breve per stabilire le modalità migliori per la regolarizzazione della posizione contributiva relativa agli anni 2004-2009.

Una coscienza previdenziale insomma ben radicata anche in noi giovani medici all'esordio lavorativo che ha dato il via ad una valida ed efficace collaborazione con l'Enpam.

La formazione specifica in Medicina generale

Il corso di Formazione specifica in Medicina generale nasce in attuazione della direttiva 86/457/CE per ottemperare ai bisogni di formazione non adeguatamente soddisfatti durante il corso di laurea. È disciplinato dal decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 in attuazione della direttiva n. 93/16/CEE, in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati e altri titoli, come modificato dal decreto legislati-



vo 8 luglio 2003, n. 277 in attuazione della direttiva 2001/19/CE. La Formazione specifica in Medicina generale è affidata alle regioni e province autonome, ma coordinata dal ministero della Salute per assicurare nella disciplina omogeneità dei criteri sul territorio nazionale dal decreto del ministe-

ro della Salute 7 marzo 2006. Il corso ha durata triennale alla fine del quale viene rilasciato un diploma, necessario per i Medici abilitati dopo il 31/12/1994 per iscriversi alle graduatorie regionali di settore (modalità d'accesso obbligata e unica per la Medicina generale). Agli iscritti, regolarmente

Il corso di Formazione specifica nasce per ottemperare ai bisogni non bene soddisfatti durante il corso di laurea

entrati tramite concorso pubblico regionale che si tiene ormai annualmente in data unica e con quiz a risposta multipla uguali per tutto il territorio nazionale, è corrisposta una borsa di studio annuale di euro 11.603,52, soggetta a trattenute Irpef e Irap.

La sezione formazione

Il 23 maggio 2008 venne costituito a Roma il comparto Formazione in seno al settore continuità assistenziale Fimmg: tale necessità nasce dall'esigenza sempre maggiore di tutelare e rappresentare i medici che hanno scelto di essere medici di Medicina generale.

Il comparto divenne poi Sezione speciale, sempre all'interno del settore e si organizzò eleggendo i referenti regionali di tutta Italia, che il 12 settembre 2008 a loro volta scelsero l'esecutivo nazionale tutt'ora in carica.

Da allora la sezione, unica rappresentanza della categoria di Medici in Formazione, si è occupata di vari argomenti quali la tutela della maternità, la sicurezza sul lavoro, l'Irap, il miglioramento della qualità del corso, la precedenza negli incarichi di sostituzione di CA, possibilità di "formazione-lavoro" durante l'emergenza da pandemia influenzale dovuta al virus H1-N1, il corso di emergenza territoriale-118, e, per ultimo in termini temporali, la copertura previdenziale Enpam. •

Periodi figurativi nel lavoro dipendente

di Marco Perelli Ercolini (*)

I “periodi figurativi” nel lavoro dipendente sono alcuni particolari tipi di assenza dal lavoro che vengono riconosciuti gratuitamente per la pensione in quanto collegati ad eventi che hanno una rilevanza sociale (tbc, donazioni di sangue e midollo osseo, maternità, distacchi sindacali o per cariche politiche, servizio militare, campagne di guerra o periodi di persecuzione politica o razziale). Queste cause, elencate dal legislatore, sospendono forzatamente la attività lavorativa, ma continua a sussistere il rapporto di lavoro, che riprende appena cessa l'evento. La contribuzione figurati-

va, che non costa nulla all'assicurato, in quanto “regalata” dalla gestione previdenziale, si somma agli altri contributi per raggiungere il diritto a pensione e per migliorare l'entità della rendita.

La contribuzione figurativa copre in pratica un vuoto assicurativo e non può essere accreditata se nello stesso periodo è già avvenuto un versamento contributivo o esisteva l'obbligo di effettuarlo.

L'accredito contributivo è subordinato a due condizioni:

- 1) al verificarsi dell'evento tutelato
- 2) alla esistenza di un requisito minimo di contribuzione.

Di particolare rilevanza sociale sono i periodi relati-

vi al congedo di maternità e congedo parentale.

Ai fini dell'accredito figurativo sono validi i periodi di:

- **astensione obbligatoria** dal lavoro per un periodo di cinque mesi (due prima la data presunta del parto e tre dopo il parto, una volta conosciuti come “**congedo di maternità**”, oltre il giorno del parto). Ricordiamo che la gestante lavoratrice ha la facoltà di astenersi dal lavoro dal mese precedente la data presunta del parto e poi protrarre l'astensione obbligatoria nei quattro mesi successivi al parto.

I giorni di astensione obbligatoria non goduti prima del parto (in caso di parto prematuro) sono aggiunti al periodo di asten-

sione obbligatoria.

Il padre può assentarsi dal lavoro per il periodo di astensione obbligatoria successivo al parto in caso di morte o di grave infermità della madre o in caso di abbandono o di affidamento esclusivo.

In caso di adozione nazionale, il congedo deve essere fruito durante i primi cinque mesi successivi all'effettivo ingresso del minore nella famiglia della lavoratrice; mentre in caso di adozione internazionale, il congedo può essere fruito anche prima dell'ingresso del minore in Italia, durante il periodo di permanenza all'estero richiesto per l'incontro con il minore e gli adempimenti relativi alla procedura adottiva e, ferma restando la durata complessiva del congedo, questo può essere fruito entro i cinque mesi successivi all'ingresso del minore in Italia.

Nel caso di affidamento di minore, è previsto che il congedo possa essere fruito entro cinque mesi dall'affidamento, ma per un periodo massimo di tre mesi.

- **Astensione facoltativa** (ora denominato “**congedo parentale**”) per en-

CONGEDO DI MATERNITÀ E CONGEDO PARENTALE			
Tipo di assenza	Contributi figurativi	Riscatti	Versamenti volontari
- obbligatoria	SI - calcolati sulla retribuzione effettiva	NO	NO
- facoltativa fino a 6 mesi entro i tre anni di vita del bambino	SI - calcolati sulla retribuzione effettiva	NO	NO
- facoltativa a) oltre i 6 mesi anche se collocati entro il terzo anno di età b) tra il terzo e l'ottavo anno di vita del bambino	SI - calcolati nell'INPS sul 200% dell'assegno sociale	SI	SI
- malattia del bambino di età compresa tra i tre e gli otto anni	SI - calcolati nell'INPS sul 200% dell'assegno sociale	SI	SI
- permessi orari per allattamento	SI	NO	NO

Il servizio militare e la maternità sono considerati validi anche ai fini degli aumenti periodici di anzianità

Per le madri medico libere professioniste o convenzionate col Ssn viene corrisposta l'indennità di maternità con facoltà di continuare la professione

trambi i genitori entro i primi otto anni di vita del bambino per un periodo massimo di dieci mesi (undici in caso il padre usufruisca per un periodo superiore ai tre mesi).

Il diritto spetta alla madre lavoratrice dipendente per un periodo, anche frazionato, non superiore a sei mesi.

Al padre lavoratore spetta per sei mesi e può essere elevato a sette, sempre che si astenga dal lavoro per un periodo, anche frazionato, non inferiore a tre mesi.

Il periodo complessivo tra i due genitori non può superare gli undici mesi.

I genitori adottivi o affidatari hanno gli stessi diritti, per quanto riguarda l'astensione facoltativa. In questo caso le assenze possono essere esercitate nei primi tre anni dall'ingresso del mi-

nore in famiglia, quando al momento dell'adozione o dell'affidamento l'età del bambino è compresa tra i sei e i dodici anni.

• **Assenza dal lavoro per malattia del bambino** sino agli otto anni di vita del bambino. Se il bambino ha meno di tre anni non ci sono limiti di durata dell'assenza; se il bambino ha un'età compresa tra i tre e gli otto anni, l'assenza non può superare i cinque giorni l'anno per ciascun genitore.

I genitori adottivi o affidatari hanno gli stessi diritti, dei genitori naturali, per quanto riguarda le assenze dal lavoro per malattia del bambino.

• **Riposi orari per allattamento** due ore, per orario di lavoro superiore a sei ore, un'ora per orario inferiore a tale limite. In caso di parto plurimo le ore si raddoppiano e le ore ag-

giuntive possono essere fruiti anche dal padre.

• **Permessi mensili** di tre giorni al mese per la madre lavoratrice o in alternativa il padre lavoratore, anche adottivi, di minore con handicap che abbia superato i tre anni di età a condizione che non sia ricoverato.

• **Permessi mensili** di tre giorni al mese per i genitori o per i familiari, anche non conviventi, che assistono con continuità ed in via esclusiva un portatore di handicap, parente o affine entro il terzo grado.

• **Assenza per congedo straordinario** con massimo di due anni per l'assistenza di persone con grave handicap.

Ricordiamo che il servizio militare e la maternità sono considerati validi anche ai fini degli aumenti periodici di anzianità, ove previsti.

L'accredito figurativo dei periodi di astensione facoltativa oltre i sei mesi e fra il terzo anno e l'ottavo anno di età del bambino, per i periodi di assenza per malattia del bambino di età compresa tra i tre e gli ot-

to anni, può essere integrato mediante riscatto o mediante versamenti volentieri.

Alle lavoratrici madri, sulle sole pensioni liquidate con il "sistema contributivo", vengono riconosciuti i seguenti periodi di accredito figurativo:

- per assenza dal lavoro per periodi di educazione e assistenza dei figli fino al sesto anno di età in ragione di centosettanta giorni per ciascun figlio;
- per assenza dal lavoro per assistenza ai figli dal sesto anno di età, al coniuge e al genitore purché conviventi, per la durata di 25 giorni complessivi l'anno per un massimo di 24 mesi.

Inoltre, indipendentemente dal fatto che al momento della maternità la donna lavori o meno, spetta un anticipo della possibilità di accedere alla pensione nella misura di 4 mesi per ciascun figlio fino ad un massimo di 12 mesi.

Da ultimo, per le lavoratrici madri medico libere professioniste o convenzionate col Servizio sanitario nazionale non esistono periodi figurativi, ma solo per i 2 mesi e i 3 mesi dopo il parto, viene corrisposta l'indennità di maternità (finanziata col contributo di maternità a carico di tutti gli iscritti all'Enpam sino al compimento del 65esimo anno di età), con la facoltà di poter continuare contemporaneamente l'attività professionale. •

(*) Consigliere Enpam

COME SI OTTIENE L'ACCREDITO

Tipo di assenza	In costanza di rapporto di lavoro	Al di fuori del rapporto di lavoro
- assenza obbligatoria	SI contributi figurativi	SI ai contributi figurativi con almeno 5 anni di contribuzione
- congedo parentale	SI contributi figurativi	NO solo riscatto con almeno 5 anni di contribuzione

Le Consulte sono una realtà. Lavorano con serietà, mostrano notevole esperienza per il bene dei colleghi e per il buon funzionamento dell'Enpam. Ospitiamo in queste pagine il parere dei presidenti delle quattro Consulte che mettono in evidenza quanto è stato fatto in questi cinque anni. Alla vigilia del voto per il nuovo Consiglio di Amministrazione diamo la parola a Francesco Carrano, Pasquale Pracella, Alfonso Celenza e Giorgio Spagnolo, rispettivamente presidenti del Comitato consultivo del Fondo dei medici di medicina generale, del Comitato del Fondo della libera professione – Quota B del Fondo generale, del Comitato consultivo del Fondo specialisti ambulatoriali e del Comitato consultivo del Fondo specialisti esterni.



Consulta del Fondo di previdenza dei medici di Medicina generale

Il punto sul Fondo dei mmg. Tra le proposte quella di ipotizzare due soli Comitati consultivi: uno destinato a rappresentare i medici e gli odontoiatri liberi professionisti ed un altro riservato a medici e odontoiatri convenzionati e/o accreditati

di Francesco Carrano (*)

Lo stato del Fondo - Dall'esame dei saldi contabili del Fondo dei medici di medicina generale nell'ultimo triennio (con esclusione dell'annualità 2009, il cui bilancio consuntivo sarà approvato alla fine di giugno 2010) emerge una gestione in ottima salute: nel 2006 si è infatti registrato un avanzo economico (dato dalla differenza fra contributi incassati e prestazioni erogate) di oltre 290 milioni di euro; nel 2007 di quasi 340 milioni (con un incremento di oltre il 17% rispetto al precedente esercizio); nel 2008 di circa 337 milioni (in linea quindi con l'annualità precedente). La quota di partecipazione del Fondo al patrimonio comune della Fondazione alla fine del 2008 era pari a circa il 35,79% del totale, nettamente la più elevata fra tutte le gestioni dell'Enpam.

Va detto però che nel prossimo futuro tutte le gestioni previdenziali dovranno fare i conti con la cosiddetta *gobba* pensionistica, rappresentata dal fatto che, a partire dal 2020, cominceranno ad essere collocati in pensione i cittadini italiani nati in coincidenza del boom demografico degli anni Sessanta e Settanta. La legge finanziaria del 2007 ha imposto di ricondurre la stabilità delle gestioni entro un arco temporale più ampio, pari a 30 anni in luogo dei previgenti 15 anni. Il Fondo dei medici di medicina generale, nonostante gli importanti risultati conseguiti e pur potendo assicurare la copertura delle attuali prestazioni previdenziali sino al 2029, non rispetta ad oggi i pesanti requisiti di legge. Si rende-

ranno quindi a breve necessari dei sensibili interventi correttivi, sui quali la prossima Consulta sarà chiamata a pronunciarsi. L'ipotesi più probabile è quella di un graduale aumento dell'aliquota di prelievo contributivo (oggi pari al 16,50% annuo) sino ad un massimo del 25%, accompagnato non da una riduzione, ma da un incremento, seppur non proporzionale, del coefficiente di rendimento (oggi pari all'1,55% annuo), per aumentare le riserve e scongiurare un ulteriore aumento del debito previdenziale.

Già oggi gli iscritti possono comunque contare, per migliorare la loro posizione previdenziale, sul nuovo istituto del *contributo modulare*, attraverso il quale possono versare un ulteriore contributo a loro carico con aliquota compresa fra l'1 ed il 5% dei compensi e con un rendimento identico a quello dei contributi obbligatori ma fondamentale resta nelle trattative per gli ACN battersi per ottenere disponibilità economiche aggiuntive per un graduale aumento dell'aliquota di prelievo contributivo.

I Comitati Consultivi dei Fondi ne rappresentano direttamente la base, costituita da iscritti attivi e pensionati, potrebbero a buon diritto essere definiti come gli *azio-*

Per il futuro diventa prioritaria la modifica dello Statuto e del Regolamento per ampliare le competenze del Comitato consultivo

nisti dell'Enpam, e quindi a tali Comitati – senza nulla togliere ai legittimi poteri attribuiti ai Presidenti degli Ordini provinciali – debbono nel prossimo futuro, essere riservate funzioni più ampie rispetto a quelle attualmente esercitate. Nelle ultime due legislature della Consulta della Medicina Generale è emersa forte la proposta di modifica dello Statuto e del Regolamento (Consulta 19/06/2008) per permettere di ampliare le competenze del Comitato Consultivo, consentendo di esprimere parere anche sul bilancio preventivo nonché di formulare proposte di modifiche sui regolamenti di previdenza e sullo Statuto dell'Ente. Tale proposta è stata deliberata dal Consiglio di amministrazione ma in data 3 marzo 2009 il ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ha comunicato di non poter accogliere le modifiche richieste. Successivamente il Presidente Parodi, su invito del CdA ha ritenuto rivolgere ai ministeri vigilanti l'invito al riesame del provvedimento, al fine di vedere assicurato il necessario maggior coinvolgimento delle Consulte nella vita dell'Ente ma ad oggi non sono pervenute risposte.

Prospettive-Ipotesi-Proposte - Nello specifico, si può immaginare che nelle riunioni della Consulta, che dovrebbero orientativamente avere una cadenza bimestrale, oltre alle funzioni attuali a cui va aggiunto l'esame del bilancio di previsione della Fondazione, si recepiscono le proposte e le istanze che i singoli componenti acquisiscono a livello regionale, valutandone l'utilità per una proposta di modifica regolamentare.

Discusso ed approvato l'impianto delle riforme proposte, agli uffici del Dipartimento della Previdenza il compito poi di trasformarle in testi regolamentari per predisporre le opportune deliberazioni, da ratificare. Auspicabile ed opportuno, con un'apposita riforma statutaria, che si inserirebbe nel solco di interventi già disegnati nel recente passato, aumentare il peso della rappresentanza delle Consulte (oggi limitata ad un solo esponente per Fondo) all'interno del Consiglio di Amministrazione, al fine di garantire una presenza della categoria in tutto l'iter di approvazione delle deliberazioni di iniziativa diretta.

E' anche possibile ipotizzare, per razionalizzare nel numero gli organi istituzionali della Fondazione, rafforzandone nel contempo le prerogative, pensare a due soli Comitati Consultivi: uno destinato a rappresentare i medici e gli odontoiatri liberi professionisti, ed un altro riservato a medici e odontoiatri convenzionati e/o accreditati. E' evidente che in questo caso il peso di ciascuna delle due Consulte in termini di delegati all'interno del Consiglio di Amministrazione dovrà essere proporzionale alla quota di patrimonio accumulata dalle categorie rappresentate da ciascuno dei collegi.

Una sezione apposita del giornale della previdenza dedicata alle Consulte potrebbe essere un buon messaggio di rinnovata comunicazione

Valorizzazione del Ruolo - Oggi è fondamentale ed importante riaffermare e rivalutare il ruolo che ciascun membro di Consulta riveste nella Regione dove è stato eletto: egli è il rappresentante dell'Enpam in quel territorio, e come tale, oltre a dover essere invitato ai convegni locali di natura previdenziale ne dovrebbe essere punto di riferimento così come dovrà essere maggiormente informato in futuro di tutte le iniziative che la Fondazione assumerà per poterle adeguatamente veicolare sui singoli iscritti.

Nuova Legislatura - Nella nuova legislatura, diventa prioritaria l'importanza della modifica dello Statuto e del Regolamento per permettere di ampliare le competenze del Comitato Consultivo e proprio al fine di migliorare il rapporto comunicativo fra iscritti e i loro rappresentanti regionali, dovranno essere previsti adeguati strumenti per far conoscere il ruolo dei Consulenti, i nominativi dei membri dei Comitati Consultivi, l'attività svolta nell'ambito della Consulta ed in periferia. Attraverso il Giornale della Previdenza e nei bollettini provinciali degli Ordini è fondamentale trovare la giusta visibilità, pubblicando anche ampi stralci dei verbali delle sedute, per documentarne l'attività ed incentivare i singoli associati alla proposta ed alla partecipazione.

Insomma una sezione apposita del Giornale dedicata alle Consulte potrebbe già essere un buon messaggio di rinnovata comunicazione.

Ringraziamenti - Nel corso dell'ultima riunione della Consulta unanime è stata la volontà di esprimere un ringraziamento sentito al Presidente Parodi, all'Esecutivo, al Consiglio di Amministrazione, al Collegio dei Sindaci Revisori, al Direttore Generale ai Dirigenti ed al Personale tutto per la positiva gestione della Fondazione.

Il lavoro svolto in questi anni dal Comitato Consultivo, che spero possa essere positivamente apprezzato, è stato sempre improntato ad uno spirito unitario valorizzando le competenze e le proposte dei Componenti tutti della Consulta che ringrazio di cuore per il loro impegno, privilegiando nelle decisioni il fondamentale concetto di solidarietà ed equità per rinsaldare il patto tra generazioni nel rispetto e a garanzia di tutti.

(*) *Presidente Comitato Consultivo del Fondo dei medici di Medicina generale*



di Pasquale Pracella (*)

Alla fine del mandato quinquennale che mi ha visto presiedere, con grande onore e soddisfazione, la Consulta del Fondo della Libera professione dell'Enpam, proverò ad illustrare in queste poche righe l'opera svolta insieme ai colleghi consultori che si sono distinti per professionalità, competenza ed impegno.

Questa Consulta è composta dai rappresentanti regionali e delle province autonome di Trento e Bolzano eletti da e tra i medici e gli odontoiatri che versano al Fondo di Previdenza generale Quota B perché producono reddito da libera professione ec-

Consulta del Fondo della libera professione

cedente il limite, attualmente di euro 5.410,22 prima e di euro 9.991,70 dopo i quaranta anni di età, già assoggettato alla contribuzione alla Quota A prevista in quanto iscritti all'Ordine Professionale.

All'inizio del mandato abbiamo contrastato con forza l'intenzione di alcuni ambienti dell'Enpam di introdurre l'esculapio che doveva essere una imposizione, per i pazienti dei liberi professionisti, del

Tra le azioni promosse quella che ha visto il recupero di contributi evasi attraverso l'incrocio con l'anagrafe tributaria



di Alfonso Celenza (*)

Il Fondo Previdenza degli Specialisti ambulatoriali insieme agli altri due Fondi a convenzione e con il Fondo di previdenza della libera professione – Quota B del Fondo generale, costituisce il mondo delle Consulte, organi consultivi ed elettivi in seno all'Enpam di durata quinquennale. I cinque anni si stanno concludendo ed alcune considerazioni vanno espresse. Innanzitutto la stabilità e la buona salute dell'Ente in generale e del nostro Fondo in particolare è fuori discussione. Sia i bilanci consultivi, sia i bilanci tecnici relativi al Fondo lo dimostrano.

Il rapporto tra pensionati e attivi deve mantenersi su posizioni sostenibili

Consulta del Fondo di previdenza degli specialisti ambulatoriali

Anche se, ovviamente, qualsiasi Fondo di previdenza è soggetto a variabili che possono incidere sulla stabilità dello stesso. Variabili che spaziano dal numero degli attivi, al numero dei pensionati, per non parlare di eventuali regole governative che il Fondo stesso è tenuto a rispettare. Il rapporto, dunque, tra pensionati e attivi deve mantenersi su posizioni sostenibili. Attualmente l'indice di pensionamento (rapporto pensionati/attivi) è pari a 0,56. Rapporto molto importante che deve essere consolidato e possibilmente migliorato. Non dimentichiamo che la nostra categoria dal 1993 al 2005 è stata praticamente bloccata con una condanna all'estinzione, che avrebbe portato alla morte per inedia del nostro Fondo. Non credo che si fosse ben capito da parte di tutti noi quale sarebbe stato il nostro domani. Comunque il problema è stato positivamente risolto, ma occhi ben aperti per il futuro.

La nostra forza lavoro non deve diminuire, ma anzi aumentare. Un'altra tegola è stata la modifica con la Legge Finanziaria del 2007, che ha raddoppiato da quindici a trent'anni l'ampiezza del periodo di valutazione per la

2% sulla parcella, ma che di fatto diventava, nella quasi totalità dei casi, una ulteriore contribuzione, a carico dei soli liberi professionisti, del 5-6 % sul reddito netto destinata ad alimentare un Fondo di riserva per tutti i contribuenti del nostro Ente previdenziale.

Importante, tra le azioni promosse da questa Consulta, è stata quella che ha visto il recupero di contributi evasi attraverso l'incrocio con l'anagrafe tributaria, portando alla regolarizzazione di molte posizioni contributive ovvero, più semplicemente, alla doverosa definizione di un corretto rapporto tra l'Enpam ed un numero non trascurabile di contribuenti.

Ma l'Enpam è anche assistenza e i contribuenti al Fondo della Libera Professione godono di prestazioni aggiuntive rispetto a quelle previste per la generalità degli assistiti dell'Enpam e che sono contenute e regolate da un regolamento opportuno e puntuale. La Consulta in questo quinquennio con qualificanti modifiche del regolamento ha voluto

rendere più accessibile la fruizione di queste importanti prestazioni per quei colleghi e loro familiari che versano, per varie ragioni, in condizioni di necessità, fino all'ultima urgente modifica che prevede concreti aiuti in caso di calamità naturali, fortemente voluta e condivisa, per portare, intanto, un ulteriore e parziale ristoro alla grave situazione dei colleghi della provincia Aquilana gravemente colpiti dal sisma dell'aprile 2009.

In riferimento alle funzioni assegnate alla Consulta del Fondo B dall'art. 36 bis comma 8 ed in particolare quella di formulare proposte per l'attuazione e, soprattutto, le modifiche del Regolamento del Fondo di Previdenza generale, la Consulta di questo quinquennio è stata particolarmente attiva nell'evidenziare alcune sostanziali incongruenze, del suddetto testo regolamentare, e nel proporre, di conseguenza, necessarie modifiche all'attenzione del Consiglio di amministrazione dell'Enpam e successivamente all'approvazione dei ministeri vigilanti.

Tra queste proposte mi piace ricordare le seguenti:

verifica della stabilità degli Enti pensionistici privati. E' ovvio che la conferma del trentennio, quale riferimento previsionale, comporta un marcato aggravio per il bilancio Enpam. Come si vede le preoccupazioni non mancano, ma una visione fondamentalmente ottimistica non ci deve abbandonare. Abbiamo la possibilità di manovra e comunque dobbiamo partire da un esame obiettivo che ci sarà dato dagli studi attuariali, effettuati da professionisti esterni alla nostra Cassa di previdenza ed altamente qualificati. Dalla loro diagnosi dovremo, noi della Consulta, per una precisa norma statutaria dell'Enpam stesso, nonché per un articolo del regolamento del nostro Fondo, decidere eventuali cambiamenti dello stesso. Tutto rispettando due regole auree: *pacta servanda sunt* ed il rispetto del patto tra generazioni. Ovvero eventuali cambiamenti devono essere attuati nel rispetto del "pro quota" e senza eccessivi carichi sugli attivi. Può sembrare una irraggiungibile quadratura del cerchio, ma sono convinto che una eventuale terapia correttiva potrà essere trovata nel rispetto dell'equità intragenerazionale. Le terapie sono fondamentalmente tre: 1) aumento dell'età pensionabile per altro già consona a standard nordeuropei e non certo mediterranei tipo previdenza statale; 2) diminuzione della quota di rendimento previdenziale, difficilmente riducibile; 3) un aumento della quota previdenziale. Voglio ricordare che la Consulta, all'unanimità già un anno fa, si era espressa per un innalzamento graduale della stessa. Mi rendo conto di

La Finanziaria 2007 ha portato a 30 anni il periodo di valutazione per la verifica della stabilità degli Enti pensionistici privati

non scrivere cose gradite e popolari, ma mi è d'uso essere franco.

In sintesi: un esame obiettivo, una diagnosi condivisa, una terapia condivisa. Credo che la nostra sia una categoria abituata alla realtà dei fatti e di conseguenza ci comporteremo. Volendo concludere è doveroso per me e per gli altri membri della Consulta, dopo questa esperienza quinquennale, rimarcare ancora una volta quello che ha fatto Eolo Parodi insieme a pochi altri per l'Enpam, rilevandola come commissario negli anni '90, in condizioni gravissime e di bassa credibilità, per riportarla attraverso la sua presidenza ad un Ente strutturalmente sano e rispettato nel mondo economico e finanziario. Visto che la ruffianeria è una dote che mi manca, mi piace affermare che non è stata certamente la Battaglia d'Inghilterra, ma parafrasando Churchill "Mai così tanti devono essere grati a così pochi".

(*) *Presidente del Comitato consultivo del Fondo degli specialisti ambulatoriali*

Proposte che vanno dalla flessibilità contributiva alla riduzione del rendimento dei contributi versati ad un contenuto aumento dell'età pensionabile

- modifica dei requisiti per l'accesso ai riscatti presso la Quota B, per permettere ai contribuenti del Fondo che versano anche in altro Fondo speciale dell'Enpam di poter accedere all'istituto del riscatto presso la Quota B; proposta accolta e deliberata dal Consiglio di amministrazione Enpam ma successivamente respinta dal ministero del Lavoro;
- abrogazione del comma 2 dell'art. 36 del Regola-

mento in parola che prevedeva la possibilità che altri Fondi Speciali dell'Enpam, non in grado di assicurare l'equilibrio di bilancio e la stabilità economico finanziaria della gestione, potessero confluire nel Fondo B; proposta accolta e deliberata dal Consiglio di Amministrazione dell'Enpam e successivamente approvata dal ministero del Lavoro;

- ampliamento delle competenze della Consulta previste dall'art. 36 bis del Regolamento, ed in particolare la logica possibilità di esaminare anche e soprattutto i bilanci preventivi dell'Enpam, insieme a quelli consuntivi e tecnici, nonché di formulare proposte di modifiche dello Statuto dell'Ente in quanto rappresentanti di una vasta ed importante platea di contribuenti; proposta condivisa dalle altre Consulte, accolta dal Consiglio di Amministrazione



Specialisti esterni, bilancio di un quinquennio

L'obbligo di versare all'Enpam un contributo previdenziale a favore dei medici specialisti operanti nelle loro strutture e la conseguente diatriba normativa. Rappresentare ai vertici dell'Enpam i problemi e le aspettative, suggerendo possibili soluzioni

di Giorgio Spagnolo (*)

Se si considera che è vero, come è incontestabilmente vero, che la buona salute di un Fondo previdenziale nasce dall'equilibrio fra le entrate, rappresentate dai contributi dei soggetti attivi, e le uscite, rappresentate dal pagamento delle pensioni, appare subito palese il motivo per il quale la gestione del Fondo di previdenza degli Specialisti convenzionati esterni è stata in questi anni di gran lunga la più complessa e difficile tra quelle dei vari Fondi dell'Enpam, in quanto questo equilibrio, per i motivi che andremo ad esaminare nelle loro linee

essenziali, è venuto drammaticamente a mancare, col risultato che il nostro è l'unico Fondo il cui bilancio è entrato in passivo, essendo progressivamente e drammaticamente sceso al di sotto dell'unità il rapporto fra i soggetti attivi e i pensionati.

Le profonde trasformazioni che hanno interessato in questi ultimi anni l'attività professionale dei medici specialisti convenzionati esterni sia sul piano normativo, per la sostanziale chiusura del Servizio Sanitario Nazionale a nuove convenzioni esterne in generale ed a quelle "ad personam" in particolare, sia su quello operativo per la progressiva trasformazione delle strutture da individuali a societarie imposta dalla sempre crescente difficoltà di gestire a livello individuale le nuove tecnologie sempre più costose e sofisticate, hanno infatti inciso sul nostro Fondo in misura drammatica, con il risultato che di fronte al forte decremento delle entrate contributive

Lasciare per il prossimo quinquennio una situazione migliore di quella che abbiamo ereditato da chi ci ha preceduto

dell'Enpam e, inspiegabilmente, respinta dal ministero del Lavoro;

- l'introduzione di un incentivo, raddoppio del rendimento dei contributi versati, già previsto dagli altri Fondi speciali dell'Ente, per i colleghi che scelgono di andare in pensione dopo i sessantacinque e fino ai settanta anni di età; proposta approvata da tempo dalla Consulta e all'attenzione del Consiglio di Amministrazione nella prossima seduta.

Lo spostamento dell'equilibrio delle gestioni dei Fondi dai quindici ai trenta anni, voluto dal governo Prodi e pienamente mantenuto dall'attuale governo, ha imposto una attenta e intensa discussione all'interno della Consulta per studiare minimi correttivi alla gestione del Fondo B che sostanzialmente già ri-

spetta il requisito prescritto.

Da quanto sopra la Consulta ha incaricato il Dipartimento della previdenza di verificare la fattibilità e la sostenibilità di una serie di proposte che vanno dalla flessibilità contributiva, alla riduzione del rendimento dei contributi versati, ad un contenuto aumento dell'età pensionabile, all'introduzione della pensione di anzianità e ad altri provvedimenti tesi da un lato a garantire l'equilibrio del Fondo e dall'altro a dare utili risposte alle esigenze previdenziali dei contribuenti.

() Presidente del Comitato consultivo
del Fondo della libera professione
Quota B del Fondo generale*

Ricercare soluzioni capaci di riportare nella normalità l'equilibrio del Fondo

relative agli iscritti accreditati ad personam dovuta alla diminuzione di tale platea di iscritti in quanto i professionisti che accedono al trattamento pensionistico non sono compensati da nuovi contribuenti, è corrisposto il fisiologico aumento del numero dei soggetti pensionati e conseguentemente l'importo delle uscite per i trattamenti pensionistici. Appare quindi evidente come la necessità di supportare la vivace attività del presidente Parodi e dei vertici dell'Enpam nella ricerca e nella messa in atto di soluzioni capaci di riportare entro i limiti della normalità l'equilibrio del Fondo sia stata in questi anni la maggiore preoccupazione della nostra Consulta.

L'approvazione da parte del Parlamento della Legge n.243/2004 con il conseguente obbligo da parte delle società accreditate di versare all'Enpam un contributo previdenziale a favore dei medici specialisti operanti nelle loro strutture sembrava aver risolto il problema, ma gli ottimismo suscitati dalla nuova norma legislativa furono presto assorbiti da una sempre più forte resistenza da parte delle Società ad assolvere al loro obbligo contributivo, resistenza culminata con il ricorso da parte di alcune di esse alla Corte costituzionale con il risultato che le nuove entrate contributive per questa voce si sono rivelate, nei primi tempi, poco rilevanti. Ma suc-

cessivamente la presunta incostituzionalità della Legge è stata respinta dalla Suprema Corte con l'ordinanza n.252 del 25 giugno 2008, e da allora il flusso contributivo è andato progressivamente aumentando, pur essendo ad oggi complessivamente lontano dalla totalità degli importi dovuti; per cui, nonostante la prospettiva di un totale e definitivo risanamento del nostro Fondo stia assumendo contorni sempre più concreti, è oggi più che mai necessario monitorare molto attentamente le ancora numerose inadempienze contributive in questo settore.

Se, come siamo certi che sia, il compito fondamentale di un organo consultivo democraticamente eletto dai colleghi è quello di rappresentare ai vertici dell'Enpam i loro problemi e le loro aspettative, suggerendo possibili soluzioni e controllando che siano affrontati con la dovuta decisione, appare indiscutibile che la Consulta che ho avuto l'onore (e l'onere!) di guidare negli ultimi cinque anni ha adempiuto con serietà e compattezza al compito fondamentale per la vita del nostro Fondo, che è stato quello di seguirne e di monitorarne costantemente problemi e soluzioni; e siamo altrettanto certi di lasciare per il prossimo quinquennio una situazione decisamente migliore di quella che abbiamo ereditato da chi ci ha preceduto.

() Presidente del Comitato
consultivo del Fondo
specialisti esterni*



Luca di Marzo, Professore Ordinario di Chirurgia presso la Sapienza Università di Roma, Dipartimento di Chirurgia Pietro Valdoni. Direttore della UOC di Fisiopatologia Chirurgica ad Interesse Vascolare; Presidente di Corso di Laurea in Infermieristica e di Master in Area Critica. Membro delle società scientifiche leader nel settore: Society for Vascular Surgery, American Venous Forum, European Society for Vascular Surgery e Fellow American College of Surgeons. Autore di oltre 300 pubblicazioni

Aterosclerosi periferica, è necessario il bisturi?

di Carlo Ciocci

Qual è l'incidenza della chirurgia vascolare oggi?

La chirurgia vascolare è una disciplina di crescente attualità, perché l'aspettativa di vita è aumentata significativamente nel nostro Paese: sappiamo che per la donna, ha superato gli 80 anni e per l'uomo e di poco inferiore. La conseguenza è che le malattie dell'età adulta sono sempre più rappresentate, e tra queste l'aterosclerosi è particolarmente importante sia per il coinvolgimento delle arterie coronarie sia delle arterie periferiche.

Parliamo dell'aterosclerosi delle arterie periferiche. L'aterosclerosi periferica è una malattia grave che colpisce prevalentemente il sesso maschile, gli ipertesi, i cardiopatici, i pazienti affetti da dislipidemie (colesterolo totale, HDL, LDL e trigliceridi), i diabetici ed i forti

fumatori. Le arterie periferiche colpite sono prevalentemente l'aorta sottorenale e le arterie degli arti inferiori. L'aterosclerosi periferica rappresenta una importante causa di morte o di invalidità del paziente. Le amputazioni degli arti inferiori sono, infatti, nel mondo occidentale determinate frequentemente da aterosclerosi periferica in fase avanzata.

Inquadriamo questo tipo di patologie.

Ve ne sono due: quelle di tipo acuto e quelle di tipo cronico. Poi vi è tutto il capitolo delle lesioni arteriose di origine traumatica: determinate più frequentemente da incidenti e, for-

tunatamente, più raramente da lesioni d'arma da fuoco o da arma bianca. Passiamo alle malattie aterosclerotiche croniche. Queste devono essere inquadrare mediante una diagnosi precoce, fatta, in primo luogo, se il medico visita correttamente il malato e lo interroga a dovere. L'uso, ormai routinario, dell'Ecocolor Doppler ha consentito una accurata diagnosi delle patologie vascolari periferiche con una corretta evidenziazione dei deficit vascolari in essere. All'Ecocolor Doppler si aggiungono, per una diagnosi di conferma e di miglior caratterizzazione, le altre metodiche radiologiche non invasive (es. angio-TC ed angio-RM) che aiutano ad inquadrare correttamente tale patologia con un rischio per il paziente ormai quasi nullo. L'angiografia, più invasiva, andrà limitata a casi selezionati in cui generalmente si preveda un tratta-

mento endovascolare con angioplastica e stent.

Ovviamente è necessario, in questi ammalati, correggere tutti i fattori di rischio: avere un buon controllo cardiologico, pressorio, delle dislipidemie, del diabete e naturalmente sospendere il fumo.

Per quanto riguarda i disturbi che le malattie aterosclerotiche provocano?

Tali ammalati possono presentare i seguenti sintomi: claudicatio, dolore a riposo e necrosi. La claudicatio di per sé non è una indicazione chirurgica salvo i casi in cui questa sia particolarmente serrata (inferiore a 50-100 metri) o sia particolarmente invalidante per la vita del paziente. Ad esempio nei giovani, una claudicatio serrata impedisce una normale vita relazionale. Il dolore a riposo e la necrosi sono delle assolute indicazioni al trattamento. Tutto ciò che può essere esperito per evitare l'amputazione andrà tentato trattandosi di un dramma umano per il paziente ed un elevato costo sociale per la collettività.

Come seguite i malati di aterosclerosi?

I pazienti vanno innanzitutto seguiti da un punto di vista medico, perché non tutti i malati di questo genere vanno trattati in modo chirurgico. Il più delle volte è sufficiente un trattamento di tipo medico con antiaggreganti e Pentossifillina, mentre nei

casi più avanzati dovrà intervenire la chirurgia. Controlli Ecocolor Doppler andranno ripetuti ogni 6 mesi invitando il paziente a deambulare per almeno 3 km al giorno, arrestandosi alla comparsa del dolore ischemico, per poi ripartire quando sia cessato. L'indicazione al trattamento chirurgico o endovascolare va posto al fallimento della terapia medica. Il trattamento endovascolare ha sicuramente un ruolo nelle lesioni di piccole dimensioni prevalentemente del tratto iliaco e femorale superficiale. Lesioni più estese saranno sicuramente di pertinenza chirurgica ricostruttiva.

Parliamo ora del by-pass. Il by-pass va fatto con un corretto timing, né troppo

presto, né troppo tardi. Nel primo caso non va fatto perché non vi è una indicazione, nel secondo caso perché la prognosi di una ricostruzione tardiva porta più frequentemente ad un insuccesso. E' evidente che il capitolo delle ricostruzioni arteriose è ampio: se è affetta l'aorta addominale o le arterie iliache possiamo fare delle ricostruzioni aorto-iliaco-femorali con materiale sintetico. Mentre nelle ricostruzioni infrapoplitee l'utilizzazione delle proprie vene, invertite, andrà tentata sempre perché indubbiamente coronata da maggior successo rispetto alle ricostruzioni in materiale sintetico. Alcuni Colleghi hanno tentato di sostenere che il materiale protesico abbia una pervietà confrontabile alla

vena, ma in realtà ormai è chiaro che non è così.

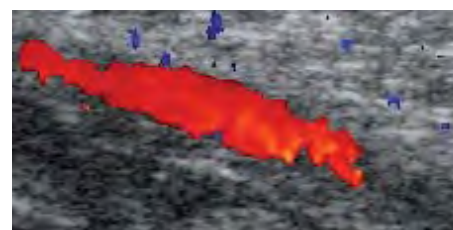
Per quanto riguarda, in particolare, le ostruzioni dell'aorta addominale?

In questo settore discreti risultati sono stati ottenuti dallo stent della arteria iliaca comune. Lesioni più estese andranno trattate con ricostruzioni aorto-iliaco-femorali classiche.

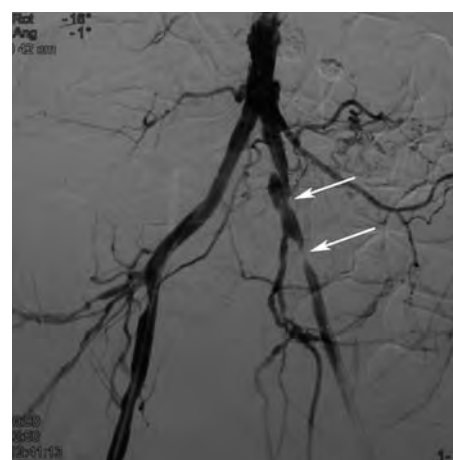
Nei pazienti ad alto rischio, in cui non ravvediamo l'opportunità di aprire l'addome, escludendo quindi l'intervento anatomico classico, vi è spazio per poter eseguire ricostruzione extra anatomiche come ad esempio il bypass femoro-femorale crossover o il bypass axillo-femorale, attuando, in questo modo, una corretta rivascolarizzazione con traumatismo molto inferiore per il paziente, ma per contro ottenendo una pervietà a lungo termine inferiore.

E' vero che spesso i vostri pazienti sono "accaniti" fumatori?

La maggior parte dei nostri pazienti sono forti fumatori che devono assolutamente smettere di fumare. Il problema del fumo è molto grave: negli USA ed in alcuni paesi del nord Europa è stata fatta una campagna di prevenzione dal tabacco molto incisiva. In Italia, purtroppo, a livello giovanile i numeri dicono che il fumo sta riprendendo e quindi probabilmente ci dovremo aspettare un aumento delle malattie aterosclerotiche nei prossimi anni.



Ecocolor Doppler



Angiografia

E per quanto riguarda l'attività fisica?

Molto importante è fare un esercizio fisico quotidiano. L'ammalato con arteriopatia, nonostante la presenza del dolore, dovrà impegnarsi a percorrere alcuni chilometri al giorno con il principio del fermarsi alla comparsa del dolore ischemico, per poi riprendere il cammino. Si parla a tal proposito di "malattia delle vetrine", il pazienti infatti si ferma periodicamente come dovesse osservare una vetrina per poi ripartire sino alla vetrina successiva. L'esercizio fisico è dimostrato stimolare la formazione di circolo collaterale, che può portare ad una discreta compensazione, evitando la necessità di un intervento ricostruttivo. •



AngioTC



Rosario Sorrentino, neurologo, è fondatore e direttore dell'Istituto di ricerca e cura degli attacchi di panico (IRCAP), presso la Clinica Pio XI di Roma. Membro dell'American Academy of Neurology, Post doctoral Research Fellowship alla Columbia University di New York. Ha svolto studi clinici di neuropsicologia e farmacologia con particolare riferimento alla malattia di Alzheimer presso il Presbyterian Hospital di New York. È autore dei volumi "Panico - Una bugia del cervello che può rovinarci la vita" e "Rabbia - Un'emozione che non sappiamo controllare", entrambi editi da Mondadori

Paura di avere paura

Aviofobia e attacchi di panico, capire una patologia molto diffusa e spesso poco curata. L'ansia anticipatoria e la necessità di una terapia farmacologica preventiva che porti alla desensibilizzazione e alla riabilitazione

di **Claudia Furlanetto**

Quanti di noi salendo su un aereo hanno avuto paura? Quanti vivono il volo come un evento terrificante e traumatico? L'aviofobia colpisce moltissime persone ma ancora poche la considerano una malattia vera e propria. Ne abbiamo parlato con il professor Rosario Sorrentino, neurologo e fondatore dell'IRCAP (Istituto di ricerca e cura degli attacchi di panico) presso la Clinica Pio XI di Roma.

Professore che cos'è l'aviofobia?

L'aviofobia è un disturbo d'ansia e fa parte delle fobie semplici. Rappresenta la punta dell'iceberg di una situazione ben più complessa in cui la persona ha paura di trovarsi in un luogo, percepito come ostile, dove non

esiste una "exit strategy", una via di fuga, nel caso in cui insorga un attacco di panico. In realtà molti di quelli affetti da aviofobia hanno già sofferto, o soffrono, di crisi di panico e la loro paura si collega alla consapevolezza di trovarsi in un luogo "estremo" che non permette né l'allontanamento né il controllo su ciò che accade. È una patologia collegata alla perdita di controllo, è la paura di aver paura, la paura della paura di trovarsi in trappola.

La paura è collegata al solo periodo del volo?

No. Di solito si manifesta un'ansia anticipatoria che accompagna la persona anche solo all'idea di dover affrontare la causa del proprio disagio. Il risultato è che si evita l'aereo in maniera ostinata optando per mezzi alternativi e limitan-

dosi ad una zona circoscritta di spostamento, oppure ci si espone al volo con una fobia estrema che rende il viaggio un vero e proprio incubo con sintomi che vanno dalla paura di morire e di impazzire, ai più vari fenomeni di ansia. Parliamo di un grave disagio, anche fisico, caratterizzato da dispnea, palpitazioni, dolore o fastidio al petto, sensazione di asfissia o di soffocamento.

In che percentuale si presenta il disturbo?

Innanzitutto bisogna specificare che esistono diversi livelli di intensità che vanno dal disagio lieve fino a forme più gravi che portano all'evitamento ed al rifiuto di vola-

re. In generale il 35/40 per cento delle persone teme l'utilizzo dell'aereo. Esiste una netta prevalenza tra le donne ma il dato potrebbe essere falsato perché quest'ultime ammettono più facilmente i propri timori: la dimensione della donna che ha paura è socialmente accettata, l'uomo al contrario è condannato a vincere o gestire le proprie emozioni e per questo spesso le nasconde.

Che cosa accade a livello cerebrale?

Con lo studio eseguito da me e dal professor Stefano Bastianello, (direttore del Servizio di Neuroradiologia dell'Università di Pavia e IRCCS Fondazione C. Mondino, n.d.r) siamo riusciti a catturare un'immagine del percorso neurale dell'attacco di panico grazie alla risonanza magnetica funzionale (foto a pagina 21).

L'area di interesse è l'amigdala, la cui iperattività mette la persona in uno stato di perenne allarme e segnala una situazione di pericolo in realtà inesistente. L'attacco di panico, l'aviofobia, si differenziano dalla paura perché quest'ultima è una reazione emotiva ad un pericolo reale e costituisce una straordinaria risorsa per la sopravvivenza.

Nel caso dell'aviofobia ci troviamo davanti ad "una bugia del cervello" che in quel momento invia segnali catastrofici come se fossi-

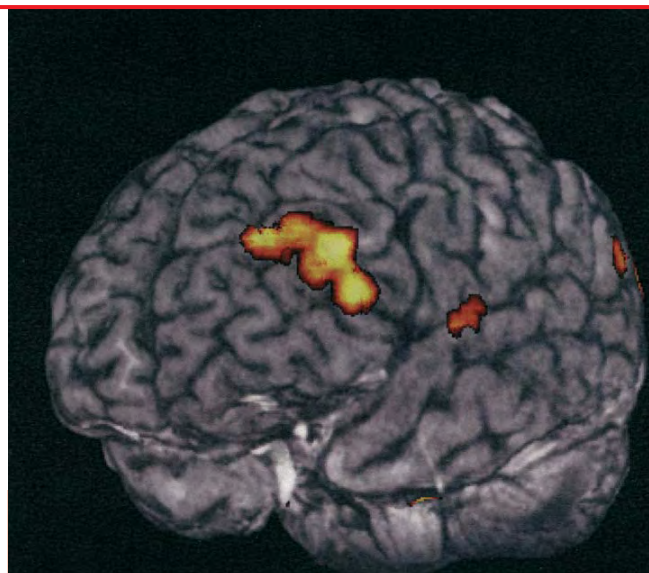
Il timore di trovarsi in un luogo percepito come ostile dove, nel caso in cui insorga un attacco di panico, non esiste via di fuga

mo sul punto di morire, di impazzire o di perdere il controllo ed il contatto con la realtà.

E la terapia?

È essenzialmente di tipo farmacologico. La terapia preventiva con farmaci SSRI, gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina, inizia molto tempo prima del volo previsto, in modo che il paziente possa arrivare a non percepire più il segnale di pericolo ma ad abituarsi progressivamente all'idea che l'aereo è il mezzo di trasporto più sicuro.

La terapia farmacologica è necessaria per prevenire la frequenza e l'intensità degli attacchi di panico sia prima sia durante il volo, per desensibilizzare la persona alla paura di volare e per riabilitarla sfruttando la plasticità del nostro cervello, quella straordinaria capacità di cambiare assetto e configurazione e quindi di ritornare ad uno stato di normalità, cioè solo ad un segnale di pericolo reale. Due o tre giorni prima del viaggio si som-



Area cerebrale coinvolta nell'attacco di panico. L'immagine è stata ottenuta grazie a risonanza magnetica funzionale

ministra una terapia farmacologica contro l'ansia che, in caso di bisogno, dovrà essere assunta anche durante il volo. Inoltre insieme, ma mai in sostituzione della terapia farmacologica, è utile affiancare la psicoterapia di tipo cognitivo comportamentale che può essere di sostegno alla desensibilizzazione. Grazie alla terapia medica il paziente viene spinto all'esterno, fuori dal recinto che si è creato, dove ritroverà una autonomia di decide-

re, una volontà di muoversi, la fiducia in se stesso ed il senso di autostima.

Quanto dura la terapia?

La terapia prevede un ciclo limitato nel tempo fino a quando la persona non si è desensibilizzata alla paura di volare. Con la desensibilizzazione i pazienti riprendono a viaggiare in aereo nel giro di qualche settimana e ne riscoprono il piacere proprio perché realizzano che l'aviofobia è una ma-

lattia come un'altra e che possono, tramite terapia farmacologica, riprendere la situazione di controllo e riuscire a gestire autonomamente la loro paura senza altro tipo di aiuto.

I farmaci sono l'unica strada quindi?

Sì. Spesso la terapia farmacologica per questo tipo di disturbi viene demonizzata. È proprio questo atteggiamento che spinge le persone al "fai da te": non è rara infatti l'assunzione di superalcolici insieme a benzodiazepine per sconfiggere il panico durante il volo aereo, con tutti i rischi che questo comporta.

E la psicanalisi?

La psicanalisi non serve per chi soffre di attacchi di panico e aviofobia. Anzi, sottraendo il paziente a terapie farmacologiche necessarie contribuisce a cronicizzare il problema. Lo porta alla rinuncia definitiva a prendere in mano la propria vita, la propria esistenza, la propria libertà. •

EPIDEMIOLOGIA DEGLI ATTACCHI DI PANICO IN ITALIA

Il sondaggio "Gli italiani e gli attacchi di panico: incidenza e conoscenza del disturbo", svolto dall'Istituto demoscopico SWG su richiesta del professor Rosario Sorrentino e pubblicato lo scorso ottobre, ha riportato una stima approssimativa dell'incidenza reale della patologia nel nostro Paese pari a 8 milioni di persone colpite. Rispetto alla popolazione italiana complessiva il 14 per cento risulta affetto da disturbo di panico con o senza agorafobia e il 7 per cento soffre di attacchi di panico isolati o sporadici.

Per quanto riguarda il contesto e le ragioni che ingenerano gli attacchi, con il 18 per cento, al primo posto, troviamo situazioni in cui la componente valutativa è forte come nel caso del lavoro e della scuola, a cui seguono le situazioni di stress elevato con il 13 per cento di media,

con una accentuazione delle affezioni tra chi denuncia di soffrire di disturbi di panico e agorafobia. In particolare chi denuncia attacchi con agorafobia segnala i luoghi chiusi all'origine del proprio malessere. Nel caso di attacchi sporadici l'insorgenza è più legata alle relazioni interpersonali, mentre chi soffre del disturbo di panico è più sensibile a condizioni di forte stress o ai luoghi affollati. Le strategie messe in atto per evitare che gli attacchi si ripetano sono principalmente di tre tipi: l'evitamento delle situazioni in cui il disturbo si presenta, la gestione dei sintomi cognitivi mediante la razionalizzazione e le tecniche di rilassamento e di respirazione. I farmaci vengono utilizzati nel 6 per cento dei casi.

Il sondaggio è scaricabile in formato .pdf dal sito Internet www.rosariosorrentino.it nella sezione "Le attività".

Ricerca, l'Italia non se la passa male



Franco Cuccurullo, medico, Rettore dell'Università "Gabriele d'Annunzio" di Chieti-Pescara, è Presidente del Comitato di indirizzo per la valutazione della ricerca, organismo del Governo presso il Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca. Ha sviluppato negli anni il primo esercizio di valutazione della ricerca: emerge un quadro in controtendenza rispetto ai luoghi comuni che vogliono l'Italia arretrata

di Orfeo Notaristefano

L'importante è non omologarsi ai luoghi comuni, al disfattismo, al declinismo. L'importante è rimanere ancorati ai numeri, alla visione d'insieme dei dati: la ricerca scientifica in Italia non è, come erroneamente viene descritta, marginale. Al contrario, in Italia viene prodotta ricerca di qualità, com'è dimostrato dal confronto internazionale con i Paesi più avanzati. Si scopre così che il nostro Paese è al settimo posto nel mondo per quanto riguarda i parametri di qualità della ricerca e all'ottavo posto per quanto attiene al volume dei finanziamenti. Un posizionamento che non è niente male, visto che la cronica carenza dei finanziamenti alla ricerca è confermata anche da questo esercizio di valutazione 2004-2008. Ma, proprio per questo, non si può che sottolineare la po-

sitività dei buoni risultati qualitativi in rapporto al sottofinanziamento.

A fornire questa lettura dello stato della ricerca in Italia, è uno dei massimi esperti, il professor Franco Cuccurullo, alla guida del Comitato di indirizzo per la valutazione della ricerca (CIVR), fino a pochi mesi fa Presidente del Consiglio superiore di sanità, Rettore dell'Università di Chieti-Pescara. Un medico, che, pur ricoprendo incarichi al massimo livello nazionale, non ha mai smesso di fare il medico, andando tutt'ora a visitare i malati nella sua enclava chietina, tra Università e Ospedale clinicizzato. Numeri alla mano, secondo il parametro della qualità, l'Italia con il suo 3,3%, si colloca dunque al settimo posto della classifica mondiale. Sopra all'Italia, c'è il Canada con il 4,3 per cento e poi, sempre a salire, si trova il Giappone con il suo 5,2 per cento, la Francia con il 5,5 per cento, la

Germania con l'8,7%, il Regno Unito con l'11% per trovare al primo posto gli USA con il 51,6 per cento. Traduzione di questi dati: sono stati presi in considerazione gli articoli con numero di citazioni superiore o uguale a quello degli Stati Uniti che rappresentano, a livello mondiale, il riferimento per la qualità della produzione scientifica. Questo significa che il posizionamento dell'Italia al settimo posto per la qualità è basato sull'analisi qualitativa della sua produzione scientifica, che, paragonata a quella degli altri Paesi, colloca il nostro Paese in una posizione considerevole. Restando ancorati ai parametri della qualità, balza agli occhi il paragone tra quel 3,3 per cento dell'Italia rispetto all'1,5 per cento della Cina e allo 0,8 per cento dell'India, stessa percentuale della Federazione Russa. Appare evidente che, in tema di qua-

lità della ricerca scientifica, i Paesi che si affacciano oggi al capitalismo stanno molto indietro: in quei Paesi non si fa ricerca ma si fanno altre cose come la produzione seriale di massa di prodotti mutuati dai Paesi che invece la ricerca la fanno. Una realtà che è sotto gli occhi di tutti.

Colpisce invece il posizionamento dell'Italia all'8° posto per quanto riguarda i finanziamenti. Una classifica che vede sempre gli USA al primo posto con 273.772 euro, seguiti da Giappone (118.295), China (30.002), Canada (23.600), Germania (58.848), Francia (37.844), Regno Unito (34.037), Italia (15.599). Segue la Spagna (11.815) e il Nord-Ovest dell'Europa, i Paesi Bassi con 8.910 euro. Questa è la fotografia dei finanziamenti per la ricerca nei Paesi più avanzati. Ma per capire occorre confrontare i dati GERD (Gross Domestic Expenditure on R&D) relativi ai finanziamenti in ricerca dai quali si evince che se l'Italia è al 2,56 per cento del finanziamento mondiale della ricerca, balza al 3,3 per cento nella World Ranking Quality, la classifica mondiale della qualità. Qui è il punto: un Paese come il nostro, che è penalizzato dal punto di vista dei finanziamenti, riesce comunque a produrre prodotti di ricerca di qualità in proporzione superiore ai finanziamenti disponibili.

Franco Cuccurullo deco-

difica così questi dati da lui stesso elaborati con il gruppo di lavoro 'storico' del CIVR. Spiega Cuccurullo: "Non sempre a investimento maggiore corrisponde una qualità sostenibile maggiore. Per portare un esempio, l'Olanda, che per qualità segue immediatamente l'Italia, è ampiamente superata, in termini di investimento, da Paesi che si posizionano dopo di lei, sempre per qualità, come Australia, Spagna, Cina e Federazione Russa. I dati sono ricavati da Gross Domestic Expenditure on R&D (GERD). Ritengo quindi di poter affermare, senza ombra di dubbio, che il nostro Paese, in relazione alle risorse di cui dispone, mantiene una posizione rilevante e meritevole nel contesto internazionale". E infatti, in particolare, per quanto attiene alla ricerca in Medicina, l'Italia si colloca al 5° posto per numero di articoli pubblicati su riviste scientifiche internazionali e al 6° posto per articoli con citazioni uguali o superiori agli articoli made in USA. I medici italiani pertanto dovrebbero essere soddisfatti nel sapere che la ricerca biomedica italiana nel suo complesso, in particolare nell'Immunologia, è tra le più avanzate nel mondo. Ecco perché Cuccurullo rigetta "lo stereotipo negativo, di cui parlano i mass media, che vede l'Italia come Paese di retroguardia", illustrando invece "quella che



emerge dall'analisi di dati oggettivi, trasparenti e riproducibili. Noi che abbiamo scelto la ricerca come missione fondamentale della nostra vita accademica, propendiamo ovviamente per il secondo approccio". Sempre con dati alla mano, Cuccurullo precisa: "Va sottolineato il fatto che, ai fini della gestione, produzione e sviluppo della ricerca, un fondamentale *driver* di spesa è rappresentato dai costi del personale, non solo in termini di giusta gratificazione economica dei singoli ma, soprattutto, in termini di numero complessivo degli addetti, in particolare dei ricercatori". Cuccurullo chiosa: "Uno dei principali elementi di successo della ricerca è rappresentato dalla sua dimensione internazionale".

E' operativa, infatti, una fittissima rete di collaborazioni internazionali, come dimostrano i 100 lavo-

ri scientifici più citati tra il 2000 e il 2008. Collaborazioni che coinvolgono in particolare Stati Uniti, Francia, Germania e Regno Unito, leader della ricerca biomedica a livello mondiale. Altro elemento vincente è l'interdisciplinarietà. L'immagine è quella di un fiume principale che si arricchisce sempre più per gli affluenti: "La ricerca di maggior successo è quella con più ricercatori, più link che collegano i vari gruppi".

La ricerca italiana è così, ha questi collegamenti e per rappresentarla vale l'idea della *mappa neuronica*.

Stand bay sulla fotografia dell'esistente, che però sullo sfondo mostra i suoi segni di criticità. Cuccurullo, in sede di inaugurazione dell'Anno Accademico 2009-2010, li ha così esplicitati, fornendo comunque un'uscita di sicurezza: "Un Paese pienamente inserito nell'economia della conoscenza, che

vuole continuare a farne parte e che produce ricerca di qualità, non può accettare di essere ingiustamente relegato in posizioni di retroguardia nella ricerca, rinunciando a difendere e a valorizzare la sua Università. Si impongono, a questo proposito – afferma ancora Cuccurullo – alcune riflessioni fondamentali: 1) non mortificare le aspirazioni dei tanti giovani capaci che, con grande impegno e notevoli sacrifici, si preparano a fare ricerca, conseguendo il dottorato nelle nostre Università; 2) non ferire le sacrosante aspettative di progressione verticale di ricercatori ed associati di grande valore che, ormai da troppo tempo, stanno attendendo la loro occasione; 3) non ritenere che una rivoluzione copernicana del "sistema Università" possa essere realizzata con le magre risorse che il nostro Paese finalizza alla ricerca. •

Anton Cechov, il medico dello zio Vania

di Luciano Sterpellone

L'anno prima della liberazione dei servi della gleba (11 gennaio 1860) nasce a Taganròg, in Ucraina, un bambino destinato a divenire uno dei maggiori esponenti della letteratura europea.

Anton Cechov si avvierà agli studi classici per obbedire alle indicazioni del padre; ma al momento di iscriversi all'Università di Mosca, decide di seguire quella che è la sua vera grande passione: la Medicina, intesa nel senso di missione.

Dopo la laurea, il neodottore fa pratica in ospedale e apre un piccolo studio ove cura gratuitamente i pazienti poveri; la sera la dedica a scrivere. Inizialmente firma gli articoli con lo pseudonimo di Antoscia Cechonté; poi, sempre più richiesto dagli editori, scriverà oltre seicento novelle, racconti e satire, che gli danno una certa fama e lo introducono negli ambienti letterari di Mosca e di Pietroburgo, ove stringe amicizia con i grandi letterati del tempo: Tolstoj, Korolenko e Gorkij. A chi lo sollecita ad abbandonare la professione e dedicarsi anima e corpo al giornalismo e alla letteratura, risponde: "Io sono un medico, e pratico la medicina. La medicina è la mia moglie legittima, la letteratura la mia amante".



Anton Cechov

**Io sono un medico,
e pratico la medicina. La medicina
è la mia moglie legittima,
la letteratura la mia amante**

Ora sente che è giunto il momento di scrivere qualcosa di veramente serio e impegnativo. Compie allora un viaggio nelle steppe del Don, descrivendone le impressio-

ni nel libro "La steppa". Un altro viaggio, questa volta in Siberia, gli dà spunto per la stesura di un testo di fondamentale importanza scientifica e sociale, che desterà

profonda impressione in tutta la Russia soprattutto per la cruda descrizione delle terrificanti condizioni fisiche e morali dei condannati ai lavori forzati.

Ma durante questo viaggio si aggravano i sintomi di una tubercolosi polmonare insorti quando aveva 19 anni; una malattia per la quale egli sa bene, come medico, che v'è (al tempo) assai poco da fare. Cerca tuttavia di dissimulare almeno davanti agli altri la triste realtà, sostenendo che l'episodio di emottisi che ha avuto non è dovuto alla tubercolosi ma semplicemente "alla rottura di un vaso anomalo" e che quindi non v'è di che preoccuparsi. E anche per questo rinuncia a qualsiasi cura nonostante i tremendi dolori che sembrano squarciargli il petto.

Quando rientra a Mosca dopo un lungo viaggio che l'ha visto a Venezia, Firenze, Roma, Napoli, Montecarlo, appare stanco e sfiduciato, sia perché non ha ancora raggiunto quella che oggi chiamiamo "una posizione economica", sia perché gli attacchi di tosse e gli svenimenti sono divenuti sempre più frequenti. È il male che avanza inesorabile. Cechov acquista allora una proprietà a Melichòvo, a ottanta chilometri da Mosca, nell'intento di attuare la sola "cura" considerata al tempo efficace contro la tubercolosi: il riposo. Ma appena la gente del circondario viene a sapere che è un medico comincia ad affollarsi alla sua porta: in sei mesi il medico che avrebbe dovuto "ri-

posarsi” curerà 578 malati. Così, invece di riposare, aggrava il suo carico di lavoro. Sembra rivivere questo stato nel monologo del dottor Astrov dello Zio Vania: *In dieci anni sono diventato un altro... Perché? Forse ho lavorato troppo, dalla mattina alla sera sempre in piedi, senza mai riposarmi. Anche quando dormo mi aspetto ogni momento di essere chiamato da un ammalato... Non si vedono che malati o matti, e a furia di vivere in mezzo a loro si diventa anche noi un po' matti.*

Ma la sua passione per la scrittura non l'ha abbandonato. Ora scrive di teatro, e non manca occasione per inserire qualche medico tra i suoi personaggi, attingendo abbondantemente alla fonte delle proprie conoscenze ed esperienze di medicine: “Io non mi sono mai pentito di avere intrapreso medicina... Ed è certo che l'occuparmi della disciplina medica ha avuto una seria influenza sulla mia attività letteraria”. In ciascuno dei suoi personaggi “medici” egli sembra voler rappresentare un aspetto ogni volta diverso della vita e della profes-

Premio letterario Associazione “Il Muro Magico”

L'Associazione culturale “Il Muro Magico”, con il patrocinio del Museo nazionale dei Trasporti di La Spezia, indice la seconda edizione del Premio letterario avente per tema “Il treno”. Nel 2010 il concorso prevede due sezioni: **letteraria** (racconti brevi, “noir”, poesie e testi musicati) e **video** (riprese video realizzate da una telecamera posta su un rotabile che circolerà liberamente sui binari del vostro plastico in qualsiasi scala, N, H0, e superiori).

Le opere dovranno pervenire all'Associazione “Il Muro Magico” entro il 30 aprile 2010. Segreteria Premio: Via di Tempagnano 854 - 55100 Lucca; tel. 0583 952236, cell. 347 7120653. Maggiori informazioni ed il regolamento sul sito www.ilmuromagico.it o scrivendo all'indirizzo e-mail ilmuromagico@libero.it

sione con tutte le sue passioni e le sue debolezze. E ciascuno di essi reca con sé una pennellata di amarezza, di scetticismo, di frustrazione. Come Cebutykin, il medico de “Le tre sorelle”:

In verità non ho mai fatto niente. Da quando ho lasciato l'Università non ho più mosso un dito, neanche letto un libro. Ho letto solo giornali... Credono che io sia un dottore, ma io non so assolutamente nulla...

Gli altri medici del teatro di Cechov non sono da meno. Il medico di “Ivanov” è un giovane laureato da circa un anno, medico di provincia avvezzo a prendere sempre le cose troppo alla leggera.

Lo stesso vale per Dorn, il medico de “Il gabbiano”, che ha per clienti teatranti e letterati, per lo più tutti nevrastenici, ai quali prescrive quasi invariabilmente la valeriana. Sostiene che dopo i sessant'anni non è il caso di fidarsi troppo della medicina.

Tuttavia, nonostante tanta febbrile attività letteraria, Cechov non ha mai perduto d'occhio la medicina. Nel 1893, proprio quando le sue condizioni fisiche cominciano a farsi preoccupanti (ma continua sempre a negare agli altri di essere affetto dalla tubercolosi), lo troviamo tra i contadini ad elargire cure e consigli du-

rante una terribile epidemia di colera arrivata dall'India, che sul Don sta mietendo un migliaio di vittime al giorno. Una lettera del suo Epistolario denuncia le gravi deficienze delle condizioni sanitarie del tempo: “Il colera è alle porte, ma soltanto adesso lo zemstvo ordina a Berlino siringhe e clisteri. Per venticinque villaggi dispongo di un solo clistere, di mezza libbra di acido fenico, di nessun termometro. Noi medici ci sentiamo poveri e isolati”.

Fortunatamente il colera sfiora appena il villaggio di Melichovo. Così, finita l'emergenza, Anton Cechov spera di avere finalmente più tempo per potersi dedicare alla letteratura. Ma la Tbc si aggrava di giorno in giorno, ed è ora lui che ha bisogno di medici. Comincia così a vagare da una stazione climatica a un'altra, da Venezia a Nizza a Yalta in cerca di sole e di tranquillità. Poi la situazione precipita. È il 1904. Il grande medico-scrittore muore a Badenweiler, in Germania, a soli 44 anni. Pochi giorni dopo il clamoroso successo de “Il giardino dei ciliegi”. •

XXXI Premio letterario nazionale per medici scrittori e psicologi

La Lega Italiana per la lotta contro i Tumori, sezione di Parma, indice per il 2010 la XXXI edizione del Premio letterario nazionale di narrativa aperto a tutti i medici e psicologi. I racconti dovranno riguardare una situazione di carattere neoplastico; non dovranno esprimere tanto passaggi medico-tecnici, quanto suscitare attraverso l'originalità, il contenuto dei pensieri, l'espressione letteraria, stati d'animo per un coinvolgimento alla lotta contro i tumori. Gli elaborati, non superiori alle otto facciate, spazio due, dovranno risultare inediti e mai premiati in altri concorsi. Dovranno essere corredati dalle generalità dell'autore, indirizzo, numero di telefono e da una dichiarazione di li-

beratoria per una eventuale pubblicazione del racconto inviato sia da parte della LILT che dell'autore. Gli scritti che non rispondessero integralmente ai suddetti requisiti saranno cestinati. Le opere concorrenti, in numero di 6 copie, dovranno essere inviate alla Lega per la Lotta contro i Tumori, sezione di Parma – via Gramsci, 14 – 43100 Parma – entro e non oltre il 31 maggio 2010 (della data di spedizione farà fede il timbro postale).

Per informazioni contattare la segreteria dal lunedì al venerdì dalle ore 8,30 alle 12,30 e dalle ore 15,00 alle 18,00 tel. 0521 988886 - 702243 - Fax 0521 988886 - e-mail: parma@lilt.it

All'origine della violenza maschile

Studi internazionali hanno ricercato l'identificazione dei fattori di rischio ponendo l'accento sulla matrice culturale. I danni di un sistema educativo che si basa sulla logica del più forte, sul potere e sul controllo. L'anestesia della coscienza e il terrorismo patriarcale



di Lina Vita Losacco

Perché un bambino di otto/nove anni per evitare di essere discriminato deve dimostrare di avere una identità virile, per di più molestando le compagne? Purtroppo a rafforzare questo concetto ci pensano spesso genitori e insegnanti dispensando suggerimenti inappropriati e confusi. Un bambino sensibile e rispettoso di IV elementare, aveva chiesto aiuto alla maestra disperato perché i compagni lo chiamavano “checca”. Il consiglio ricevuto è stato di “mettere le mani addosso alle femminucce” e nessuno avrebbe dubitato della sua mascolinità. Sempre più numerose si avvicinano inse-

gnanti distratte, in preda al panico di fronte ad una classe un po' vivace o in crisi specialmente quando devono affrontare temi come *la differenza di genere* o le *pari opportunità* e il *valore del rispetto del prossimo*.

Così che sin dalla pubertà alcuni ragazzi sono oppressi da una cultura che, per dimostrare un'identità da *duri*, chiede loro di “staccarsi dalle gonne della mamma” e vieta nel modo più assoluto “comportamenti da femminuccia”. Non mancano i riti di iniziazione culturale, anche in ambiente familiare, con lo scopo di plasmare i comportamenti individuali e facilitare il funzionamento di un sistema sociale fondato sul potere e sul controllo.

Controllo prima su se stessi e le proprie emozioni, reprimendo il bisogno di amare e di essere amati, poi sull'altro da sé, in particolar modo sul genere femminile.

Cambiare il sistema di valori basato sull'ideologia *del più forte*, che i maschi assimilano fin da ragazzi, è certamente la forma di prevenzione più efficace del comportamento violento, invece si banalizza affermando che la progressiva autonomia delle donne sia in parte responsabile del comportamento violento maschile e per limitarlo basterebbe essere mogli e madri docili e ubbidienti. Che si punti il dito contro le vittime, e non contro gli autori del reato, è però cosa grave.

Sulle cause della violenza nelle relazioni intime vi sono studi e ricerche che risalgono agli anni sessanta quando la psichiatria sosteneva la teoria della coppia violenta riconoscendo pari responsabilità all'autore e alla vittima del reato. Negli ultimi trent'anni gli studi internazionali si sono concentrati sulla identificazione dei fattori di rischio associati alla violenza per individuare le migliori strategie di intervento di tipo clinico, procedurale e sociale e quindi ridurre la reiterazione. Come nel caso di tutti i fenomeni sociali complessi, nel cercare le cause della violenza interpersonale sono state individuate caratteristiche e circostanze legate all'individuo, alla sua personalità, al contesto sociale, alla storia pregressa per cui più che di causalità si tratta di correlazione tra tali fattori e il verificarsi e perpetrarsi della violenza. Il passo successivo è stato l'adozione di strumenti di valutazione e gestione del rischio di recidiva o di escalation della violenza per individuare gli interventi più idonei atti a contrastarla e prevenirla.

Svantaggio sociale, violenza subita in forma diretta o assistita durante l'infanzia, precedenti comportamenti violenti all'interno della relazione, concetto di proprietà rispetto alla partner, possesso di armi, disturbi di salute mentale e di personalità, precedenti penali, abuso di

sostanze, sono ritenuti tra i maggiori fattori di rischio⁽¹⁾; non va però mai tralasciata la matrice culturale. Infatti in ogni situazione di violenza o di uxoricidio si ritrovano le idee preconcepite riguardo ai ruoli all'interno della famiglia e l'assenza del rispetto della personalità altrui. Il rischio di recidiva della violenza domestica può raggiungere anche il 70 per cento in due anni ed è perpetuata da individui che, più che di problemi psichiatrici, soffrono di una "patologia sottoculturale", con una visione distorta delle relazioni fra il genere maschile e femminile⁽²⁾.

Anche la malattia mentale, per quanto in alcuni casi venga contemplata tra i fattori correlati agli atti violenti, non può da sola esserne l'unica spiegazione: è indicativo che in genere queste forme di vio-



Le donne presentano un'alterata percezione del loro vissuto, sottostimando la discriminazione subita, e sviluppano strategie di coping in linea con le aspettative sociali

lenza siano rivolte esclusivamente contro la persona con cui si ha un rapporto intimo. Le risposte vanno ricercate anche nel contesto sociale e culturale. I serial killer, ad esempio, come evidenziato da una ricerca statunitense, si sentono più "a proprio agio" in quegli stati in cui la violenza è socialmente legittimata con scarsa o nulla attenzione ai diritti delle vittime (DeFronzo J, Prochnow J, 2004). La responsabilità principale resta comunque dell'individuo con le proprie credenze e le proprie decisioni rispetto alle azioni e per fortuna sono tanti gli uomini non violenti che rifiutano la "sottocultura" del controllo e del dominio.

Un'ampia letteratura psicosociale descrive come le donne presentino un'alterata percezione del loro vissuto sottostimando la discriminazione subita e per meglio affrontare le situazioni stressanti e dolorose, sviluppino strategie di coping in linea con le aspettative sociali: la negazione della violenza, ad esempio, è la classica modalità difensiva che, per quanto ambigua, è sempre meno minacciosa per il sé⁽³⁾. Anche nella violenza domestica infatti, come in tutti i rapporti di oppressione, si

verifica quella che Nicole Claude Mathieu definisce "anestesia della coscienza"⁽⁴⁾. Più autori hanno studiato anche i comportamenti violenti agiti da donne. Da una ricerca statunitense svolta su 6704 individui, maschi e femmine, arrestati per aggressione verso la/il partner, è emerso che per quel che riguardava le donne il comportamento violento presentava caratteristiche di non premeditazione ma di difesa di fronte alla violenza subita. Le donne inoltre non avevano precedenti (Henning K, Feder L, 2004). C'è dunque una differenza quantitativa e qualitativa. Il genere maschile mette in atto una violenza sistematica, di tipo fisico ma anche psicologico, con isolamento, intimidazione e controllo, caratterizzata da una escalation e che Johnson definisce *terrorismo patriarcale* (Johnson MP, 1994).

Alcune teorie attribuiscono l'origine del comportamento violento maschile a motivi naturali, genetici, ormonali. Ma, come per le violenze sessuali, il rischio è che vengano ritenute una conseguenza di impulsi incontrollabili; la spiegazione biologica potrebbe celare la realtà della violenza e la responsabilità dell'autore del-

la stessa. Decenni di ricerche sperimentali in psicologia sociale hanno inoltre dimostrato che l'esposizione alla pornografia altera la percezione e i comportamenti dei soggetti rendendoli, in alcuni casi, meno sensibili alla sofferenza altrui o più propensi a trovare accettabili pratiche violente e degradanti (Romito P, 2008). È il caso di partner, padri o fratelli, familiari o conoscenti che agiscono violenza sessuale a danno anche di minori e perseverano ricorrendo alle minacce e al ricatto. La ricerca Istat 2007 rivela che i maggiori responsabili della violenza sessuale sono i partner, nel 70 per cento a subirla sono le donne, di queste il 24 per cento è costretto a rapporti indesiderati e il 3,1 a rapporti con altre persone. Lo stupro "moderno", tra l'altro, per mantenere lo stato di controllo ricorre al ricatto di divulgare foto compromettenti.

L'atto violento include sempre e comunque la responsabilità di chi lo agisce e occorre fare molta attenzione alla frequente psicologizzazione, che contribuisce a mantenere lo status quo e i rapporti di potere dominanti: se i comportamenti violenti vengono attribuiti a problemi psicologici o biologici si rischia una de-criminalizzazione del reo e una naturalizzazione dell'atto.

È necessario esaminare la realtà correttamente per leggerla, capirla e agire su di essa. •

(1) Baldry AC. *Dai maltrattamenti all'omicidio. La valutazione del rischio di recidiva e dell'uxoricidio*. Milano: FrancoAngeli, 2006.

(2) Merzagora Betsos I. *Uomini violenti, i partner abusanti e il loro trattamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2009.

(3) Romito P. *Un silenzio assordante. La violenza occultata su donne e minori*. Milano: FrancoAngeli, 2008.

(4) Mathieu NC. *L'Anatomie politique : catégorisations et idéologies du sexe*. Paris: Côté-femmes éditions, Recherches, 1991.

Media e sanità: linguaggi diversi?

di Mauro Miserendino

Un rapporto complicato quello tra giornalisti e medici. I primi, sempre a caccia di notizie d'impatto, quando lanciano i loro "missili" riescono puntuali a calamitare l'interesse del paziente e mettono in crisi i camici, tra richieste di terapie "miraco-

lose" o non coperte dal servizio pubblico, ma ampiamente trattate da stampa, radio e tv. Da qualche tempo, ai media citati – temuti certo anche quando riportano notizie di cronaca sanitaria – si aggiunge un terzo spauracchio, il Web. Da certe statistiche si potrebbe intuire che a poco a poco le visite virtuali stiano sostituendo quelle vere. Già nel 2006 il Censis dettagliava in una ricerca che si rivolgeva a Internet per saperne di più su un sintomo (cioè in fondo per non andare dal medico) 130 utenti dei circa mille interpellati del campione. E il doppio utilizzano la Rete per ottenere informazioni aggiuntive o alternative rispetto al dottore. Nel quale scende intanto, anche se di poco, la

fiducia: come prima fonte di informazione sulla salute, nel 2006 lo utilizzava il 65 per cento contro il 71 per cento della stessa indagine di tre anni prima. Dopo il Web, medici a rischio estinzione? In realtà da tempo il mondo medico utilizza nuove strategie di comunicazione con la gente: le terapie sono sempre più negoziate, le informazioni non si limitano a un freddo consenso scritto da firmare ma tutto il rapporto, anche con lo specialista più settoriale, si fa mediato, dialogato, curato.

L'idea di un'evoluzione nel dialogo medici-utenza, innescata da una sovrabbondante comunicazione in tema di salute, è emersa di recente a Milano, a un incontro tenuto dall'Unione medici cattolici. Adriana Bazzi, giornalista del Corriere della Sera e a lungo direttore della testata specializzata Corriere Medico, sottolinea innanzi tutto che i media quando parlano di salute "impattano". "Tra ottobre 2004 e marzo 2005 – dice Bazzi – il centro studi informazione sul farmaco della Facoltà di Farmacia ha censito 877 numeri e 2332 articoli che hanno a che fare con la salute o la sanità. Oltre un articolo al giorno è direttamente collegato a patologie, terapie, stili di vita; i temi più richiamati sono tumori, virus e patologie cardiovascolari. L'impatto è statisticamente accertato: qualche anno fa in Olanda diminuì l'adesione delle donne in menopausa alla terapia ormonale sostitutiva dopo la pubblicazione sulla stampa laica di uno studio che evidenziava gli effetti collaterali della Tos; in precedenza, uno studio che raggiungeva le stesse conclusioni ma non aveva avuto analoga risonanza mediatica, non aveva provocato cambiamenti significativi". Che i media prediligano parlare del rischio di un comportamento sbagliato piuttosto che dei benefici di buoni stili di vita, e scelgano target sensibili – le mamme, i pazienti con malattie rare – è attestato da altre indagini (ormai datata 1995 la capostipite, del British Medical Journal). Più il mezzo di comunicazione è di massa, e raggiunge molti



La gente pare affidarsi sempre meno al binomio medico-struttura e sempre più a un dialogo diretto con professionisti



fruttorio in un colpo solo, più è capace di modificare i comportamenti in tempi rapidi. La stessa indagine Censis 2006 indica nella televisione la fonte di informazione principale sulla salute per la maggioranza degli italiani. Non stupisce che i medici di famiglia lamentino – dicono il lunedì, giorno successivo alla trasmissione di prima serata *Elisir* – di essere subissati da richieste, difficili da evadere, di nuove terapie o indicazioni su strutture attrezzate.

Pure la posizione dei camici è contraddittoria. Ad esempio, i ricercatori con i giornalisti ci vanno d'accordo: un'indagine tedesca pubblicata nel 2008 su *Science* ammette che due terzi degli scienziati – anche medici – interpellati sono stati intervistati da mass media negli ultimi tre anni e, di questi, due terzi si dichiarano soddisfatti dall'articolo pubblicato. Da una parte il camice parla sempre di più, dall'altra dimentica che ciò che dice può essere usato contro di lui.

Con l'avvento del Web tale contraddizione si è aggravata. Da una parte, i siti che informano su temi di salute parlano di malattie non solo attraverso la mediazione giornalistica, o dal lato dei malati, ma soprattutto dal lato dei medici e delle loro associazioni. Dall'altra, l'indagine Censis dimostra che soprattutto il Web “gratta” autorevolezza al medico. Tanto più che il 53 per cento degli intervistati è convinto di doversi procurare attivamente informazioni per decidere della propria salute. La gente pare affidarsi sempre meno al binomio medico-struttura (anche per diffidenza verso l'organizzazione sanitaria pubblica?) e sempre più a un dialogo diretto con professionisti che certo non lesinano pareri in nome di un rapporto fiduciario meglio vissuto, ma anzi innescano fenomeni un po' preoccupanti come i consulto online. “Fenomeni che rischiano di sostituire il mezzo di comunicazione al medico, anche perché chi naviga ottiene risposte senza doversi spostare, né

sostenere una visita vera. Tuttavia – sostiene Bazzi – questa sovrabbondanza di indicazioni può essere indirizzata in modo positivo, può ad esempio stimolare il recupero di un rapporto forte tra medico e paziente”. In che modo? “Internet non è fatto solo da siti informativi, ma ad esempio anche da forum dove i malati o i soggetti affetti da dipendenze come l'alcolismo ritrovano altri come loro e con essi scambiano emozioni a volte trascurate dai medici”.

Un punto fondamentale. Né media né medici superficiali possono spingere più di tanto un paziente a una terapia adeguata. Ma, complice l'inserimento di corsi di formazione sulle humanities a partire dall'università, a un rapporto fiduciario che privilegia l'imposizione di una cura, possono sostituire un rapporto negoziato. Lucia Zannini, docente di comunicazione alla facoltà di Scienza della Formazione dell'Università Milano Bicocca, punta su una “comunicazione educativa”: il paziente parla a un medico che lo ascolta, e che gli dà prova di ascoltarlo mettendogli del tempo a disposizione; il medico farà bene a mantenere quella dose di autorevolezza che gli permette di contribuire a modificare, ad esempio, errati stili di vita. Intanto, dovrà cogliere la percezione di gravità del problema di salute di cui soffre il paziente, lavorare su pregiudizi, risalire alle cause di eventuali insuccessi che hanno pregiudicato il proseguimento di terapie adeguate in passato. E, nel prospettare un cambiamento, potrà incidere sulle aspettative in modo positivo, “adeguando il paziente a prefigurare ed affrontare momenti di difficoltà in corso di terapia; concordando insieme obiettivi ragionevoli e ventilando traguardi possibili che il paziente non contemplava e che potrebbero compensarlo dello sforzo intrapreso”.

La medicina ha iniziato a contrattare terapie. Dal timore dei media è nato un medico “umano”? Bisogna dire grazie ai giornalisti? “Abbiamo ancora strada da fare – ammette Bazzi – . Media e sanità pubblica parlano linguaggi diversi. Noi raccontiamo episodi, storie di breve respiro temporale; ed interpretiamo le risposte della società a una patologia, a un bisogno. I messaggi istituzionali invece sono di educazione sanitaria, volti a rendere comprensibili informazioni complesse e a sostenere campagne di lunga durata. Oggi possiamo vedere i due linguaggi convivere nei giornali. Ma in futuro, dovremo sforzarci anche noi media di venire incontro all'esigenza di educare alla salute e prestare crescente attenzione ai registri utilizzati”. •

Oltre un articolo al giorno è direttamente collegato a patologie, terapie, stili di vita; i temi più richiamati sono tumori, virus e patologie cardiovascolari

Adriano Olivetti, "imprenditore di idee"

di Fabrizio Federici

Cinquant'anni fa, la sera del 27 febbraio 1960, in treno da Milano a Losanna moriva Adriano Olivetti, "imprenditore di idee" della nostra storia, figlio di Camillo Olivetti, fondatore dell'omonima azienda di Ivrea. Che appunto sotto la guida di Adriano, divenuto direttore della società nel 1933, e presidente nel 1938, sarebbe divenuta la prima del mondo nei prodotti per ufficio, poi leader in Italia nella "rivoluzione informatica". Se parliamo qui di Olivetti, ricordando il cinquantennale della sua morte, è perché vogliamo evidenziare l'attualità del suo progetto di riforma: che nell'Italia degli anni '30, poi degli anni '50, appena uscita dal fascismo e guerra mondiale, tentava di conciliare sviluppo industriale e affermazione dei diritti umani, rispetto dell'ambiente e democrazia partecipativa, dentro e fuori la fabbrica.

Olivetti nasce nel 1901 ad Ivrea, in Piemonte, da Camillo, ebreo, e da madre di religione valdese. Il padre, ex-operaio tessile poi divenuto imprenditore, di idee socialiste riformiste, nel 1926 è tra gli organizzatori della fuga in Corsica di Filippo Turati, storico leader del socialismo italiano, nel mirino del neonato regime fascista. Al volante della macchina che trasporta



Foto: Fondazione Adriano Olivetti

clandestinamente Turati in Liguria, verso la barca che dovrà portarlo in mare, si trova proprio Adriano Olivetti, che nel '24 s'è laureato in ingegneria chimica, e nel '25 ha fatto un viaggio di formazione professionale negli USA. Sotto la sua direzione, negli anni '30 l'azienda rinnova ambienti e macchinari, crea ditte consociate all'estero, e, oltre alle storiche macchine da scrivere, inizia a produrre anche macchine per calcolo e utensili, telescriventi e calcolatori elettronici. Verso il regime, Olivetti – personalmente antifascista sin dal '24 – assume un atteggiamento prudente, certo non d'adesione, ma nemmeno d'aperta contrarietà: mantenendo un rapporto dialettico soprattutto col "fascista critico", in odore di fronda, Giuseppe Bottai, ministro delle Corporazioni (1929 – '32), poi dell'Educazione Nazionale (1936 – '43). Nel

'36-'37, in pieno regime, Adriano promuove così, in equipe con architetti, artisti e altri studiosi, il Piano Regolatore della Val d'Aosta. E dal 1939, attorno alla fabbrica di Ivrea sorge un grande complesso di edifici a scopo industriale, amministrativo e ricreativo. Nel dopoguerra, il "Centro Olivetti" – con officine modello, mense, biblioteche, attrezzature sportive e persino asili e colonie per i figli dei dipendenti – s'imporrà all'attenzione anche internazionale come esempio concreto di "civiltà industriale": esempio che tante grandi aziende (dalla FIAT alla tedesca Wurts) cercheranno di riprendere, anche nei rapporti fra industria e promozione delle arti figurative. Dopo l'8 settembre 1943, con l'occupazione della fabbrica da parte dei nazisti, l'ebreo Olivetti deve rifugiarsi in Svizzera. Rientrato in Italia nel 1945, pubblica

"L'ordine politico delle Comunità", "libro-manifesto" d'una riforma federalista infranazionale dello Stato basata sulle Comunità, cioè unità territoriali culturalmente omogenee ed economicamente autonome: nel Canavese, intorno appunto all'azienda di Ivrea, Adriano realizza la prima di queste Comunità, diffusi poi in altre Regioni. Al Sud, in particolare, ne scaturiranno la fabbrica Olivetti di Pozzuoli, lo studio sul Piano Regolatore di Matera, la proposta di creare una vera propria "Città-studi" a Metaponto e, infine, l'ISIDA, scuola siciliana di management che sfornierà giovani superlaureati per le aziende. Nel 1948, Olivetti fonda a Torino proprio il "Movimento Comunità", che tenta d'unire sotto un'unica bandiera l'ala socialista con quella liberale, riattualizzando la lezione del socialista liberale Carlo Rosselli e del "liberalsocialista", studioso della nonviolenza gandhiana, Aldo Capitini. Nel 1958, Olivetti, già sindaco di Ivrea dal 1956, viene anche eletto deputato, come rappresentante di "Comunità". Il mondo politico reagisce con una certa indifferenza ai suoi progetti di riforma: alla pari, del resto, di quello economico. La sua idea di alleanza tra imprenditoria e finanza per un'industria dei calcolatori elettronici veramente europea cade nel dimenticatoio e lui muore in uno scompartimento ferroviario mentre viaggia verso la Svizzera. •



TEMPI E MODI PER LA PUBBLICAZIONE

Le notizie inerenti congressi, convegni, corsi e manifestazioni scientifiche, devono essere rese note alla redazione del giornale dell'Enpam - **oltre tre mesi prima dell'evento** - tramite posta all'indirizzo Via Torino, 38 - 00184 Roma; via e-mail all'indirizzo congressi@enpam.it; via fax ai numeri 06/48294260 - 06/48294793. Per esigenze tipografiche e di spazio si invita a trasmettere testi sintetizzati in circa dieci righe. Si ribadisce che la pubblicazione degli avvisi è gratuita.

Agopuntura e medicina non convenzionale nelle patologie croniche

Torino, 17 aprile, centro congressi Unione Industriale Torino, Via Fanti 17

Presidente: M. Lombardo, P.E. Quirico

Alcuni argomenti: l'attività della Fisa in Italia ed a livello internazionale, agopuntura e qualità della vita nelle patologie croniche, l'omeopatia nel trattamento delle sindromi vertiginose, agopuntura e tecniche complementari nell'emicrania cronica, la ginkgolide B nella prevenzione della cronicizzazione dell'emicrania

Informazioni: 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: riconosciuti 5 crediti Ecm

Neurofibromatosi

Genova, 17 e 18 aprile, sala congressi Santuario Madonna della Guardia, P.zza Santuario 4

Presidenti: dott. Eugenio Bonioli, Corrado Melegari

Comitato Scientifico: d.ssa Giuliana Lama, dott. Martino Ruggeri, d.ssa Maria Luisa Garrè

Programma: sessione I: clinica della neurofibromatosi tipo 1; sessione II: genetica della nf1; tavola rotonda sullo sportello delle malattie rare; sessione III: il glioma delle vie ottiche; sessione IV: complicanze ortopediche della nf1; sessione V: neurofibromatosi tipo 2; sessione VI: diagnosi differenziale e terapia delle neurofibromatosi

Informazioni: Segreteria Scientifica Guido Morcaldi, UO Malattie Muscolari e Neurodegenerative, Istituto G. Gaslini, Largo G. Gaslini 5, 16147 Genova, tel 010 5636635, fax 010 3538265, e-mail: gmorcaldi@fastwebnet.it

Segreteria Organizzativa: A.N.F. Associazione Neuro Fibromatosi onlus, Via Milano 21/b, 43100 Parma, tel./fax 0521 771457, e-mail: anf@neurofibromatosi.org

M.a.f. Servi zi srl, Genova, Congress & Events Management, sito web: www.mafservizi.it, e-mail: genova@mafservizi.it



Gestione vie aeree in emergenza

Varese, 23 – 24 aprile

Direttore scientifico: dott. L. Introzzi

Argomenti: il corso teorico-pratico inerisce la gestione delle vie aeree, ed è rivolto a medici e infermieri che operano nel soccorso preospedaliero e che hanno già seguito una formazione di base

Informazioni: **Segreteria Organizzativa** Centro di cultura scientifica A. Volta, Como, tel. 031 579812, fax 031 573395, sito web: www.centrovolta.it, e-mail: nadia.tansini@centrovolta.it

Ecm: riconosciuti 12 crediti per medici, 9 crediti per infermieri

Ecografia generalista

Milano, 16-17-18 aprile

Coordinatore scientifico: Dr. Fabio Bono

Argomenti: il corso, rivolto ai medici di medicina generale, si articolerà in 3 giorni di teoria con sinossi di pratica, nei quali si affronterà lo studio ecografico normale e patologico di addome, tiroide, mammella e polmone, nonché il ruolo dello strumento ecografico nel monitoraggio del Pz. con cuore polmonare cronico

Informazioni: **Segreteria Organizzativa** Fimmg-Metis Via Marconi 25, Roma, Doristella Ambroggio, tel. 06 54896627, e-mail: ecogen@fimmg.org – fabionono@alice.it

Ecm: accreditamento in corso

Università degli studi di Parma

Dentista e malattie del sonno

Parma, 16-4, 3-5, 14-5, aule presso la Presidenza e Sezione di Odontostomatologia, Via Gramsci 14

Obiettivi: il Corso fornisce un approfondimento sul processo diagnostico e terapeutico delle principali malattie del sonno che coinvolgono direttamente il dentista, come bruxismo e apnee ostruttive nel sonno

Informazioni: Guido Maria Macaluso, tel. 0521 986722, e-mail: guidomaria.macaluso@unipr.it, edoardomanfredi@hotmail.com

Malattie professionali, infortunistica sul lavoro, e adempimenti obbligatori di sicurezza

Museo de Presente - Rende (Cs), 17 e 18 aprile

Responsabile scientifico: dott. F. Martire

Obiettivi: per la categoria professionale dei medici “competenti” l’evento rientra negli obiettivi formativi specifici definiti dall’art. 3 del D.L.vo 81/2008

Destinatari: medici chirurghi

Informazioni: dott. Daniele Perrelli, J&B Srl, tel. 0984 837852, fax 0984 830987, sito web: www.jbprof.com, e-mail: info@jbprof.com

Ecm: sono stati attribuiti 13 crediti ecm

Società italiana di urologia territoriale

Congresso nazionale

Lucca, 28-30 aprile, Palazzo Ducale

Argomenti: il congresso vuole essere un’occasione unica di confronto tra prassi quotidiana di rapporto col paziente e col suo medico di base e le controparti ospedaliere e universitarie, per la prima volta con una impostazione pratica incentrata sul paziente

Informazioni: **Segreteria Scientifica** dott. Paolo Giannotti, tel. 050-560004, e-mail: pgiannotti.urol@virgilio.it, dott. Giuseppe Di Giovacchino, tel. 329 6428529, e-mail: giuseppe.digiovacchino@gmail.com, dott. Vincenzo Marino tel. 335 6235062, e-mail: vincenzo_mar@tiscali.it, sito web: www.siut-urologia.it

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

Ecm: richiesti crediti ecm al ministero della Salute



Clinica, diagnostica per immagini e terapia delle epatopatie

L'Havana (Cuba), 26 – 28 aprile, Hotel Nacional

Responsabile Scientifico: prof. Carlo Filice

Argomenti: Il corso consta di una parte teorica che prevede delle lezioni frontali seguite da una discussione interattiva ed una parte pratica con l'effettuazione da parte dei discenti di esami di ecografia, di ecocolor doppler, di transient-elastasonografia ed elastasonografia

Destinatari: ecografisti, epatologi, gastroenterologi, infettivologi, internisti, mmg

Informazioni: Artcom srl, Via B. Verro 12, 20141 Milano, tel. 02 89540427, e-mail: artcom@artcomsrl.it, sito web: www.artcomsrl.it

Ecm: in fase di accreditamento

Approfondimento professionale per il pediatra

Natal (Brasile), 17 – 22 aprile, Centro Congressi

Argomenti: giornata introduttiva su pediatria in Brasile, presentazione del corso e delle singole sessioni, obesità e sindrome metabolica, novità in tema di esami di laboratorio e loro interpretazione, come scegliere i kit e le attrezzature per il self help, ortopedia pediatrica: i disturbi della deambulazione, le patologie degli arti inferiori, percorsi diagnostico assistenziali condivisi

Informazioni: Segreteria Organizzativa iDea congress, Via della Farnesina 224, 00194 Roma, tel. 06 36381573, fax 06 36307682, e-mail: info@ideacpa.com, sito web: www.ideacpa.com

Fattori dietetici e celiachia nel terzo millennio

Bologna, 26 aprile, Palazzo della Cultura e dei Congressi, P.zza della Costituzione 4/a

Presidenti: dott. R. De Giorgio, dott. U. Volta

Alcuni argomenti: nuovi aspetti nella patogenesi, soglia della tossicità del glutine, la dieta aglutinata: solo effetti positivi?, nuovi cereali nella dieta, oltre la dieta aglutinata: nuove strategie terapeutiche

Informazioni: Segreteria Organizzativa Progetto Meeting, Via De' Mattuiani 4, 40124 Bologna, tel. 051 585792, fax 051 3396122, e-mail: info@progettomeeting.it

Ecm: previsto accreditamento ecm

Approccio multidisciplinare nelle patologie pleuriche

Rionero in Vulture, 15 e 16 aprile 2010, Irccs Ospedale Oncologico Regione Basilicata

Presidente: prof. Cosimo Lequaglie

Destinatari: il Congresso è aperto a 150 medici specializzati in chirurgia toracica, oncologia medica, radioterapia, pneumologia, anatomia patologica, 60 infermieri professionali, 20 tecnici di radioterapia e radiologia

Informazioni: Segreteria Scientifico/Organizzativa dott. Gioacchino Marziano, d.ssa Gabriella Giudice, d.ssa Rita Daniela Marasco, d.ssa Margherita Garramone, fax 0972 726214, tel. 0972 726708 - 213 - 701, e-mail: direzione.scientifica@crob.it, sito web: www.chirurgiatoracica-crob.it

Ecm: sono state eseguite le procedure per l'accreditamento ecm presso il ministero della Salute

Giornate romane di medicina clinica

Roma, 15 e 16 aprile, Auditorium Via Rieti 13

Organizzatore e Presidente: prof. Filippo Rossi Fanelli

Obiettivi: l'evento si propone di fornire un aggiornamento medico di elevato standard qualitativo nel campo delle malattie infettive, della neurologia e delle malattie cardiovascolari, attraverso lezioni frontali e una discussione interattiva tra esperti e partecipanti all'evento

Destinatari: medici di medicina interna, medicina generale, cardiologia, neurologia e infettivologia

Informazioni: Segreteria Organizzativa Omnia Meeting & Congressi srl, tel. 06 4822029, fax 06 4815339, e-mail: lpolini@omniameeting.com, sito web: www.omniameeting.com

Segreteria Scientifica: prof. Maurizio Muscaritoli, dott. Alessio Molfino

Ecm: sono state attivate le procedure per ottenere crediti ecm da parte del ministero della Salute



Medicina della riproduzione: sterilità di coppia e fattore età

Siena, 22-24 maggio

Presidenti: dott. V. De Leo, dott. F. Petraglia

Informazioni: Segreteria Organizzativa MKT Consulting, Via Cassia 1110, 00189 Roma, tel. 06 39746189, fax 06 45438292, e-mail: congressi@mkt-consulting.it

Dolore cronico nella riabilitazione; quali indicatori e quale trattamento?

Pianezza (To), 17 aprile, centro congressi papa Giovanni XXIII, Strada San Gillio 75

Obiettivi: il convegno si propone di focalizzare i problemi del dolore cronico in riabilitazione, di far acquisire conoscenze teoriche nella diagnosi, gestione e terapia delle sindromi algodisfunzionali di tipo muscolo scheletrico, di far acquisire conoscenze pratiche nella diagnosi differenziale delle patologie algiche e nella definizione di indicatori selettivi e di un percorso terapeutico appropriato

Informazioni: Segreteria Scientifica dott. Mario Luciano Avalle, Casa di Cura Villa Iris, tel. 011 9663700

Segreteria Organizzativa: sig.ra Simona Operto, Casa di Cura Villa Iris, tel. 011 9663700, e-mail: villa-iris@tin.it

Ecm: convegno accreditato ecm per medici, psicologi, fisioterapisti

San Marino breast forum

Repubblica di San Marino, 23-24 aprile

Presidente: dott. Cesare Magalotti

Argomenti: chirurgia senologica e plastica, oncologia, radiologia, medicina nucleare, fisiatria, riproduzione, psicologia e nutrizione

Organizzatore: Associazione Sammarinese Donne Operate al Seno, Sant'Agata

Destinatari: medici, infermieri, psicologi, tecnici di radiologia, fisioterapisti

Informazioni: Segreteria Scientifica Team Senologico I.S.S., tel. 331 6304153, 331 6304143, fax 0543 780353, e-mail: sanmarinobreastforum@gmail.com

Accademia italiana di stomatologia implantoprotesica - Società italiana di radiologia medica

Radiologia odontostomatologica

Bologna, 22 aprile, Royal Hotel Carlton, Via Montebello 8

Coordinatori: Paolo Diotallevi, Enrico Moglioni, Gino Ghigi

Destinatari: medici odontoiatri e medici radiologi

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

Ecm: riconosciuti crediti ecm

Società italiana di chirurgia nell'ospedale privata

20 anni di chirurgia laparoscopica

Roma, 15-17 aprile, Hotel Villa Pamphili, Via della Nocetta 105

Presidenti: prof. Giovanni Salvini, prof. Raffaele Nudo

Argomenti: tema conduttore è l'evoluzione e l'avanzamento della chirurgia mini invasiva e gli spazi sempre maggiori che in questi 20 anni di chirurgia laparoscopica ha conquistato in tutti gli ambiti di applicazione (chirurgia epatica, splenica, colica, pancreatica, esofagogastrica, uroginecologica), fino al ruolo sempre maggiore che riveste nell'ambito dei trapianti d'organo

Informazioni: Segreteria Organizzativa LB Group Srl, C.ne Clodia 133, 00195 Roma, Agostina Torino, tel./fax 06 45422450, int. 208, e-mail: agostinatorino@lbgroup.it

Ecm: evento accreditato sia per medici che per infermieri

Sicurezza alimentare: controllo di filiera

Palermo, 28 aprile, Via C. Onorato

Responsabile scientifico: dott. Carlo Volante

Obiettivo: migliorare le conoscenze e le competenze professionali in ambito di sicurezza alimentare, e nelle attività di prevenzione, autocontrollo e controllo ufficiale degli alimenti

Destinatari: medici chirurghi, veterinari, biologi, chimici, assistenti sanitari

Informazioni e iscrizioni: Associazione Sintesi, Viale delle Scienze ed. 6, Palermo

tel. 091 421788, fax 091 6571655, sito web: www.associazionesintesi.it, e-mail: formazione@associazionesintesi.it

Ecm: richiesti crediti formativi

Obesità, la ricerca apre una nuova frontiera

Lo stile di vita moderno, l'alimentazione, la mancata attenzione alla cura del corpo e di conseguenza della salute, stanno creando nuove problematiche e nuove patologie. I consigli del medico ai pazienti a rischio

di Maurizio Zomparelli

Si parla sempre più di danno d'organo e di malattia sistemica cardiovascolare e renale, con una seria compromissione circolatoria a danno del cuore, del cervello ed ovviamente dei reni. Ma proprio dalla ricerca si pone massima attenzione a due sistemi paragonabili a veri e propri organi, sistemi come l'endotelio ed il grasso, il primo rappresentato dalle cellule endoteliali, il secondo dagli adipociti: entrambi responsabili nel bene e nel male della eziopatogenesi di patologie come il diabete e l'ipertensione arteriosa e di conseguenza della degenerazione ateromastica del sistema cardiovascolare e dell'insufficienza renale. Sia le cellule endoteliali, sia gli adipociti sono dei veri e propri laboratori chimico recettoriali in grado di provocare cambiamenti significativi della fisiologia e dell'immu-



nità nel corpo umano. Infatti gli adipociti, soprattutto quelli presenti nel grasso viscerale addominale, aumentano la produzione di interleuchina-6, il cui aumento nel sangue è predittivo della insorgenza di malattie coronariche, così come il TNF alfa (Tumor Necrosis Factor) che si associa ad un aumento della PCR, attualmente considerata responsabile e presente nella cardiopatia ischemica e nell'infarto; altri fattori coinvolti sono gli inibitori dell'attivatore del plasminogeno PAI1 che riducono il processo di fibrinolisi o meglio lo scioglimento dei coaguli presenti nel lume delle arterie ed infine, sempre gli adipociti inducono la sintesi di adiponectina capace di contrastare lo sviluppo dei processi infiammatori dell'en-

dotelio vasale. Questo meccanismo riduce la stabilità e l'aderenza della placca ateromastica sulla parete del vaso provocando l'embolizzazione della stessa causando ictus cerebrali ed embolie polmonari oltre di quelle distali degli arti inferiori, con conseguenze drammatiche per i pazienti, oltre che imprevedibili.

Tutti questi studi hanno di fatto aperto una nuova frontiera sulla comprensione della malattia metabolica, sul diabete, sull'ipertensione e sulla insufficienza renale mettendoci d'accordo sul fatto che bisogna intervenire precocemente ed in modo multi sistemico per scongiurare l'insorgenza delle patologie citate.

Il preconditionamento patologico si esplica già nella camera gestazionale; infatti

il feto esposto a fattori condizionanti come l'insulina ed altre sostanze che influenzano il metabolismo, porta in essere i geni delle malattie che svilupperà in futuro, oltre a quelli possibili, già presenti come matrice genetica cromosomica. Ecco, quindi, risultare fondamentale l'approccio del medico nell'educare le puerpere ad una sana alimentazione accompagnata ad una continua preparazione atletica soprattutto di tipo aerobica.

I consigli da parte del medico ai pazienti esposti a queste problematiche variano dai consigli dietetici - favorendo il consumo di verdure e frutta ed eliminando i cibi grassi ed i sistemi di cottura nocivi - ai consigli sul fitness - favorendo un uso programmato crescente dell'attività motoria aerobica presso centri idonei dedicati, già presenti sul territorio e sotto controllo ospedaliero -. Altro consiglio riguarda la somministrazione di farmaci per il controllo del metabolismo glucidico e quelli sull'ipertensione che danno ottimi risultati sul rimodellamento cardio-vascolare come gli ace-inibitori ed i sartani di ultima generazione oltre all'uso di statine in caso di dislipidemie associate. Infine una menzione va fatta all'uso della chirurgia bariatrica in circostanze eccezionali laddove le terapie descritte hanno fallito dopo almeno sei mesi e quando ci sia la necessità di intervenire con rapidità per scongiurare i rischi di una patologia più grave. •

Favorire il consumo di verdure e frutta ed eliminare i cibi grassi ed i sistemi di cottura nocivi



Giovanni Augusto Carlesimo, Professore Associato di Neurologia presso il Dipartimento di neuroscienze dell'Università Tor Vergata e dirigente medico presso il Reparto universitario di neuroriabilitazione della Fondazione Santa Lucia di Roma. Il prof. Carlesimo è autore di circa 150 pubblicazioni e la sua attività di ricerca è focalizzata sui disturbi della memoria, la compromissione neuropsicologica in sindromi demenziali, i disturbi dello sviluppo cognitivo e delle abilità mnesiche nel ritardo mentale

Alzheimer, passo avanti della Fondazione S. Lucia

di Flavio Massimo Amadio

Quando si parla di memoria, l'ippocampo torna sempre al centro dell'attenzione e sotto esame. Cosa c'è di nuovo nella ricerca che avete condotto?

In effetti è noto da diversi decenni che gli individui sofferenti - per cause traumatiche, tossiche, infettive, etc. - di un danno anatomico a carico dell'ippocampo presentano, invariabilmente, una riduzione dell'efficienza della memoria, fino ad una vera e propria amnesia. Il nostro studio ora ha evidenziato che è proprio l'ippocampo, insieme alle vicine strutture paraippocampali, il primo ad es-

sere aggredito dall'Alzheimer. Ciò spiega perché un deficit della memoria è il più immediato campanello d'allarme dell'insorgenza della malattia anche in soggetti relativamente anziani ed apparentemente normali.

Per arrivare ad evidenziare la correlazione, i ricercatori hanno preso in esame 76 soggetti sani ed esenti da chiare patologie neurologiche, di età compresa tra i 20 e gli 80 anni. Tutti sono stati sottoposti alla risonanza magnetica con DTI, capace di evidenziare le alterazioni della microstruttura delle cellule nervose. Il campione studiato è stato contemporaneamente va-

lutato con test di memoria verbale e visiva a lungo termine. Dalla valutazione congiunta, neuroradiologica e neuropsicologica, è emerso che nei soggetti al di sopra dei 50 anni di età le basse prestazioni ai test di memoria erano effettivamente correlate a significative alterazioni microstrutturali a livello dell'ippocampo.

La malattia di Alzheimer sta diventando una vera e propria emergenza, anche sociale, a causa dell'aumento dell'età media della popolazione nei paesi sviluppati; queste nuove evidenze scientifiche possono avere una ricaduta pratica per diagnosi precoci?

Dopo la pubblicazione del nostro studio su *Neurology* e la notizia che ne hanno dato i mezzi di informazione, abbiamo iniziato a ricevere numerose richieste di persone che ci chiedevano informazioni sulla possibilità di partecipare al nostro protocollo neuropsicologico/neuroradiologico

I risultati dello studio che abbiamo condotto suggeriscono che anche nei soggetti anziani con prestazioni della memoria ridotte al livello più basso della soglia di normalità - ma non clinicamente rilevanti - andrebbe accertata l'eventuale contemporaneità di alterazioni microstrutturali a carico dell'ippocampo. Il riscontro di questa associazione tra le due condizioni potrebbe essere predittiva di un'aumentata suscettibilità a sviluppare la malattia. A tal fine, presso la Fondazione Santa Lucia proseguiremo la valutazione periodica, per circa tre anni, dei soggetti che sono stati inclusi nello studio.

In campo neurologico questa ricerca italiana segna quindi un punto a favore nel monitoraggio e nella valutazione dell'insorgenza dell'Alzheimer. Ma tale metodica è già utilizzabile con finalità cliniche?

Immediatamente dopo la pubblicazione del nostro studio su *Neurology* e la notizia che ne hanno dato i mezzi di informazione, abbiamo iniziato a ricevere numerose richieste di persone che ci chiedevano informazioni sulla possibilità di partecipare al nostro protocollo neuropsicologico/neuroradiologico al fine di escludere in loro la presenza di segni premonitori dello sviluppo di malattia di Alzheimer. Va però ricordato che siamo ancora in fase di verifica sperimentale: occorre pertanto ribadire che la sua reale ef-

ficacia nel predire la successiva manifestazione di una demenza degenerativa dovrà essere confermata nello studio longitudinale tuttora in corso presso il nostro istituto.

E se sarà confermata se ne potranno avvantaggiare anche le terapie?

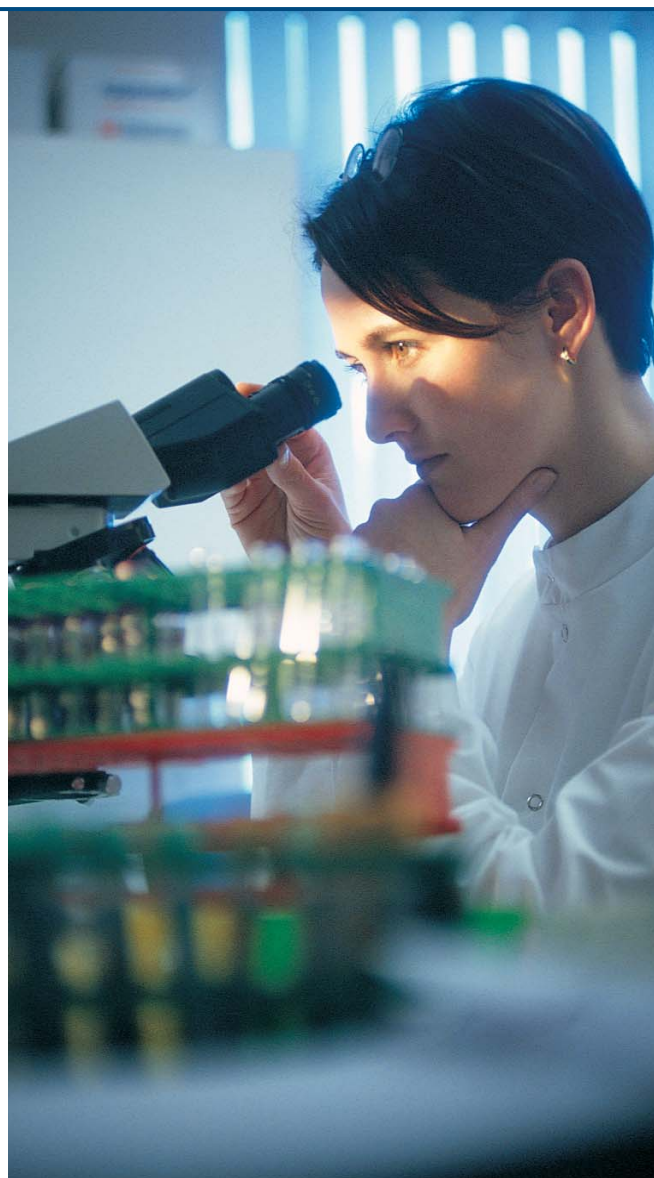
E' opinione diffusa tra i ricercatori che l'importanza di uno strumento di diagnosi precoce per la malattia di Alzheimer, addirittura in una fase preclinica della stessa, è da ricercare nel fatto che i possibili interventi farmacologici, sia quelli già disponibili sia quelli ancora in fase di sperimentazione, potranno essere tanto più efficaci quanto più precocemente nel corso dello sviluppo della malattia essi saranno iniziati.

Quindi, se sarà confermata la validità di questa innovativa metodologia di valutazione, potrebbero essere sviluppate anche nuove e più precoci terapie farmacologiche in grado di modificare in modo significativo il decorso della patologia neurodegenerativa.

Quali segnali andrebbero interpretati come “campanelli di allarme” e consigliare quindi ad una persona non ancora anziana di sottoporsi ad un primo accertamento?

La raccomandazione operativa che deriva dai risultati dal nostro studio è, in definitiva, che da una certa età in poi - diciamo oltre i 55-60 anni - le difficoltà

mnesiche che si registrano nella vita quotidiana, se non particolarmente gravi o frequenti, non debbono essere né drammatizzate ma nemmeno trascurate come se fossero sempre e comunque il normale pedaggio da pagare all'avanzare dell'età. Non ricordare ogni tanto appuntamenti, informazioni o, a volte, il luogo dove sono stati riposti degli oggetti sono lapsus della memoria assolutamente fisiologici; soltanto quando tali disturbi iniziano ad interferire in maniera significativa con le nostre attività quotidiane è buona norma rivolgersi allo specialista, neurologo o geriatra, meglio ancora se operativo all'interno di centri specializzati per i disturbi della memoria, al fine di effettuare quegli esami clinici e strumentali necessari per escludere processi patologici in atto o, se nel caso, per indirizzare verso ulteriori approfondimenti o interventi terapeutici. •



Dopo i 50 anni di età sarebbe utile sottoporsi - anche in condizioni di normalità - ad una valutazione approfondita della propria memoria per evidenziare precocemente l'eventuale predisposizione a sviluppare la *malattia di Alzheimer*. Predisposizione che ora può essere rilevata unendo la valutazione tramite test tradizionali ad una particolare tecnica di elaborazione delle immagini della risonanza magnetica nucleare: la *Diffusion Tensor Imaging* (DTI), in grado di “vedere” le alterazioni anatomiche a carico delle aree del cervello responsabili del funzionamento della memoria, in particolare quelle microstrutturali riferibili all'ippocampo che risultano sempre associate ad eventuali deficit. Questa nuova metodica di indagine è indicata da un recente studio italiano condotto da un gruppo di ricercatori dell'IRCCS Fondazione Santa Lucia e dell'Università di Roma Tor Vergata, pubblicato su *Neurology*, la rivista ufficiale dell'American Academy of Neurology.

Riconoscere e curare il tumore alla prostata

La cura del cancro della prostata non è più una chimera. Riconoscere in anticipo le forme più aggressive porta ormai agli specialisti a salvare molte vite umane

di Enzo Gallo

L'incidenza del tumore della prostata è in netto aumento nel mondo occidentale: da 55 a 300 nuovi casi l'anno ogni 100mila uomini, circa 14mila nuovi casi ogni anno in Italia. Nonostante questi numeri, la patologia presenta tuttavia un basso tasso di mortalità. Ne parliamo con il professor Rocco Damiano, direttore dell'unità operativa di urologia presso il Campus dell'Università Magna Graecia di Catanzaro, che spiega come riconoscere precocemente il cancro della prostata e come curarlo.

In base a quali segni un paziente può pensare di avere un cancro alla prostata?

Ai primi stadi di sviluppo, il cancro della prostata non dà alcun sintomo. Ecco perché le linee guida raccomandano di sottoporsi a controlli annuali dopo i 50 anni di età e così facendo la diagnosi può essere tempestiva.

Il cancro della prostata è un male comunque curabile con ampi margini di successo se diagnosticato precocemente.



Quali sono gli esami consigliati?

Il primo esame suggerito è il dosaggio di una particolare proteina presente nel sangue, il PSA.

Il PSA non è un marcatore tumorale, ma valori elevati, e di solito superiori a 4 ng/ml, si associano con una certa frequenza a cancro della prostata.

Va però chiarito che anche il semplice aumento di dimensioni della prostata oppure una infiammazione può causare un'elevazione di tali valori. La presenza di un valore elevato del PSA oppure la presenza di un sospetto all'esame clinico della prostata, richiedono l'effettuazione di ulteriori accertamenti.

Tra questi di notevole at-

tualità è l'esame della PCA3 sulle urine, nuovo test genetico per il cancro della prostata.

Questo esame rappresenta una novità nella diagnosi del cancro della prostata?

Il PCA3 test, effettuato su campioni di urine raccolte dopo aver effettuato un massaggio della prostata, non sostituisce l'antigene prostatico specifico (PSA) ma fornisce informazioni utili, in aggiunta a quelle fornite dal PSA, per decidere sull'opportunità o meno di procedere all'esecuzione di una biopsia prostatica.

Una volta che il paziente è certo di avere un cancro

alla prostata, quale cura consiglia?

In generale ci sono tre possibilità di cura: la prima è chirurgica, la seconda è radioterapica, la terza è farmacologica. Dobbiamo però, tener conto che il trattamento con la più alta possibilità di successo in termini di cura dal cancro non sempre rappresenta il miglior trattamento per il paziente nella sua individualità. La terapia va decisa caso per caso, discutendone con esso, avvalendoci di strumenti appropriati di valutazione dei rischi e della efficacia del trattamento.

Il Campus dell'Università Magna Graecia di Catanzaro di quali tecniche innovative si avvale per la cura e la degenza dei pazienti?

Negli ultimi anni presso il Campus, stiamo dando un grande impulso all'impiego di nuove tecnologie nel trattamento delle malattie dell'apparato urinario. Tra esse la chirurgia laparoscopica riveste sicuramente un ruolo preminente, permettendo l'esecuzione di procedure terapeutiche che duplicano l'efficacia di quelle tradizionali ma con il notevole vantaggio di non dover ricorrere alle incisioni chirurgiche tradizionali. La Cattedra di Urologia dell'Università di Catanzaro ha sviluppato negli ultimi anni attività clinica e di ricerca nel settore delle tecniche mininvasive urologiche. È diventata un vero e proprio centro di riferimento per la cura dei tumori urologici. •

"Nature" indaga sul progresso del prossimo decennio

La prestigiosa rivista scientifica ha divulgato le anticipazioni sui risultati che nell'immediato futuro ci si aspetta dalla ricerca. Tra gli obiettivi lo sviluppo di farmaci capaci di agire su specifiche differenze genetiche

di **Livio Frittella**

La prestigiosa rivista ha provato ad immaginare quali saranno i temi più caldi del prossimo decennio, e per abbozzare questo ipotetico, ma verosimile, profilo del futuro ha chiesto il parere di 18 esperti di altrettante discipline, dall'astronomia e l'informatica alla demografia e l'ecologia, passando attraverso farmacologia, biologia, genetica e medicina.

David Reiman, capo del dipartimento di malattie infettive del californiano Veteran Affairs Palo Alto Health Care System individua nel corpo umano uno degli ecosistemi più interessanti da studiare nei dieci anni a venire. Reiman è convinto che non è lontano il giorno in cui si riuscirà a comprendere sotto tutti gli aspetti il contributo delle comunità microbiche che occupano un'ampia serie di habitat all'interno della fisiologia dell'homo sapiens. Al momento conosciamo solo in parte l'influenza che questi minuscoli ospiti hanno sul nostro organismo, ma si arriverà a capire come il corpo umano regola la composizione delle comunità microbiche che lo abitano, che cosa influenza queste popolazioni, come resistono alle perturbazioni



causate da forze come gli antibiotici e quali sono le ricadute di queste loro proprietà sulla salute umana.

Secondo Jeremy K. Nicholson, capo del Dipartimento di Chirurgia e Oncologia all'Imperial College di Londra, gli studi dovranno concentrarsi sulle interazioni esistenti tra il metabolismo umano e quello della flora microbica intestinale, perché gli squilibri che possono generarsi tra l'uno e l'altro sono all'origine di molti disturbi, come le coliti ulcerose, il morbo di Crohn, l'obesità, il diabete e alcune malattie autoimmuni. Intorno al 2020 si potranno utilizzare modelli matematici per interpretare i dati sui processi metabolici dei batteri, usando la risonanza magnetica nucleare e la spettroscopia di massa per arrivare a definire nuove strade di intervento terapeutico capaci di debellare molti mali.

David Goldstein della Duke University ritiene che la genetica ricoprirà un ruolo sempre più rilevante nella medicina. Il numero di fattori di rischio "ad alto impatto" identificati crescerà in maniera direttamente proporzionale al numero dei genomi sequenziati. Intorno al 2020, dice Goldstein, il panorama potrebbe essere questo: analisi degli embrioni per individuare, fin dall'inizio, mutazioni che potrebbero essere all'origine di future malattie; sviluppo di farmaci capaci di agire su specifiche differenze genetiche; scoperta di nuovi fattori di rischio nel dna destinati a diventare bersagli terapeutici in patologie poco trattate come la schizofrenia, l'epilessia e il cancro. È certo che "nel prossimo decennio il dna di milioni di persone sarà sequenziato. Molti individui verranno a conoscenza dei rischi che

corrono. Questo è il momento di fare serie considerazioni su come affrontare le implicazioni pratiche ed etiche di tale potere predittivo".

Thomas M. Baer dello Stanford Photonics Research Center e Nicholas P. Bigelow del Dipartimento di Fisica e Astronomia dell'University of Rochester preannunciano microscopi che incorporano sorgenti laser per il sequenziamento diretto delle molecole biologiche.

Una delle sfide della biologia di sintesi sarà – a detta di George Church, docente di genetica alla Harvard Medical School – integrare l'ingegneria molecolare con l'informatica in modo da creare sistemi complessi.

In questo modo, gli scienziati avranno a disposizione strumenti che, ad esempio, consentiranno di ottimizzare le catalisi o indurranno popolazioni di organismi a cooperare per produrre una determinata sostanza chimica. Ne deriverà maggiore efficienza nella produzione e nella diffusione di farmaci. Si potrebbe arrivare alla creazione di cellule staminali o batteri "programmabili" in grado di "sentire" un tumore, coordinare un adeguato attacco e infine penetrare nelle cellule cancerose per rilasciare tossine.

Aspettative troppo azzardate? Siccome, come dice l'informatico Alan Kay, "il miglior modo per predire il futuro è inventarlo", possiamo essere fiduciosi che tante menti creative con il loro lavoro riusciranno a trasformare queste ipotesi in realtà. •

Haiti, raso al suolo un paese in ginocchio

di Ezio Pasero

Port au Prince (Haiti) – Quasi non credevano ai loro occhi, i nostri soldati, davanti a tutta quella distruzione, quando hanno raggiunto la capitale del paese più povero dell'emisfero settentrionale. E solo in quel momento, davanti a quello spettacolo terribile, inimmaginabile, si sono resi conto di quanto dura e impegnativa sarebbe stata la loro guerra contro un terremoto devastante che aveva raso al suolo un paese che già era in ginocchio. Una guerra speciale per uomini e armi speciali, naturalmente. Soldati armati più di buona volontà e spirito umanitario che di fucili. Elicotteri dotati di mitragliatrici utilizzati per trasportare malati e feriti. Una nave da guerra, il *Cavour*, prima e unica portaerei italiana, costruita per uccidere e distruggere e utilizzata invece per salvare vite, impegnata per la sua missione di esordio in un'operazione di pace. Così, una volta di più, le Forze Armate italiane hanno dimostrato la loro vocazione e la loro preparazione specifica nell'intervenire ovunque nel mondo disastri e catastrofi mettano in ginocchio intere popolazioni che hanno bisogno di aiuto. Come

quella di Haiti, appunto, isola caraibica un tempo bellissima e ora disperata, sconvolta dallo spaventoso terremoto del 12 gennaio scorso. Per contribuire alla missione internazionale di soccorso "White Crane", la portaerei *Cavour*, comandata dal capitano di vascello Gianluigi Reversi, è salpata il 19 gennaio dal molo Fincantieri di Mugliano (La Spezia), ha fatto scalo a Civitavecchia per imbarcare derrate alimentari e aiuti umanitari (in particolare, 135 tonnellate di materiale fornito dal World Food Program e 77 tonnellate di aiuti della Croce Rossa Italiana), e ha raggiunto le coste dell'isola di Hispaniola (nella parte orientale la Repubblica Dominicana, nella parte occidentale quella di Haiti) il 2 febbraio. A bordo,

oltre a otto infermiere volontarie della Croce Rossa Italiana, i 550 marinai dell'equipaggio e altri 350 militari dell'Esercito, della Marina, dell'Aeronautica e dei Carabinieri. Tutti uomini specializzati in differenti mansioni militari (Genio, Force Protection, trasmissioni, polizia militare) e personale sanitario destinato a essere impiegato sull'isola nell'ospedale *Role 2* "Light Manoeuvre" imbarcato sulla nave. Ancora a bordo, infine, oltre a sei preziosissimi elicotteri cargo, due EH101 e quattro SH3D, una quantità impressionante di mezzi militari della *Task Force* "Genio" della Brigata alpina Julia: 18 veicoli per il trasporto del personale, 29 autocarri per il trasporto dei materiali, una gru, otto pale caricatori ruotate, due escavatori e

un apripista cingolati per il ripristino della viabilità stradale, lo sgombero delle macerie e la demolizione delle strutture pericolanti, un'autobotte per il trasporto di acqua potabile, un apparato per la potabilizzazione dell'acqua, uno shelter frigo per la conservazione dei generi alimentari, due cucine da campo e un apparato per la disinfestazione. Da aggiungere a tutto questo, poi, le 60 persone tra tecnici e personale sanitario delle Forze Armate brasiliane, compresi medici ed infermieri civili, oltre a due elicotteri della Marina brasiliana e materiali vari imbarcati durante la rapida sosta a Fortaleza del 28 gennaio.

Insomma, una quantità di uomini, mezzi e aiuti che difficilmente sarebbe stato possibile trasportare con una nave diversa e meno efficiente di questa nuovissima portaerei, al di là delle polemiche che hanno fatto seguito alla decisione di farla debuttare proprio in questa occasione. Per non dire dell'ospedale organizzato a bordo del *Cavour*: una zona ospedaliera di 400 metri quadrati, con due ambulatori, due



**A bordo del Cavour
una zona ospedaliera
di 400 metri quadrati
con 37 sanitari
tra medici e
paramedici**



sale operatorie, una sala di rianimazione e una per terapia intensiva, una sala radiologica-TAC, una sala di trattamento per ustionati, un laboratorio di analisi, uno odontoiatrico e una sala degenza per venti pazienti, con 37 sanitari tra medici e paramedici appartenenti a tutte le Forze Armate, attrezzature mediche all'avanguardia... E, unica disponibile tra le diverse nazioni intervenute in soccorso ad Haiti, una camera di decompressione mobile, gestita e diretta dagli specialisti del Gruppo Operativo Subacquei (Comsubin),

fondamentale per le patologie dovute a traumi da schiacciamento.

Lunedì primo febbraio, mentre ancora il Cavour si trovava in navigazione nelle acque al largo di Port au Prince, la capitale di Haiti, gli elicotteri della Marina italiana e i due di quella brasiliana hanno effettuato un ponte aereo per sbarcare, con 25 voli, gli aiuti umanitari e sanitari. La maggior parte dei mezzi pesanti della task force Genio sono poi sbarcati il mercoledì successivo a Porto Caucedo, il più importante porto commerciale della Repubblica Dominicana, e dopo 24 ore di viaggio hanno raggiunto Port au Prince, dove gli Alpini si sono impegnati nella rimozione delle macerie e nella ricostruzione di alcune infrastrutture dell'ospedale pediatrico San Damian, della fondazione

Hermanos) - Fondazione Francesca Rava, diretto da Padre Rick Lafayette. In soli due giorni di lavoro senza soste, le ruspe e i mezzi pesanti dei militari italiani hanno provveduto a rimuovere le macerie lungo tutto il perimetro di cinta dell'ospedale pediatrico, oltre a ripristinare la corretta viabilità lungo le strade limitrofe e a rinforzare il muro di cinta della struttura sanitaria. E fin dall'arrivo, a bordo della portaerei, è stata immediatamente messa in funzione l'apparecchiatura per la potabilizzazione dell'acqua marina: così, ogni giorno vengono dissalati e potabilizzati 100 mila litri di acqua, che poi vengono distribuiti alla popolazione. Sono stati consegnati anche dieci quintali di farina al forno dell'ospedale pediatrico per la produzione di pane fresco destinato ai bambini.

Infine, gli elicotteri della portaerei Cavour e il team Medevac (Medical evacuation) italiano si sono dedicati alle evacuazioni mediche nell'area di Port au Prince anche per conto dell'ONU.

Il primo caso è stato quello di una donna di 51 anni con una sospetta lesione midollare, trasportata a bordo del Cavour per accertamenti specialistici che hanno confermato la diagnosi. Dopo soli cinque minuti dalla richiesta di soccorso, il team specialistico Medevac, costituito da personale medico e paramedico dell'Aeronautica Militare, era pronto sul ponte di volo per decollare a bordo dell'elicottero EH101 della Marina militare appositamente configurato per le evacuazioni mediche. E con la stessa rapidità, il 9 febbraio, è stata salvata la vita di un bambino di 8 anni. I bambini hanno ricevuto ovviamente attenzioni speciali da parte dei nostri militari impegnati nella missione. E quelli in condizioni più gravi, bisognosi di assistenza medica specialistica che non era possibile garantire loro ad Haiti, il 12 febbraio sono stati trasportati in Italia con i loro familiari, circa 150 persone in tutto, con un velivolo 767 del 14° Stormo di Pratica di Mare. Almeno loro, grazie all'intervento dei nostri militari, dalla guerra terribile contro il terremoto sono usciti vivi. •



Malattie reumatiche, ricerca e solidarietà



Fondazione Italiana
per la Ricerca sull'Artrite

Uno spettacolo a Roma con la partecipazione di Carla Fracci per promuovere azioni di solidarietà verso le persone che soffrono di artrite. Le malattie reumatiche per la maggior parte non si possono prevenire. Però si possono diagnosticare precocemente

di Ludovica Mariani

Le patologie reumatiche sono tra le malattie più diffuse. Ad oggi una stima prudente (sono malattie subdole spesso difficili da diagnosticare) parla di 300 milioni di malati nel mondo dei quali 1 su 7 nel mondo occidentale e oltre 5 milioni solo in Italia. E con l'età il numero dei malati aumenta in maniera esponenziale fino ad arrivare a una persona su tre dopo i 65 anni.

In un Paese come il nostro in progressivo e continuo invecchiamento le malattie reumatiche (specie l'artrosi, la patologia più diffusa già intorno ai 40 anni) rappresentano un grave problema sociale e economico.

Oltre 20 miliardi all'anno, 6 e mezzo dei quali si devono alla sola artrosi, i costi che pesano sulle casse del Servizio Sanitario Nazionale da attribuire in

gran parte alla ridotta produttività che le patologie reumatiche comportano. Di fronte a questi numeri impressionanti ci si aspetterebbe un'attenzione forte nel settore del finanziamento alla ricerca.

Ma si sa, se il nostro 'non è un Paese per vecchi' non lo è neanche per i giovani ricercatori spesso costretti ad emigrare (la tristemente nota 'fuga di cervelli') per poter lavorare. Di questo problema come di cure e diagnosi precoce parliamo con Silvana Zeni reumatologa dell'Istituto Ortopedico Gaetano Pini di Milano e segretaria della FIRA (www.firaonlus.it) Fondazione Italiana per la Ricerca sull'Artrite, una onlus che si pone come obiettivo quello di sostenere la ricerca medico scientifica nel campo della cura e dello studio delle malattie reumatiche.

Il Premio Nobel Renato Dulbecco ha dichiarato: "Il grado di civiltà di un Paese si misura da quanto investe in ricerca scientifica". A che punto di "civiltà" è l'Italia?

È un tipo di investimento non molto seguito e sostenuto con difficoltà.

E quali sono, secondo lei, i motivi?

Probabilmente perché i privati non hanno ancora capito che possono e devono sostenere la ricerca come invece fanno le charities all'estero, è un modello che ancora non ha trovato proseliti in Italia. Non saprei dire il perché. Forse perché non si è ancora compreso che legare il proprio nome o quella della propria azienda a una Fondazione o a una ricerca fa perpetuare il proprio nome, è un po' come avere un figlio.

In quale ambito opera la FIRA?

Il nostro campo specifico è favorire la ricerca e lo studio delle malattie reumatiche attraverso sovvenzioni, premi, borse di studio e la raccolta fondi da destinare a questi scopi.

Che cosa dobbiamo aspettarci dalla ricerca in un prossimo futuro?

Io credo che dovremo aspettarci soltanto di poter migliorare nella cura di queste malattie. Innanzitutto arrivando ad una diagnosi estremamente precoce della malattie stesse perché questa è una cosa fondamentale. Il leitmotiv, per così dire, delle malattie reumatiche è che per la maggior parte non si possono purtroppo prevenire; però si possono diagnosticare precocemente. È in questa direzione che bisogna intensificare gli sforzi per poter intervenire con anticipo prima che gli organi colpiti vengano danneggiati in maniera irreparabile.

Ci sono malattie reumatiche di cui notate un'incidenza particolare?

Non ho l'impressione che le malattie reumatiche siano in aumento. Si potrebbe però avere questa impressione perché vengono diagnosticate prima e con maggiore precisione rispetto al passato. Eppure non è abbastanza. Come ho detto c'è ancora molto da fare in questo senso, ed è solo la ricerca che può darci la possibilità di una vera efficace tempestiva diagnosi.

Il nostro Paese ha avuto successi recenti nella ricerca o riconoscimenti in campo internazionale?

L'Italia ha ospitato a febbraio il Primo Congresso

Fira, la Fondazione per la ricerca sull'artrite che ha l'obiettivo di sostenere la ricerca medico-scientifica nel campo della cura e studio delle malattie reumatiche



Carla Fracci durante lo spettacolo "L'heure exquise"

Mondiale per la Sclerodermia che è un'altra patologia seguita dai reumatologi. Inoltre si sta preparando l'EULAR, il congresso europeo di reumatologia, che sarà a giugno a Roma (alla Nuova Fiera di Roma dal 16 al 19 ndr) e avere il compito di organizzare questo congresso è un grande onore che è stato fatto all'Italia, le assicuro che non è facile ottenerlo.

Ho ricevuto una mail dove si comunica che l'Italia è quella che ha inviato il maggior numero di abstracts a questo congresso. Questo sta a dimostrare il grosso fervore che c'è, pur tra mille difficoltà, fra gli studiosi e nella ricerca italiana, che pur se non sufficientemente finanziata va avanti comunque. E grazie anche all'impegno di queste

persone se oggi in Italia ci sono centri universitari e ospedalieri che si occupano di reumatologia ad altissimo livello.

Anche nella reumatologia, come in altri campi medici, ci sono malattie rare e come tali trascurate dai finanziamenti delle case farmaceutiche e dai ricercatori?

Abbiamo una serie di patologie rare come la polimiosite, la dermatomiosite, la connettivite mista e la connettivite indifferenziata. Ma non vengono trascurate, almeno non dai ricercatori, e sono stati pubblicati dei lavori che inducono a sperare in cure efficaci.

Da ottobre dello scorso anno la Fira ha un testimonial d'eccezione: l'étoile Carla Fracci che ha dichiarato: "Desidero contribuire a promuovere e sti-

molare la ricerca sull'artrite perché danneggia le articolazioni, compromettendo anche gravemente la vita, l'autonomia e le capacità lavorative di chi ne soffre". Con un'intera serata del balletto-spettacolo "L'heure exquise" (lo scorso 28 febbraio al Teatro Nazionale di Roma) - dedicata alla sensibilizzazione per la raccolta fondi per la cura e la ricerca - Carla Fracci ha inaugurato la sua collaborazione con la onlus.

Sono in programma iniziative simili a quella che ha visto protagonista la signora Fracci?

È stato molto faticoso trovare il primo testimonial, e certo non perché la signora Fracci abbia fatto la preziosa. Ma in primo tempo cercavamo un testimonial tra personaggi famosi

che avessero una delle malattie di cui ci occupiamo. Abbiamo riscontrato un grosso timore, del pudore a manifestarsi tra i malati reumatici. Credo sia un discorso anche di cultura, perché ad esempio l'attrice Monica Guerritore si è fatta fotografare a seno nudo per la campagna per la prevenzione del tumore alla mammella.

Il giorno in cui anche un malato reumatico noto si manifesterà facendosi fotografare o accettando di fare da testimonial sarà un bel giorno perché al momento c'è ancora la vergogna di confessare questa malattia.

Che cosa c'è di vergognoso?

Sono malattie, quelle reumatiche, che finora non hanno cure risolutive, fanno chiudere molto in se stessi togliendo forse la voglia di mostrarsi. In alcuni casi le cure cambiano sensibilmente la figura delle persone e molti hanno vergogna a farsi vedere. Poi, penso soprattutto nell'ambito dello spettacolo, non piace dire che si ha una malattia invalidante.

Continuerà la collaborazione con la signora Fracci?

Certamente lo speriamo. Carla Fracci si è dimostrata una persona e un'artista molto generosa che ha accettato di fare da testimonial alla Fira perché crede veramente nei giovani e nella ricerca e crede nel futuro che nasce proprio nel finanziare la ricerca. •

Lapsus, se il motore va fuori giri

di Antonio Gulli

Quante volte abbiamo detto una cosa per un'altra? Quante volte ci è capitato di scrivere qualcosa che non era nelle nostre intenzioni scrivere? E quante volte ci siamo accorti di leggere una cosa a "modo nostro" per poi scoprire che, rileggendo, quello che noi avevamo letto era solo il frutto di una nostra fantasia? Il fat-

to che ciò accada ci deve far pensare che le nostre facoltà, a volte, non ci ubbidiscono? Oppure che non sappiamo parlare, scrivere o leggere? No. Molto semplicemente, quando ci accade questo, possiamo dire tranquillamente di essere stati preda di un *lapsus*. Ma che cos'è un *lapsus*? Il termine *lapsus* significa letteralmente "scivolamento".

Siamo preda di un *lapsus* quando – di fatto – diventiamo oggetti di un errore non voluto. O, per altro dire, l'inintenzionalità ha preso il sopravvento. La natura del *lapsus* è la sua inconsapevolezza. La spiegazione più comune per questo tipo di errori vuole che quando si verifica il soggetto si trova vittima in una specie di "coscienza latitante". Alcune aree della riflessione psicologica ci indicano che il *lapsus* è l'espressione di un rimosso; di un qualcosa che, nei momenti meno aspettati, emerge a dispetto delle intenzioni della persona. In sostanza, secondo l'approccio psicologico, l'inconscio, non sufficientemente governato, scavalca il nostro Io volitivo. Si possono immaginare altri tipi di spiegazione? Esistono diversi tipi di *lapsus*. Famosi e meno famosi. Insidiosi o meno. Quello più comune è il *lapsus linguae*. Questo errore ha come oggetto il parlare. Quando diciamo una cosa al posto di un'altra. In sostanza, quando pensiamo di dire una cosa ma ciò che viene detto è cosa diversa. Questo tipo di *lapsus* è quello più noto perché si inverte in pubblico. Quando questo tipo di errore si verifica è sempre interessante vedere le facce dei nostri interlocutori: o li scopri pensierosi nel cercare di capire se quanto da te detto ha significati reconditi, mettendo in atto una vera e propria indagine cognitiva sostenuta dalla condizione di sospetto; oppure, li scopri disponibili e accondiscendenti perché, attraverso il contesto del discorso, colgono il significato di ciò che stai dicendo indipendentemente da ciò che hai realmente detto. I *lapsus* meno noti sono quelli che si svolgono nel privato. Uno di questi è il *lapsus calami*. Questo errore ha come oggetto lo scrivere. Questo si verifica – alla stessa stregua del parlare – quando scriviamo una cosa diversa da quella pensata o che era nelle nostre intenzioni. Un'altra forma di *lapsus* è quello che si può definire *lapsus facere*. Questo ha come oggetto l'agire. In sostanza questo si verifica quando facciamo una cosa al posto di un'altra. Cioè compiamo azioni che non erano quelle che si intendevano



Con il libro "Psicopatologia della vita quotidiana" scritto nel 1901, Sigmund Freud spiegò come i contenuti inconsci possano influenzare il divenire quotidiano. È il medico austriaco che per la prima volta studia il lapsus ed il suo significato. Nella foto Freud e la figlia Anna, perseguitati dai nazisti, durante il viaggio verso l'esilio inglese

realizzare. Molto vicino a quest'ultimo è il *lapsus legère*. Questo ha come teatro dell'errore il leggere. Quante volte leggiamo così come immaginiamo di vedere. In sostanza si "legge" come si pensa che quanto si sta leggendo sia scritto.

Si è detto che il *lapsus* è un errore. Quelli finora indicati sono recuperabili perché è possibile correggerli in quanto esistono dei codici attraverso cui si può operare il confronto. Nel primo caso ci si può largamente rifare all'intendimento della frase; nel secondo sulla rilettura del testo; nel terzo caso andando a rileggersi quanto era scritto. Nel caso delle azioni involontarie, il raggiungimento dello scopo emette la sentenza circa la coerenza rispetto a ciò che abbiamo fatto. Mentre, come è facile intuire, il quarto tipo di *lapsus* si presenta più insidioso dei primi indicati in quanto raramente si mette in discussione ciò che si dichiara di "aver letto". In genere si è pronti a "giurare" che quanto asserito era scritto. Tranne poi tornare a rileggere il testo.

Ma se quest'ultimo presenta un grado di insidia altissimo, ci sono tipi di *lapsus* che raramente possono trovare una correzione, ammenoché non si fa ricorso a un certo livello di riflessività accompagnata dal dubbio. Questi *lapsus* hanno come oggetto il vedere e l'interpretare. Il primo lo possiamo definire *lapsus vidère* e ha come oggetto il vedere. In sostanza questo si inverte quando vediamo così come pensiamo che ciò che si sta vedendo sia ciò che il nostro occhio percepisce. La verifica dell'errore, in questo caso, può passare attraverso l'uso di una telecamera o di una macchina fotografica. Ma quello che per antonomasia è il più diabolico è il *lapsus technè* o *ermeneutico*. Questo ha come oggetto l'interpretare. Questo tipo di errore ricorre quando interpretiamo le cose occultando grande parte dell'evidenza attraverso cui quelle cose si manifestano. I pregiudizi, le convinzioni e/o le credenze sono la base di questo tipo di errore. Tranne poi ricrederci e cogliere dentro di noi l'evidenza di esserci sbagliati nel valutare e giudicare.

Come detto, alla base dei *lapsus* c'è la non consapevolezza del soggetto. L'inconsapevolezza può essere prodotta da agenti naturali o artificiali. Ma che cos'è la consapevolezza? Generalmente, con il termine consapevolezza si intende il possesso di un certo grado di conoscenza intorno a ciò che si sta facendo. Conoscenza che si traduce, poi nel-

Il *lapsus technè* o *ermeneutico* ricorre quando interpretiamo le cose occultando grande parte dell'evidenza attraverso cui quelle cose si manifestano

Una dissonanza dovuta ad un conflitto tra ciò che si pensa e ciò che si sente; a una discrasia tra ciò che si suppone conoscere e ciò che realmente si sa e tra ciò che si vive e ciò che si vuole essere

l'aver coscienza di quanto si svolge. Questa spiegazione è sufficiente? Probabilmente solo in parte. Se fosse vera in tutto dovremmo immaginare che chi possiede un elevato grado di conoscenza non dovrebbe essere preda di *lapsus*. Ma come la realtà ci dimostra questo non accade.

Ma, accettata l'idea che possa essere l'inconscio che prende il sopravvento – Freud potette ampliare la sua teoria della repressione e degli atti sintomatici proprio in base a questo tipo di errori – o che il *lapsus* può anche ascrivere alla mancanza di una adeguata consapevolezza, è possibile ipotizzare altre strade che non partano dalle scariche di energia psichica involontaria o ignoranza?

Dopo quanto detto, possiamo affermare che questo tipo di errore è anche il prodotto di una dissonanza. Una dissonanza che può essere dovuta ad un conflitto tra ciò che si pensa e ciò che si sente; a una discrasia tra ciò che si suppone conoscere e ciò che realmente si sa e, non in ultimo, tra ciò che si vive e ciò che si vuole essere. In sostanza il *lapsus* può essere inteso come il prodotto di un motore che, nelle sue parti, lavora in maniera indipendente dalle altre parti che lo compongono. Ad esempio, l'identità posseduta si pone in contrasto con la nostra biografia. E la biografia, sappiamo, è la storia di tutte le identità che abbiamo posseduto fino a quel momento. Oppure, che l'esperienza che stiamo facendo si pone per traverso rispetto a tutto ciò che fino a quel momento abbiamo esperito e quindi c'è una perdita del senso di ciò che ci sta accadendo. In sostanza il *lapsus* può essere letto come l'espressione di un fenomeno di estraniamento del nostro Io da noi stessi, ovvero di trovarci in una situazione di scarsa integrazione tra le parti che strutturano il nostro essere che porta a distorcere la realtà. In altri termini, può accadere che il parlare, lo scrivere, il leggere, il vedere, l'interpretare, l'agire si presenta estraneo o in conflitto con ciò che noi siamo e la nostra storia; ovvero che tutte queste manifestazioni non trovano in noi un senso condiviso o, per altro, che ci capita di farle in un momento sbagliato. Prendiamolo come un segnale o come una spia per ripartire più consapevoli e più vigili. Quindi, quando incorriamo in un *lapsus* chiediamoci se non è il caso di fermarci per accomodare quelle piccole cose che ci fanno vivere dentro l'identità e la cultura di qualcun altro in modo di poterci riprendere noi stessi. •

Il tè di Giava

L'*Orthosiphon stamineus* cresce spontaneamente in India, Malesia, Filippine ed Australia. Utilizzata come diuretico e depurativo, la pianta compare nella Farmacopea olandese già dal 1926. I primi studi furono intrapresi in Francia da Perinelle e Guyon nel 1887

di Carolina Bosco
Mastromarino

ORTHOSIPHON STAMINEUS - FAMIGLIA LAMIACEAE (LABIATE)

L'Orthosiphon è un arbusto alto circa un metro, con fusto quadrangolare alla base legnoso e superiormente erbaceo. Le foglie, inserite a coppie sui rami hanno un picciolo corto, sono di forma ovale con l'apice acuminato; il margine è inciso da numerosi dentini, la superficie superiore e quella inferiore sono ricoperte di peli e le nervature, prominenti sono spesso di colore rosso violaceo. I fiori riuniti in infiorescenze all'apice dei rami hanno quattro o sei fiori; il calice tubulare presenta cinque lobi di cui i due inferiori sono più lunghi degli altri tre. La corolla inizialmente bianca diventa poi azzurro violaceo. Gli stami hanno filamenti molto lunghi e sporgono dalla corolla, lo stilo è esile e molto lungo, da questa caratteristica deriva il nome malese della pianta *Koemis Koetjing*, cioè "baffi di gatto". Il frutto è costituito da quattro acheni oblungi e rugosi racchiusi nel fondo del calice.

Questa pianta vegeta spontanea in India, nell'arcipelago malese, nelle Filippine e

in Australia, ma spesso è coltivata per i suoi fiori ornamentali.

La droga è costituita dalle foglie essiccate dette tè di Giava, infatti gli indigeni sottopongono le foglie dell'*Orthosiphon* a manipolazioni paragonabili a quelle in uso per il tè allo scopo di conservarne l'aroma e le

proprietà terapeutiche. Viene utilizzata nella medicina popolare come diuretico e depurativo. Gli europei che si stabilirono nelle Indie olandesi li imitarono; ciò spiega la ragione per cui la pianta compare nella Farmacopea olandese fin dal 1926. In Francia i primi studi sulla pianta furono in-

trapresi da Perinelle e da Guyon nel 1887.

I risultati furono pienamente confermati da Mercier, Decaux e Leclerc, che l'introdussero nella Farmacopea francese nel 1936.

Principi attivi: minerali tra cui molto potassio, fitosteroli, il glucoside ortsifonina, sapofonina, eteroside saponifico che per idrolisi produce sapogenina, arabinosio, glucosio e fruttosio, tannini, acido rosmarinico, inositolo, olio essenziale contenente limonene e carotene. Proprietà terapeutiche: l'uso salutare dell'*Orthosiphon* è molto diffuso fra le popolazioni delle Indie orientali che lo impiegano in bevande, aromatiche ipotensive e diuretiche; le sue proprietà sono state scientificamente provate, però solo da pochi decenni, tuttavia la droga è perfettamente innocua e ben tollerata. Stimola le funzioni renali determinando l'eliminazione non solo di una maggiore quantità di acqua ma anche di cloruri, urea e altre scorie metaboliche. Esplica tra l'altro una lieve azione stimolante della secrezione biliare e favorisce inoltre la riduzione del tasso di colesterolo nel sangue e dell'azotemia. Con l'approvazione del medico, l'*Orthosiphon* può essere impiegato in tisane per curare disturbi dell'apparato genito-urinario, di quello circolatorio, del fegato, e del ricambio.

Per un effetto diuretico più evidente conviene ingerire infusi molto diluiti.

Preparazioni: infuso 2-3g di foglie in 150cc di acqua (2-3 tazze al dì). •



Orthosiphon stamineus

Sarda Tellus

Il territorio sardo è vario e ricco di contrasti: mare, laghi, montagne e lagune offrono la possibilità di vivere e osservare una flora straordinaria. Aprile, maggio e giugno i mesi migliori per le fioriture

di Diana Geraldini

Qualcuno ha detto: “Se non esistesse bisognerebbe farla emergere dal mare”. Parlava della Sardegna, un’isola affascinante e un po’ misteriosa, dove la natura si esalta in impressionanti contrapposizioni: da una parte il mare di un colore verde-azzurro trasparente, dall’altra coste di nero granito modellate dalle onde che per millenni le hanno plasmate. Ma la zona mediterranea non ha difficoltà a farsi da parte e lasciare il campo a scenari montani caratterizzati da valli in alta quota, da laghi verdi come occhi di gatto, da cime che hanno poco da invidiare alle più aristocratiche Dolomiti. In una terra di così ampi contrasti anche la flora non

poteva che essere straordinaria. Assolata e arida lungo le coste, ombrosa e umida sui rilievi, la Sardegna può considerarsi un vero e proprio santuario delle piante, offrendo specie che solo l’isola vanta di avere. Per chi ama la natura, ritrovarsi in Sardegna vuol dire non solo tuffarsi nel suo mare, ma anche scoprire uno specchio di quel mondo straordinario che l’umanità, o almeno una parte di essa, sta cercando di distruggere. Ecco perché, andando negli angoli più reconditi dell’isola, si possono ammirare piante e fiori di una bellezza senza confronti. Per assaggiare le emozioni più intense bisogna cominciare ad andarci già ad aprile, anche se tra maggio e giugno le fioriture spontanee raggiungono il top. In verità le prime avvi-

saglie si possono avvertire a marzo quando ampi tratti delle spiagge orientali si ammantano dei fiori rosa confetto della “Silene” e tra l’erba, nelle radure della macchia mediterranea, si schiudono le selvagge orchidee. Da quel momento la natura concede un crescendo di colori sempre più intenso con le fioriture e gli arbusti sempre verdi come il “Cisto” dalle delicate corolle a cinque petali bianche o rosa, di cui quattro specie spontanee sono il vanto della Sardegna; come l’“erica erborea”, dai fiorellini bianchi che emanano un delicato profumo; come la “lavanda steca”, meno nota e meno profumata della lavanda comune, ma altrettanto ornamentale e molto più diffusa in natura; come la gialla ginestra e il mirto con il quale si produce il

re dei liquori sardi. È questo il momento in cui la natura ci insegna a fondere i colori con pennellate scenografiche composte da tanto bianco e con il giallo, il rosa, il viola, l’arancione. Cosa c’è di meglio per imparare come esaltare le tinte più svariate per riproporle nei nostri giardini grandi o piccoli che siano? Se ci spostiamo all’estremo sud, nell’isola di San Pietro, troviamo tra le scoscese rupi di Cala Fico l’“anagallis di Monelli” che, nonostante il nome un poco altisonante, è una piantina a portamento prostrato, parente stretta di certe erbe invadenti che infestano i giardini. Questa specie dovrebbe essere conosciuta e coltivata sia per il colore di uno smagliante arancione, sia perché è uno dei gioielli esclusivi della Sardegna. Ma le sorprese non finiscono qui. A maggio spuntano nei campi giganteschi finocchi selvatici, ottimi per aromatizzare sughi e dolci, e i grandi arbusti del malvone sardo che si affacciano sui dirupi che frangono il mare. Per non parlare poi del “Pancrazio” che in piena estate, quando le altre piante danno segni di cedimento per il calore, offre corolle candide ad imbutito dal soave profumo. Tornando sulle coste, non dimentichiamo gli “Iris sisyriachum” che si aprono tra marzo e maggio con una fioritura color blu violetto macchiato di bianco. C’è da aggiungere che poche altre piante sono in grado di vivere direttamente sulla spiaggia per anni e anni come questa specie di Iris. •





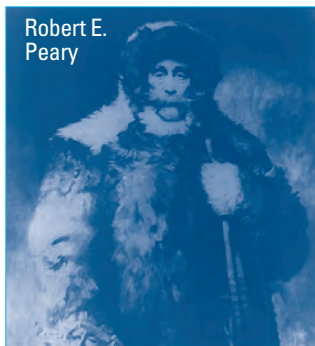
San Francisco

18 APRILE 1906

San Francisco viene sconvolta da un devastante terremoto. Oltre ad ingenti danni materiali, si conteranno 700 morti e migliaia di feriti.

6 APRILE 1909

È la conquista del Polo Nord. L'impresa si deve all'esploratore americano Robert E. Peary.



Robert E. Peary

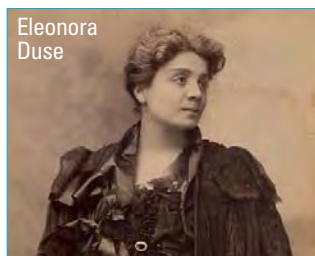
5 APRILE 1923

Viene stampato "Il Popolo" sotto la direzione di Giuseppe Donati. Si tratta del quotidiano del Partito popolare.

Aprile e le sue storie...

È un'illusione credere che la sventura faccia l'uomo migliore. Sarebbe come credere che la ruggine affili il coltello o il fango renda limpida l'acqua.

**Friedrich von Bodenstedt,
Il canzoniere di Mirza Schaffy**



Eleonora Duse

21 APRILE 1924

Muore a Pittsburg, negli Stati Uniti durante una tournée, l'attrice italiana Eleonora Duse. Nata a Vigevano nel 1859, la grande attrice teatrale italiana iniziò a recitare quando era ancora bambina provenendo da una famiglia di attori. Unica pausa nella sua carriera artistica quando si legò a Gabriele D'Annunzio.

4 APRILE 1941

Italia e Germania invadono la Grecia.

30 APRILE 1945

Adolf Hitler si suicida nel bunker della cancelleria del Reich, a Berlino.



Adolf Hitler

11 APRILE 1951

Il generale Douglas MacArthur, comandante delle truppe Onu in Corea, viene destituito dal presidente americano Harry Truman.

4 APRILE 1968

"Ho fatto un sogno (...) che i miei quattro bambini vivranno un giorno in un Paese in cui non verranno giudicati dal colore della loro pelle, ma solo per le loro qualità". Queste le parole di Martin Luther King, (il leader del movimento per i diritti civili della popolazione nera venne ucciso nell'aprile del '68), nel corso della marcia organizzata a Washington nel 1963.

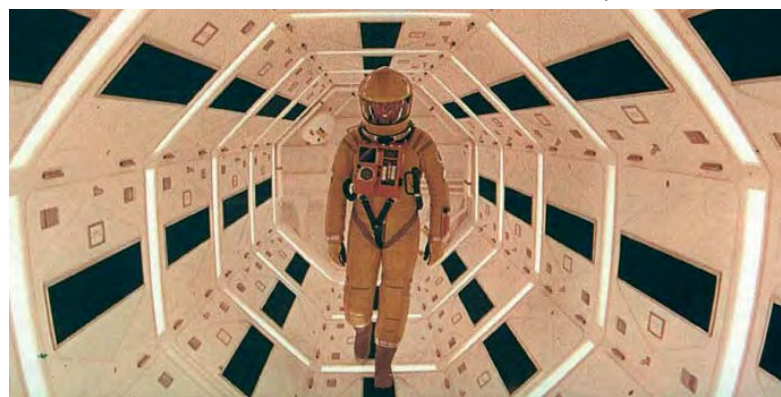
14 APRILE 1970

L'IBM mette in commercio i floppy disc utili per la memorizzazione dei dati informatici.

26 APRILE 1979

Francesco Moser si aggiudica la Parigi-Roubaix per il secondo anno consecutivo.

Una scena del film "2001 Odissea nello spazio"



6 APRILE 1968

A New York viene presentato per la prima volta il film di Stanley Kubrick "2001 Odissea nello spazio". È un successo straordinario.

PIETRO LUPPINO

Nel maggio dello scorso anno è venuto a mancare Pietro Luppino, medico insignito della Medaglia d'argento al Valor militare della Seconda guerra mondiale. Laureatosi in Medicina nel luglio del '36, l'anno successivo divenuto sottotenente medico venne inviato prima in Libia e poi in Etiopia. Nel '41 fu fatto prigioniero dagli inglesi e nel 1943 venne rimpatriato. Di seguito la motivazione per l'assegnazione della Medaglia d'argento al valor militare: "Ufficiale medico di un Gruppo bande, in ripetuti scontri con i nemici, dimostrò di possedere encomiabile coraggio e grande spirito di sacrificio. Più volte sotto violento tiro avversario, incurante del pericolo, prestò la sua opera ai feriti, riuscendo con il suo pronto intervento a salvare alcuni da sicura morte per dissanguamento. Mirabile esempio di alto senso della sua missione e di spirito di sacrificio".

Vene perforanti dell'arto inferiore



Le vene perforanti degli arti inferiori fanno parte di una mirabile rete emodinamica che, soprattutto in condizioni patologiche, necessita di indagini cliniche e strumentali molto accurate, al fine di evitare diagnosi incomplete o errate e gli inevitabili insuccessi terapeutici, soprattutto per quanto attiene il trattamento chirurgico. Questa interessante monografia di Vincenzo Puleo e Pier-

luigi Castagno indaga su tutti gli aspetti di questa patologia vascolare con una notevole ricchezza di richiami fisiopatologici e un'ampia e particolareggiata iconografia a colori.

Vincenzo Puleo - Pierluigi Castagno
"Vene perforanti dell'arto inferiore"

Edizioni Minerva Medica, Torino - pp. 52

Vecchie e nuove epidemie



La mostra "Vecchie e nuove epidemie", che ha iniziato il suo percorso dalla Mole Vanvitelliana, ex Lazzaretto di Ancona, nell'autunno dell'anno scorso e sarà ospitata fino al 14 aprile presso il Policlinico Agostino Gemelli di Roma, intende dimostrare che la Travel Medicine ha

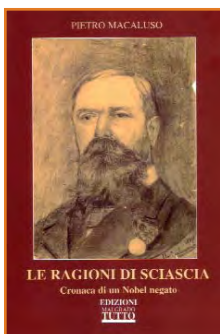
basi antiche, e che sia le epidemie di oggi sia quelle del passato sono state profondamente legate ai viaggi via mare e via terra, agli spostamenti di uomini, di animali e di merci. Il catalogo ripercorre i 65 pannelli e i 200 oggetti che costituiscono il percorso della mostra didattica.

Walter Pasini (a cura di)
"Vecchie e nuove epidemie"

pp. 178 - tel. 0541 24301 (Lun.-Ven. ore 09.00-13.00)

info@vecchienuoveepidemie.org

Le ragioni di Sciascia



Nel 1903 il Nobel per la Medicina fu assegnato al medico danese Niels Ryberg Finsen per aver scoperto l'efficacia terapeutica delle "radiazioni luminose concentrate" (in pratica i raggi ultravioletti) in alcune malattie cutanee. Sulla base di centinaia di documenti ufficiali, l'Autore ci dimostra come quel Premio sia stato usurpato ad un medico siciliano di Canicatti - Antonino Sciascia - che

anni prima aveva già scoperto l'azione benefica di quei raggi, mettendo addirittura a punto alcuni dispositivi per il loro impiego clinico. Tra i documenti, la relazione con i risultati delle sue ricerche che Sciascia tentò di far pubblicare negli *Atti* del Congresso di Roma del 1894 e che fu respinta e rispedita al mittente carica di mortificanti e pretestuose correzioni. (L. S.)

Pietro Macaluso
"Le ragioni di Sciascia"

Ed. Malgradotutto (www.leragionidisciascia.it)
pp. 200, euro 20,00

L'urlo della vittoria La battaglia di Salamina



"L'urlo della vittoria" è il canto del peana che gli equipaggi greci intonarono quel giorno di fine di settembre del 480 a.C. quando costrinsero alla fuga le residue triremi della flotta persiana dopo averne distrutto circa la metà.

Pur disponendo di un numero di navi da guerra doppio rispetto a quello dei Greci, i Persiani non riuscirono infatti a manovrare nello stretto Canale di Salamina e, rimanendo intrappolati, su di essi si scatenò la furia dei Greci. L'urlo si propagò per tutti i cieli dell'Ellade e annunciava un lieto messaggio: l'incubo persiano è finito, la Grecia è libera!

Giovanni Narracci

"L'urlo della vittoria - La battaglia di Salamina"

SBC edizioni, Ravenna - pp. 110, euro 13,00

Lavoratrice madre medico



È uscita la quarta edizione del cd-rom "Lavoratrice madre medico", curata dal presidente Eolo Parodi e dal professor Marco Perelli Ercolini, contenente gli aggiornamenti interpretativi in materia.

I medici potranno richiederne gratuitamente una copia alla direzione generale dell'Enpam al numero di telefono 06 48294 226 e all'indirizzo e-mail c.sebastiani@enpam.it.

Libri ricevuti

di G. F. Barbalace

Vieni, non aver paura



Scritto nell'italiano ormai influenzato dal romanesco, ma arricchito da intere frasi e da molte espressioni lombarde, il che dà una maggiore efficacia all'ambientazione, il romanzo di Franco Fanzaga racconta, con stile molto personale e in un modo che si rivelerà sorprendente, la breve vita di Lorenzo, medico della pianura milanese. I suoi ricordi infantili, la vita familiare, gli amori della giovinezza, le esperienze professionali, vengono usati come traccia per formulare pensieri, punti di vista molto originali e una visione del mondo ricca di ironia e disincanto, ma fondamentalmente positiva, che mira, con laiche e meditate argomentazioni, ad indurre il lettore all'accettazione di se stesso per quello che è e al superamento della paura della morte.

Franco Fanzaga

"Vieni, non aver paura"

Il Filo, Roma - pp. 233, euro 16,00

Epidemiologia per la clinica e la sanità pubblica



A cura di Alfonso Mele, Enea Spada e Maria Elena Tosti, questo trattato raccoglie delle monografie di specialisti che hanno operato presso l'Istituto Superiore di Sanità. Obiettivo del lavoro è quello di diffondere i concetti fondamentali del sapere epidemiologico e fornire una ricca serie di esempi ricavati da una pratica caratterizzata da preciso rigore scientifico.

Il libro, strutturato in tre parti, tratta della validità e riproducibilità dei test; degli studi epidemiologici per l'osservazione e la sperimentazione; dell'applicazione di questa disciplina in diversi campi come le indagini sulla popolazione, le malattie infettive e la farmacoepidemiologia.

Un'appendice di nozioni statistiche, utili per una corretta formulazione e valutazione delle stime, completa l'opera.

A. Mele, E. Spada, M.E. Tosti

"Epidemiologia per la clinica e la sanità pubblica"

Il Pensiero Scientifico Editore, Roma - pp. 281, euro 40,00

Immunologia, evoluzione, pensiero

Questa ricerca, pensata originariamente come indagine scientifica sulla storia dell'evoluzione del sistema immunitario, grazie alle conoscenze, alla sensibilità e allo spirito di osservazione di Piero Borzani, che non ha mancato di rilevare il quadro di parallelismi dell'evoluzione umana confluenti con il tema principale, è stata estesa ad altri campi della scienza. Ne è nato così un saggio, quasi un'autobiografia culturale, che ripercorre il cammino dell'uomo nel suo evolversi biologico e intellettuale, nel quale il consolidarsi del sistema immunitario diventa la premessa dell'evoluzione dell'uomo e del successivo iniziarsi e progredire del pensiero filosofico e scientifico come forme tra loro complementari dell'umano sapere.

Piero Borzani

"Immunologia, evoluzione, pensiero"

Aracne Editrice, Roma - pp. 449, euro 26,00



L'arco e la freccia

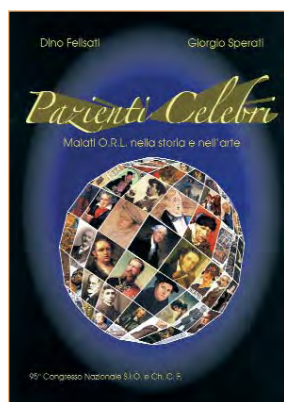
Con un'analisi delle componenti storiche, antropologiche, psicologiche e sociologiche condotta citando dati scientifici e statistici e numerosi riferimenti ed esempi mitologici, giornalistici e cinematografici, Michele Novellino delinea i diversi elementi e le motivazioni che oggi intervengono nel modificare la personalità dell'uomo moderno e la sua arcaica relazione con il figlio maschio. Viene così condotto il tracciato delle origini, della crisi e dell'evoluzione di questo rapporto, in cui la figura del padre autoritario, padrone, autorevole, assente, o del "mammo" e le molte altre forme di questa relazione vengono esaminate in tutti i loro aspetti per affermare che oggi la paternità, in via di trasformazione, resta la realtà più complessa dell'identità maschile, ma può essere vissuta da ciascuno, al di fuori di ogni stereotipo, aderendo alla sua vera personalità.



Michele Novellino

"L'arco e la freccia"

FrancoAngeli, Milano - pp. 136, euro 18,00



Pazienti celebri

Dino Felisati e Giorgio Sperati hanno curato la raccolta di testi presentati al 95° Congresso S.I.O. e Ch.C.F. sulle patologie otorinolaringoiatriche di un gran numero di uomini famosi che da Ötzi, la mummia del Similaun, a Franz Kafka, include monarchi, scrittori, uomini politici e di chiesa, musicisti e pittori.

Di ciascuno viene tracciata una breve biografia, ma arricchita di molti fatti curiosi o poco noti. Le informazioni sulla patologia e le sofferenze che ognuno di loro ha dovuto sopportare sono state ricavate da dettagliati referti e riscontri medici o dalla loro corrispondenza o da quanto i biografi ci hanno tramandato.

Al di là dell'interesse medico, queste notizie avvicinano alla normalità la figura di ciascun personaggio e gli restituiscono una dimensione di maggiore umanità.

D. Felisati, G. Sperati
"Pazienti celebri"

Società Italiana Laringologica e Ch.C.F. Torino - pp. 271

Medicina e psicologia tra potere e impotenza

La raccolta di monografie di Guido Sala, docente di psicologia clinica, appassionato della professione medica e della sua storia, rappresenta una summa della visione che egli ebbe sulla problematicità dei rapporti fra la psicologia clinica e la medicina.

Questi scritti, in cui è condensata l'essenza del suo pensiero scientifico, culturale ed etico-sociale, offrono agli studenti, ai medici e agli psichiatri, attenti alle difficoltà che la medicina e la psicologia trovano sulla strada della necessaria integrazione delle rispettive procedure, una chiave di lettura ricca di proposte volte al superamento dei consueti vincoli disciplinari e fortemente critica nei confronti dei moderni orientamenti terapeutici ancora alieni da un giusto apprezzamento dell'elemento esperienziale nel rapporto con il paziente.

Guido Sala
"Medicina e psicologia tra potere e impotenza"
 FrancoAngeli, Milano - pp. 170, euro 19,00



In breve

B. Paoli

QUANDO ALL'UNIVERSITÀ SI ANDAVA IN GIACCA E CRAVATTA

Il libro ricorda a chi ha frequentato la Facoltà di Medicina all'Università di Roma prima del '68 il tempo delle matricole e dei "papiri", l'ultimo Pontefice Massimo Pippo I, le materie più impegnative, la pratica delle autopsie, l'autorevolezza dei professori e l'autorità dei bidelli, le strategie per superare gli esami... Poi tutto è cambiato! Bei ricordi per chi vi è stato e tanta curiosità per chi è arrivato dopo.

Edizioni Kappa, Roma - pp. 47, euro 8,00

Cesare Milano

IL SILENZIO DELLA MEMORIA

Raccolta di liriche che ricercano nella memoria, silente ma viva, la luminosità dei ricordi, l'affetto per i genitori, il senso della religione, le atmosfere della mestizia, della solitudine e sembrano affidare al verseggiare il compito di trovare una misura che dia ordine all'animo del poeta e al mondo che lo circonda.

Il Filo, Roma - pp. 93, euro 12,00

Mario Benatti

I SANTI PATRONI DEL CONSULTORIO FAMILIARE

Trenta brevi biografie di santi che hanno meritato di essere considerati protettori di chi si rivolge al Consultorio Familiare e ai suoi operatori. Il libro fa conoscere, tra gli altri, i patroni dei giovani, dei fidanzati, del matrimonio, della maternità, della famiglia. Ai lettori il compito di invocarne la protezione.

La Cittadella, Mantova - pp. 101, euro 10,00

Walter Schillaci

ATIR/RITA

In questi racconti si parla del moderno individualismo, della liberazione della donna, dell'amore libero e omosessuale, delle differenze culturali e sociali fra i popoli. I comportamenti e i pensieri dei vari personaggi sono trattati con la consapevolezza che essi maturano nella complessa e ampia realtà degli avvicendamenti sociali.

Silvio Di Pasquale Editore, Caltagirone (CT)
 pp. 125, euro 12,00

Francesco Di Franco

STORIE DI UOMINI E DI MARE

Silloge di poesie ispirate dai colori della natura che sembrano essere fermati nei versi con intenti fotografici. Le composizioni, rese con un linguaggio semplice ed immediato, parlano delle aspirazioni, dei rimpianti, delle regressioni di un cuore mosso da un gran desiderio di amore e da aneliti di immensità.

Edizioni Tracce, Pescara - pp. 87, euro 10,00

Gerusalemme, storia, arte e religione

Muro del Pianto



La città più santa, amata e contesa del mondo.
Quando le pietre hanno un valore spirituale e le voci umane
“suonano” accompagnate dalle campane

Testo e foto
di Mauro Subrizi

La strada nuova, moderna, larga, sale tra i boschi, sempre più in alto, mentre ai lati vedi antichi camion militari e fuoristrada arrugginiti, lasciati lì a ricordare una delle guerre qui combattute per conquistare la città.

Ed eccola, la città più santa, amata e contesa del mondo: improvvisamente te la vedi apparire davanti, accucciata sul crinale, tra la macchia meridionale ed il deserto, rivolta in alto, segnata dalle mura antiche e, al centro, dalla cupola d'oro.

Da queste parti le pietre hanno una importanza fuori dall'ordinario: per nulla al mondo gli ebrei rinuncerebbero

ai blocchi del Muro del Pianto, i musulmani al macigno maomettano sotto la Cupola della Roccia, i cristiani alla lastra del Santo Sepolcro. Da 140 anni il sottosuolo della capitale è oggetto di una caccia al tesoro. Cercano gli ebrei per dimostrare che la Bibbia aveva ragione, cercano gli arabi per svelare che aveva torto. Per i primi, tremila anni fa, era già una prosperosa capitale, per i secondi era un qualunque villaggio arabo.

Non è facile, passeggiando per le strade della Città Vecchia, cogliere il sovrapporsi delle epoche: biblica, persiana, ellenistica, erodiana, romana, bizantina, araba, crociata, mamelucca e ottomana. Ma vengono i brividi a salire i gradoni origi-

nali lungo cui i pellegrini ebrei ascendevano al Tempio, o a toccare con mano gli enormi blocchi del muro voluto da Erode.

Gerusalemme non è solo pietre: è anche una città di suoni; quando cala il sole si scatenano e la Città Vecchia è l'epicentro della battaglia. Dai minareti comincia a scendere il richiamo del muezzin che invita alla preghiera dell'Islam. Quasi immediatamente si levano forti i versi degli uomini in nero al Muro del Pianto, dove in centinaia cantano e ballano in circolo. Su questi suoni scende il rintocco delle campane cristiane, che si fanno sentire in particolare da venerdì a domenica.

Le origini della Città Vecchia di Gerusalemme risalgono a

oltre tremila anni fa, anche se la sua struttura attuale è prevalentemente di epoca bizantina, mentre le mura che la circondano sono del XVI secolo. All'interno della cinta muraria la Città Vecchia è suddivisa in quattro quartieri: cristiano, ebraico, musulmano e armeno. A est e a sud della Città Vecchia si innalzano il monte degli Ulivi e il monte Sion, entrambi legati tradizionalmente agli ultimi giorni di Gesù Cristo. A nord e a ovest sorge la Gerusalemme moderna, con alcuni significativi esempi di architettura dell'Ottocento.

IL QUARTIERE EBRAICO

All'epoca di Erode questa zona a ridosso delle mura del Tempio era occupata dall'élite clericale. Nel periodo tardo romano agli ebrei fu proibito di vivere a Gerusalemme. Il quartiere divenne prevalentemente ebraico durante il dominio ottomano. Nel XVI secolo, i pellegrinaggi al Muro del Pianto, l'unica parte rimasta del Tempio, erano divenuti una tradizione molto sentita. Dopo la distruzione avvenuta nel corso della guerra del 1948 e i successivi anni di occupazione giordana, il quartiere fu ripreso dalle truppe israeliane nel 1967 e furono avviati i lavori di ricostruzione.

Oggi questa zona raccoglie le testimonianze degli ultimi 2000 anni di storia del popolo ebraico.

Inoltrandosi nel quartiere, troviamo l'antico **Cardo Maximus**, caratterizzato da una ricca varietà di negozi. In

passato fu la via principale di Gerusalemme: costruita originariamente dai romani, venne poi ampliata nel IV secolo quando i pellegrini cristiani iniziarono ad affluire in città. In epoca bizantina il Cardo giunse a collegare i due luoghi di culto più importanti dell'epoca, la chiesa del Santo Sepolcro a nord e l'ormai scomparsa Nea Basilica a sud.

Una parete nuda e massiccia di blocchi di pietra costituisce il **Muro del Pianto**, o Muro occidentale. È il luogo più sacro per gli ebrei e la piazza di fronte è un luogo permanente di preghiera. Faceva parte delle mura di contenimento della spianata del Tempio e fu costruito da Erode il Grande. Durante il periodo ottomano, il muro divenne il luogo dove gli ebrei andavano per piangere la distruzione del Secondo Tempio. Per questa ragione prese il nome di Muro del Pianto.

IL QUARTIERE MUSULMANO

Il quartiere musulmano è il più grande e densamente popolato della Città Vecchia. Si sviluppò durante il regno di Erode il Grande e assunse la forma attuale in epoca bizantina. Nel XII secolo fu preso dai crociati, che lo arricchirono di chiese e altre istituzioni cristiane, come la Via Dolorosa. Nel XV e XVI secolo i mamelucchi effettuarono radicali opere di ricostruzione. Oggi ospita le case più fatiscenti della città, eppure è una delle parti più affascinanti di Gerusalemme.

L'identificazione della **Via Dolorosa** con l'antica "Via Crucis", percorsa da Gesù dall'aula del tribunale al Golgota, non trova riscontri certi in documenti storici. Nonostante ciò, continua ad attirare pellegrini quotidianamente. Le strade che costituiscono il percorso sono praticamente uguali alle altre del quartiere, piene di bancarelle e negozietti, ma la Via è contrassegnata dalle quattordici "stazioni della Croce". Alcune stazioni sono ricordate solo da targhe poste sui muri, difficili da vedere. Altre si trovano all'interno di edifici. Le ultime cinque stazioni sono nella chiesa del Santo Sepolcro.

Haram esh-Sharif (recinto del nobile santuario), o Monte del Tempio, è una spianata nella parte sud est della Città Vecchia. Secondo la tradizione è il luogo dove "il Signore Dio plasmò l'uomo con polvere dal suolo" (Genesi 2,7) e dove Abramo si apprestò a immolare Isacco. Qui sorgeva l'altare di Davide su cui Salomone costruì il tempio, sostituito poi dal

complesso di Erode distrutto dai romani. Il luogo divenne un santuario islamico nel 691 d.C. con la costruzione della Cupola della Roccia, terzo santuario islamico del mondo arabo.

I QUARTIERI CRISTIANO E ARMENO

Sotto il dominio bizantino la comunità cristiana ebbe un enorme sviluppo. Gli insediamenti si concentrarono nella parte nord ovest della città, intorno alla grande basilica del Santo Sepolcro. Circondato da Davide Street e dal Khan El-Zeit, il quartiere moderno è ancora gremito di chiese e patriarcati. A sud si trova la zona tradizionalmente abitata dagli armeni, la cui storia spesso si intreccia a quella di Gerusalemme. È una delle zone più tranquille della Città Vecchia.

La **Chiesa del Santo Sepolcro** è edificata intorno al luogo dove si crede che Gesù sia stato crocifisso, seppellito e dove poi è resuscitato. La prima basilica fu costruita dall'imperatore ro-

mano Costantino tra il 326 e il 335 su suggerimento della madre, Sant'Elena. Fu ricostruita in scala ridotta dall'imperatore bizantino Costantino Monomaco attorno al 1040 a seguito della sua distruzione da parte del sultano Hakim nel 1009, ma fu nuovamente ampliata dai crociati tra il 1114 e 1170. A causa di un incendio nel 1808 e un terremoto nel 1927 ha subito svariati restauri.

La **Cittadella** è un imponente bastione all'interno delle mura della città che ospita il *Tower of David Museum of the History of Jerusalem* dove sono raccolti gli oltre tremila anni di storia di Gerusalemme. L'attuale struttura della Cittadella risale al XIV secolo e comprende aggiunte fatte nel 1532 da Solimano il Magnifico. Tuttavia ulteriori scavi hanno rivelato resti risalenti al II secolo a.C., prova che vi era una fortezza sin dall'epoca erodiana. Ciò avalla la tesi che questo sia il luogo più probabile dove avvenne il processo a Gesù. •

Cupola della Roccia



Carlo Crivelli alla Pinacoteca di Brera

Ospite del museo milanese la produzione artistica del pittore veneziano. Le opere qui raccolte sono “frutto” delle campagne napoleoniche nelle Marche, zona in cui l’artista si trasferì nel 1458

di Serena Bianchini

Nel Bicentenario della Pinacoteca di Brera, un approfondimento su Carlo Crivelli, pittore originalissimo e impossibile da catalogare come gotico o rinascimentale, è un’occasione per avvicinarsi alla realtà del museo milanese, ai meccanismi della prima organizzazione e alle scelte politiche che in epoca Napoleonica avevano l’unico obiettivo di dare a Brera il primato di museo più prestigioso del Regno d’Italia. La magnificenza delle opere custodite nella Pinacoteca ci allontana inoltre dai problemi inerenti allo spostamento di sede dell’Accademia omonima e dalle polemiche che ne derivano in questi giorni.

L’allestimento è stato curato da Emanuela Daffra che ci ha guidato nei percorsi della mostra, facendoci fare qualche passo indietro nei secoli, negli anni del Mantegna e del Bellini, nelle signorie marchigiane dove Carlo Crivelli dal 1458 soggiornò dopo essersi allontanato da Venezia, centro culturale importante, scelta che ne decretò però la sfortuna critica. Quasi tutte le opere di Crivelli che sono in museo, tranne l’“Incoronazione della Vergine”, sono arrivate nel periodo napoleonico a causa delle spoliazioni e delle requisizioni ne-

gli edifici sacri soppressi; nel 1811 commissari napoleonici rastrellando palmo a palmo le Marche portarono in pinacoteca ben tredici grandi tele di Crivelli e buona parte di queste opere sono presto state vendute a collezionisti stranieri per fare crescere il museo tramite gli scambi.

La Pinacoteca, infatti, nasce dalle requisizioni fatte sul territorio conquistato da Napoleone che mirava a farne un museo capace di testimoniare la complessità delle scuole pittoriche non solo italiane ma anche europee, per cui si scambiavano le tavole cosiddette “doppie”, opere di autori che erano già testimoniati, per ottenere dipinti non ancora testimoniati. Nel caso di Crivelli sono stati ceduti parti di politici arrivati interi per ottenere opere di scuola fiamminga; inoltre le opere che appartenevano al patrimonio di alcuni ordini venivano acquisite e portate nei centri cittadini per l’istruzione, un’idea davvero illuminista.

Crivelli dipinge creando immagini di un’eleganza straordinariamente raffinata, figure abbigliate e vive partendo dalla ripresa dal vero di oggetti che riproduce con attenzione. Nell’Annunciazione di Ascoli, ispirato ad Andrea Mantegna nello studio della prospettiva e dei

particolari e ora vanto della National Gallery di Londra, si trovano dettagli come il tappeto che scende da un terrazzo, copiato esattamente dal tappeto di tipo “Holbein” e poi chiamato “Crivelli” (ne restano pochissimi esemplari).

In una frase di Francesco Negri Arnoldi, si definisce tutto l’animo eclettico dell’artista: “In Carlo Crivelli, convive un problema irrisolto tra la scelta del nuovo e la rinuncia all’antico e cerca, similmente al Mantegna, di risolverlo nella qualità dello stile anziché nella forma del linguaggio”.

Crivelli ha una posizione davvero personalissima; mentre abbiamo fiumi di innovazioni con il Rinascimento a Firenze, poi declinato a Padova dal Mantegna, come l’uso della prospettiva, il realismo, la naturalezza dei sentimenti che Crivelli conosce e usa, nelle tele si leggono però anche elementi di una tradizione più antica come la sovrabbondanza di decoro e l’uso di materiali preziosi.

Il Polittico di San Domenico, opera intimistica dove vengono usati elementi in rilievo, è da immaginare nelle chiese alla luce delle fiacole, dove si faceva fatica a capire se fosse un particolare dipinto o un oggetto vero; siamo quindi davanti a un gioco continuo tra realtà e finzione. •



Polittico del Duomo di Camerino
1488 circa, particolare:
“Madonna della Candeletta”.
Tempera e olio su tavola, Milano,
Pinacoteca di Brera

Bacchette "magiche"

Michele Mariotti, trent'anni, già insignito con il premio Toscanini, è direttore del Teatro Comunale di Bologna. A venticinque anni il suo primo podio nella direzione del *Barbiere di Siviglia*

di Paola Stefanucci

Quando sale sul podio, è subito feeling tra spartito, orchestra e platea. Michele Mariotti è, dal 2008, il giovane (30 anni) direttore principale del Teatro Comunale di Bologna: una nomina che ha (stra)meritato dopo aver diretto una memorabile edizione del *Simon Boccanegra* di Giuseppe Verdi proprio nel teatro felsineo. La (folgorante) parabola artistica della bacchetta urbinata, che tra l'altro ha già ricevuto il Premio Toscanini, polverizza l'opinione, alquanto diffusa, secondo cui il numero dei grandi direttori d'orchestra, alle soglie del terzo millennio, si sia rarefatto in modo irreversibile. Al versante opposto, buona parte dei coetanei del giovane Mariotti non amano ascoltare i capolavori (immortali) prediletti dalle generazioni che ci hanno preceduto. Perché? "I giovani – afferma Mariotti – ignorano la musica classica, sia per un'abitudine ad aver ascoltato un diverso genere musicale durante la loro crescita, sia per una sorta di paura o rifiuto verso un qualcosa ritenuto vecchio e superato, senza sapere che invece la musica classica e l'opera sono molto più vicine a loro di quanto possano pensare, in quanto trat-



Michele Mariotti

tano l'uomo, i suoi problemi e sentimenti, i suoi affetti e destini. Posto il fatto che non è il genere che fa la classifica della musica, e che quindi esiste musica bella e musica brutta, il classico non è ciò che è vecchio e passato, ma ciò che è inclassificabile, e quindi ciò che rimane sempre attuale, e probabilmente più nuovo di tanti altri generi musicali".

I giovani direttori d'indiscutibile talento e di chiara fama quale lei è possono calamitare nuove generazioni di musicofili verso la musica classica?

Sta ai giovani aver voglia di cambiare e di ascoltare, e sta a noi impegnarci in questo andando a suonare nelle scuole, invitandoli a teatro,

discutendo con loro dopo una prova generale, ad esempio, come più di una volta mi è capitato di fare. Chi fa musica ha il dovere di educare, far capire al pubblico che la musica non è morta, ma allo stesso tempo non bisogna arrivare al punto che la musica diventi una questione elitaria per pochi istruiti: non bisogna per forza essere musicisti per godere della musica come non bisogna essere pittori per godere di un bel quadro. Sarebbe la morte civile se i musei e i teatri fossero accessibili solo a pittori e musicisti.

Ci può tracciare un profilo anagrafico del pubblico che frequenta i suoi concerti?

Spero sempre che il pubblico ringiovanisca.

Certamente le capita di ascoltare musica distante da quella che dirige. Simpatie (o antipatie) in proposito.

Non è il genere che classifica la musica, ribadisco. Mi piacciono i cantautori: De André, De Gregori, Guccini, che ho scoperto grazie ai miei compagni di classe. Non esistono barriere fra generi musicali. La musica dei Queen è godibile quanto una sinfonia di Mozart.

È a tutti noto che lei è figlio di Gianfranco Mariotti, lo storico sovrintendente del Rossini Opera Festival di Pesaro. È difficile portare un nome così impegnativo?

Non è difficile per il semplice fatto che mio padre è sempre stato fuori dal mio lavoro. Ovviamente essendo mio padre mi aiuta culturalmente.

Ma lei quando ha scoperto (e appreso) il magico lessico del pentagramma?

Tardi, avevo 18 anni...ma da sempre ero attratto dalla figura del direttore d'orchestra.

La sua prima volta sul podio in Italia?

A 25 anni, a Salerno, ho diretto il *Barbiere di Siviglia*.

E all'estero?

A 27, al Festival di Santander.

Impegni prossimi?

A Bologna con *Carmen* e *La Traviata* ed alcuni concerti sinfonici. Sto registrando, inoltre, un cd per la Decca col tenore Juan Diego Florez. A giugno sarò invece sul podio a Madrid e nel 2011 di nuovo nel capoluogo emiliano per l'inaugurazione della stagione con il *Tannhauser* di Wagner. •

Felix Mendelssohn-Bartholdy, il più classico dei romantici

Ripercorrendo le gesta dei suoi predecessori Haydn ed Händel, il “Mozart del XIX secolo” conquistò con la sua arte l’Inghilterra. Dallo stile privo dei tormenti e delle angosce tipiche dell’animo ottocentesco, concretizza il pensiero hegeliano di una musica capace di arrivare ad un mondo di sentimenti ideali

di Riccardo Cenci

“Mendelssohn è probabilmente il meno tragico di tutti i compositori”, scrive Ludwig Wittgenstein nei suoi pensieri, individuando una delle caratteristiche peculiari di un autore al quale si sentiva particolarmente affine; è evidente infatti che il filosofo proiettava sul musicista alcune problematiche relative al proprio io, quali il timore di una qualche carenza le-

gata alle comuni origini ebraiche (la cui negazione egli sentì, durante l’intero corso della propria vita, come un vero e proprio crimine), una mancanza in grado di precludere l’accesso alle alte vette della tragedia. “Nella grande arte c’è sempre un animale selvaggio: addomesticato. In Mendelssohn, ad esempio, no. [...] In questo senso si può dire di Mendelssohn che è un artista *riproduttivo*”, scrive ancora il filosofo, indicando con questa espressione l’idea

di un uomo capace di riprodurre uno stile antico esprimendosi in un linguaggio moderno. Prescindendo dalla connotazione negativa presente nelle parole di Wittgenstein, eludendo dunque le complesse problematiche riconducibili al suo pensiero filosofico, c’è in queste osservazioni l’essenza della poetica mendelssohniana, la chiave per accedere alla sua musica. Effettivamente Mendelssohn è il più classico dei compositori romantici, sempre misurato nell’espressio-

Felix Mendelssohn



ne, lontano da qualsiasi forma di esibizionismo, immune dai tormenti e dalle angosce dell’universo ottocentesco. Nella sua produzione si concretizza la sostanza del pensiero hegeliano, e non è un caso che egli frequentò il corso di estetica tenuto dal grande filosofo, quell’idea di una musica depurata dagli affetti, lontana dalla naturale espansione delle passioni, capace di accedere ad un mondo di sentimenti ideali. Per questo la sua ispirazione naviga spedita nei regni favolistici e magici, come attestano la freschezza e la spontaneità dell’ouverture del *Sogno di una notte di mezza estate*, parente stretta del contemporaneo *Oberon* di Weber, una fra le sue opere più riuscite anche se scritta a soli diciassette anni. Del resto l’educazione ricevuta dal giovane Mendelssohn è completamente intrisa di valori umanistici (i suoi autori prediletti sono Shakespeare, Goethe, ma anche Jean Paul e Lessing), quegli stessi valori che egli



Blick auf Florenz - Acquarello di Felix Mendelssohn, 1830

aveva ereditato dal nonno Moses, autorevole matematico e filosofo. In quest'ottica la musica per Mendelssohn rappresenta qualcosa di estremamente serio, più un valore etico, un esempio di virtù che non un semplice esercizio artistico. Alla sua educazione contribuisce in maniera decisiva Carl Friedrich Zelter, direttore della Singakademie di Berlino ed intimo amico dello stesso Goethe. Dai suoi insegnamenti Mendelssohn acquisisce principi che lo accompagneranno per tutta la vita, specialmente quel culto per la musica corale antica che culmina nella produzione di Händel ed in particolare di Bach. L'esecuzione della *Passione secondo Matteo*, avvenuta il 10 marzo del 1829 e fortemente voluta da Mendelssohn, è un evento fondamentale nella storia della musica. L'immagine di un Bach difficile da digerire per il gusto moderno, fondamentalmente pedante e fuori moda, era un luogo comune generalmente accettato; la sua musica era considerata eccessivamente complicata, molte sue opere giudicate ineseguibili. Merito di Mendelssohn, ma anche di Schumann, aver intrapreso con grande determinazione il cammino della rinascita

bachiana. Nel medesimo anno il compositore di Amburgo compie il suo primo viaggio in Inghilterra, un passo decisivo coronato da un successo simile a quello che in precedenza Händel ed Haydn avevano raccolto nelle terre d'oltremania. Da queste esperienze deriva il rinnovato interesse per il genere oratoriale, al quale Mendelssohn donerà nuovo splendore con la partitura del *Paulus* e, soprattutto, dell'*Elias*. Detto ciò si comprende la particolarità della sua posizione nell'ambito del Romanticismo. Anche nelle opere che maggiormente sembrano risentire di un impulso descrittivo di matrice romantica, come nella sinfonia Scozzese, egli non si mostra eccessivamente interessato alla pittura musicale, marcando ad esempio la sua distanza da Berlioz. Allo stesso modo, Mendelssohn è assolutamente refrattario all'idea di una comunione fra le arti, portata avanti con ferrea volontà da Wagner. Controverso il rapporto fra i due compositori. Se da un lato Wagner non risparmia i propri elogi nei confronti dell'ouverture *Le Ebridi*, giustamente giudicata una delle composizioni migliori dell'epoca, dall'altro, svalutando il ruolo del-

l'ebreo assimilato alla cultura tedesca, e giudicandolo incapace di raggiungere alti risultati artistici, esprime un giudizio di condanna che apre la strada all'antisemitismo musicale. I tratti romantici di Mendelssohn sono forse più esteriori che sostanziali, e si evidenziano ad esempio nell'inesausta propensione al viaggio e nella spiccata sensibilità nei confronti del paesaggio naturale (come dimostrano i suoi raffinatissimi disegni). La definizione di manierista, sovente usata dai critici, gli va stretta: il rigore formale raramente diviene accademismo, mentre l'anelito romantico viene trasfigurato in un clima di sovrana purezza. La musica di Mendelssohn sembra additare un mondo ideale, un sogno utopico di assoluta originalità. Lutti e dolori segnano l'ultimo periodo della sua vita. Alla morte della madre se-

gue quella della cara sorella Fanny, alla quale dedicherà il Quartetto in fa minore op. 80, un vero e proprio Requiem per la defunta, un lavoro straordinario nel quale le preoccupazioni costruttive lasciano spazio ad una inconsolabile mestizia. Mendelssohn muore prematuramente, nel 1847, per un colpo apoplettico, lasciando incompiuti un oratorio ed un progetto operistico, e consegnando alla posterità un interrogativo irrisolto sulla futura evoluzione della sua arte. Forse solo Schumann, commentando il Trio op. 49, ha colto nel modo migliore l'intima natura della sua personalità: "Mendelssohn è il Mozart del diciannovesimo secolo, il più illuminante di tutti i musicisti, capace di vedere più chiaramente di qualunque altro attraverso le contraddizioni della nostra epoca e l'unico in grado di sanarle". •

IL PIANOFORTE ROMANTICO A VENEZIA

Mira ad indagare gli aspetti meno noti del pianismo romantico francese il Festival che si svolgerà a Venezia dal 15 aprile al 19 maggio, parte di una più ampia ed ambiziosa programmazione che prevede repliche ed eventi in varie sedi a livello internazionale. L'iniziativa è firmata dal Palazzetto Bru Zane, istituzione culturale che coltiva l'obiettivo di restituire al repertorio musicale francese del XIX secolo quella dignità che gli compete, valorizzando opere ed autori poco noti al grande pubblico e trascurati dalla critica.



Der klyne Groenmarkt - Acquarello di Felix Mendelssohn, 1836

Krupa, dal tamburo alle percussioni

di Piero Bottali

Esistono due strumenti musicali - pur lontani - che soffrono dello stesso equivoco: la chitarra e la batteria. Di entrambi infatti si può affermare di saperli suonare anche se non è vero. Perché sia l'uno che l'altra si prestano ad essere utilizzati in ma-

niera riduttiva rispetto alle loro possibilità. Ci spieghiamo meglio. Si può mollare sulle corde di una chitarra un spazzolata di plettro e dire di saperla suonare ignorando totalmente la tecnica delicata e difficilissima dell'arpeggio o del pizzicato che porta ad esprimere pienamente le sue capacità solistiche e armoniche. Così come si può pestare bestialmente sulla pelle di ex somaro (oggi di plastica) di una batteria e affermare senza arrossire di essere un batterista. Ecco, se si ascolta il grande Gene Krupa si chiariscono immediatamente le idee su cosa sia una batteria e chi veramente sia un batterista. La rivoluzione di Krupa fu di averla trasformata da attrezzo percussivo per ritmare il tempo in uno strumento con una sua identità precisa, una sua dignità di autonomia in una band ma anche in un'orchestra.

Eugene Bertram Krupa (Chicago, 1909 - Yonkers, 1973), figlio di immigrati polacchi, straripante personalità come musicista, negli anni '20 è già un esponente di grande rilievo nell'ambito del jazz di Chicago. Ma la città gli sta stretta e nel periodo della Grande Depressione si trasferisce a New York. Nel 1934, nonostante il suo carattere di leader, entra come batterista nell'orchestra di Benny Goodman. Pari alla stima, grande deve essere stata la sorpresa di Goodman nel vedere il suo batterista, abitualmente collocato in fondo e *dietro* a tutti gli orchestrali, piazzarsi in prima fila, proprio accanto a lui, a per-

È stato il primo a creare brani solistici percussivo-ritmici come parte integrante di una melodia

cuotere piatti, rullante e charleston con ritmo insuperabile mentre le sue magiche bacchette ballavano, volavano e roteavano. Lo possiamo vedere ancor oggi in un celebre filmato del 1937 nel quale Gene Krupa esegue il suo incredibile brano solistico di batteria *Sing, sing, sing* con un Goodman educatamente esterrefatto di avere a fianco quel diavolo scatenato che sembrava possedere quattro braccia. Non poteva durare, nel 1938 Krupa se ne va e fonda un suo gruppo col quale nel 1941 raggiungerà il successo grazie alla cantante Anita O'Day e al trombettista Roy Eldridge. Nascono molti successi - citiamo solo *Rockin' chair* - ma nel 1943 viene arrestato per droga, la sua immagine ha un crollo ed è costretto a sciogliere la band. Ritorna allora da Goodman poi ricostituisce un'altra band (con sezione d'archi!) nella quale collabora anche Gerry Mulligan come compositore. Siamo negli Anni '50: Gene Krupa, sempre irrequieto, scioglie ancora una volta la sua orchestra e prende a suonare in vari e mobili trii e quartetti, diretti da lui. Nel 1959 Sal Mineo interpreta la sua parte nel film della Columbia *The Gene Krupa story*. Il suo apporto nell'affermazione della batteria nella musica moderna è stato ed è ancora immenso. Come accennavamo a proposito di *Sing, sing, sing*, fu il primo a creare brani solistici percussivo-ritmici come parte integrante di una melodia. Con Krupa la batteria diventava strumento riuscendo a farle emettere i rumori più vari - dal battere secco ai crepitacoli, dai forti fruscii all'acqua scrosciante, dall'ansimare roco di un mostro sotterraneo alla frenesia 'elettrica' sul charleston - mettendo in ombra altri solisti e in secondo piano perfino i *bandleader*. Grazie a lui la batteria fu ri-conosciuta nel mondo della musica moderna e, fatto importante, ricevette la considerazione che gli spettava anche a livello accademico. Infine, come ogni moderno batterista sa bene, il Metodo Krupa è un ancor oggi un insuperato manuale per entrare nel "mondo dei suoni percossi". •



Gene Krupa

Il ritorno del “peplum”

di Maricla Tagliaferri

Sarà il fluttuare delle tuniche femminili. Sarà il guizzare dei polpacci ipertrofici che spuntano dalle corazze. Sarà la nostalgia per un passato mai avuto. Di fatto l'immaginario cinematografico americano torna sempre alla Storia per eccellenza, quella gre-

co-romana. E il “peplum”, o, come lo chiamano loro, lo “sword and sandals”, torna di moda, come negli anni '60, quando “Ben Hur”, coi suoi 11 Oscar, stabilì un record finora solo eguagliato (da “Titanic” nel '97 e da “Il signore degli Anelli” nel 2003) e mai superato.

Proseguendo sulla strada riaperta da “Il gladiatore”, la nostra antichità promette di occupare gli schermi per tutto l'anno, riletta, reinventata, a volte presa pretesto, mai rispettata, sempre condita di effetti speciali.

È appena uscito “Percy Jackson – Il ladro di fulmini”, tratto dal primo romanzo della saga per ragazzi “Percy Jackson and the Olympians” firmata da Rick Riordan e inedita in Italia. Vi si racconta di un ragazzino del XXI secolo che vive, sì, a Manhattan, ma è figlio nientemeno che di Poseidone, dio del mare, contro il quale si scaglia Zeus in persona.

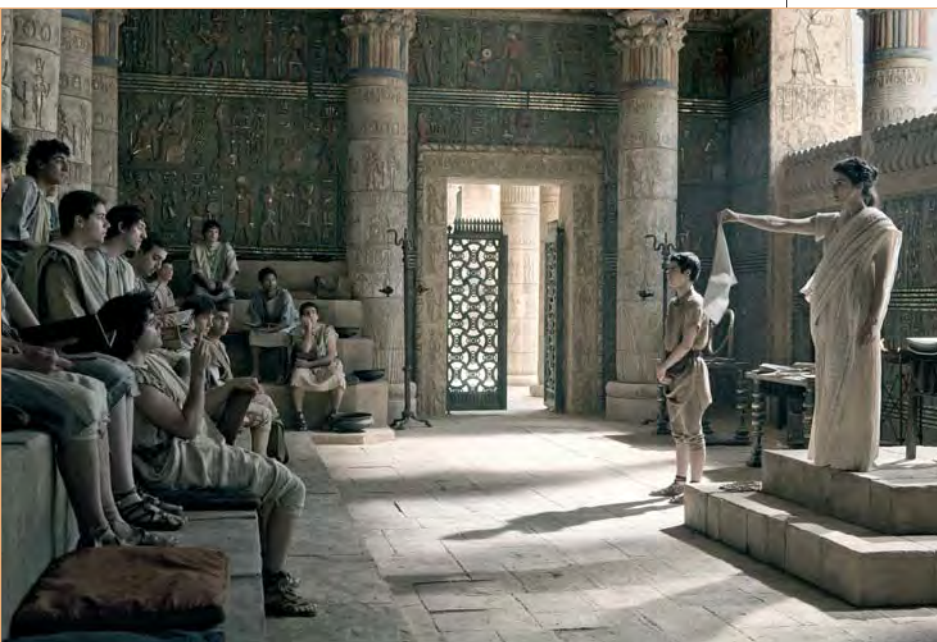
Sta per arrivare “Scontro fra Titani”, diretto da Louis Leterrier, regista più avvezzo alla caciara di “L'incredibile Hulk” e “Transformer” che alla riflessione storica. Protagonista Sam Worthington, consacrato divo in “Avatar”, qui nei panni di Perseo, mandato a combattere Ade e proteggere la terra. È il remake dell'omonimo film del 1981, non precisamente un capolavoro, nonostante attori come Laurence Olivier e Maggie Smith.

Si parla da tempo della riduzione cinematografica del videogioco “God of war” e pare che questo sarà l'anno decisivo per gli appassionati delle avventure del rozzissimo Kratos, generale spartano che chiama in aiuto il dio della guerra Ares, deciso a saldare vecchie ruggini con Zeus in persona. Dietro la macchina da presa, Brett Ratner (“X-men 3”). Davanti, Vin Diesel, lo scapestrato di “Fast and furious”. E pare che il Frank Miller di “300”, violenta celebrazione dello scontro delle Termopili, ne stia preparando il prequel. Dovrebbe intitolarsi “Xerses” e raccontare i dieci anni che precedettero la battaglia.

Gli antichi romani si scontreranno in un autentico duello: due film prenderanno spunto dallo stesso episodio storico, la sparizione della Nona Legione in territorio scozzese. Secondo gli storici fu annientata in battaglia, per poi essere ricostituita e infine scomparire misteriosamente, intorno all'anno 100 d.C.. Leggenda vuole che fossero stati maledetti dai druidi e trasformati in fantasmi. Tanto che, nel 1974, ci fu chi li vide sfilare armati di tutto punto nella Scozia Centrale. “Centurion”, diretto da Neil Marshall (“Discesa nelle tenebre”), e “The Eagle of Ninth”, per la regia di Kevin McDonald (“State of play”) ne racconteranno la vicenda, il primo in chiave “action”, il secondo calcando l'aspetto horror.

Nel frattempo, sul piccolo schermo Usa, prossimamente anche sui nostri, raccoglie audience la serie “Spartacus- blood and sand”, prodotta da Sam Raimi e molto lontana dallo “Spartacus” che Stanley Kubrick diresse nel '60, con Kirk Douglas. Come già nella serie “Rome”, sesso e violenza la fanno da padroni.

Da questa tendenza si differenzia alla grande “Agorà”, passato a Cannes 2009, dello spagnolo Alejandro Amenàbar, premio Oscar per “Mare dentro”. Ambientato ad Alessandria d'Egitto nel IV secolo, durante la dominazione romana, racconta della filosofia e matematica Ipazia (Rachel Weisz), martire pagana dell'evangelizzazione, simbolo della lotta tra fede e religione. Uscito già in mezzo mondo, dovrebbe arrivare presto anche da noi. Si attendono polemiche. ●



Una scena di “Agorà” di Alejandro Amenàbar



QUANTO COSTA LA RICONGIUNZIONE?

Egregio Presidente,
in relazione alla mia posizione contributi-
va le invio l'estratto conto relativo ai con-
tributi da me versati in Inps e l'accredito

degli anni del servizio militare e le formulo le seguenti domande:

1) E' possibile effettuare la ricongiunzione/trasferimento dei contributi Inps e l'accredito del servizio militare presso la Cassa Enpam? a) quanto costa questa operazione di ricongiunzione? b) in conseguenza a quanto ammonterebbe la pensione? c) in quale data potrei andare in pensione? d) quanto costa l'accredito degli anni del servizio militare? e) se dovessi morire le mie 2 bimbe di 5 e 3 anni e mia moglie di 34 anni percepirebbero una pensione/indennità da parte di Enpam, con quale tempistica e ammontare?

2) Dopo la ricongiunzione Inps/Enpam, se riscatto anni di laurea/specializzazione a quale età posso andare in pensione, quale sarebbe il costo, a quanto ammonterebbe la pensione, per 1 anno, 2 anni, 3 anni, 4 anni, 5 anni di riscatto?

3) Il riscatto degli anni di laurea prima della ricongiunzione Inps-Enpam hanno un costo uguale, maggiore o minore?

4) I contributi Inps più l'accredito del servizio militare sono sufficienti per garantire una pensione in totalizzazione dell'Inps? a) Se non lo sono cosa devo fare per renderli utili ai fini pensionistici?

Ringrazio vivamente e porgo cordiali saluti.

(lettera firmata)

Caro Collega,
preliminarmente ti comunico di non aver ricevuto, in allegato alla tua nota, l'estratto conto relativo ai contributi giacenti presso l'Inps. Ti preciso che in assenza di tali dati non mi è possibile consigliarti in merito alla convenienza di una eventuale ricongiunzione presso il Fondo Specialisti Ambulatoriali, ai sensi della Legge n. 45/1990, dei periodi assicurativi in questione.

Ti informo, tuttavia, che la presentazione di una domanda di ricongiunzione non determina alcun vincolo. Dopo aver acquisito la tua istanza, infatti, gli Uffici provvederanno a richiedere all'Inps i dati contributivi necessari alla effettuazione dei calcoli e a sottoporli una lettera di proposta, in cui oltre all'eventuale onere da porre a tuo carico, ti verranno illustrati nel dettaglio i benefici pensionistici connessi con l'operazione. A decorrere dalla data di ricevimento della predetta nota, avrai 60 giorni di tempo per far pervenire la tua adesione, consentendo a questa Fondazione di formulare richiesta per il trasferimento dei contributi, comprensivi dei versamenti relativi al periodo di servizio svolto per assolvere agli obblighi di leva, maggiorati dell'interesse composto al tasso annuo del 4,50%. Di converso, ove giudicassi non

convenienti le condizioni proposte hai facoltà di non dare alcun seguito al procedimento.

Per quanto concerne, invece, la possibilità di avvalerti dell'istituto della totalizzazione, ti rappresento che il D. Lgs. 42/2006 prevede che agli iscritti a due o più forme pensionistiche obbligatorie, sia data la possibilità, a titolo gratuito e ai fini dell'ottenimento di un unico trattamento pensionistico, di cumulare periodi contributivi non coincidenti di durata non inferiore a 3 anni. La totalizzazione può essere esercitata a condizione che l'iscritto abbia compiuto il 65° anno di età e abbia maturato una anzianità contributiva complessiva pari ad almeno 20 anni. Prescindendo dall'età anagrafica, l'accesso a tale istituto è consentito in presenza di una anzianità contributiva pari ad almeno 40 anni. Per quanto riguarda la convenienza tra l'operazione in parola e la ricongiunzione, non posso che rimettere il giudizio alle tue valutazioni sulla base di quanto esplicitato nella presente.

Ciò premesso, ti comunico che sulla posizione previdenziale accesa a tuo nome presso il Fondo Specialisti Ambulatoriali risultano accreditati contributi, a decorrere dal mese di dicembre 1995, per un importo pari ad euro 52.743,34. Riguardo ai requisiti prescritti per il conseguimento del trattamento di quiescenza, ti rappresento che la vigente normativa ne prevede il riconoscimento all'iscritto che cessi dal rapporto con gli istituti del S.S.N. dopo il compimento del 65° anno di età. La rendita pensionistica è erogata, altresì, al Sanitario che cessi lo svolgimento dell'attività convenzionata al raggiungimento del 58° anno di età, sempre che egli abbia maturato presso il Fondo una anzianità contributiva effettiva o riscattata, ovvero ricongiunta, non inferiore a 35 anni; è necessario, inoltre, aver conseguito da almeno 30 anni il diploma di laurea in medicina e chirurgia. Il trattamento previdenziale di anzianità può essere riconosciuto anche al raggiungimento dei 40 anni di contribuzione effettiva, riscattata e/o ricongiunta; in tal caso si prescinde dal requisito anagrafico. Relativamente alla quantificazione della futura rendita pensionistica, ti comunico che in mancanza di idonea certificazione attestante l'orario settimanale di servizio svolto in qualità di specialista ambulatoriale, gli Uffici non sono in condizione di determinarne l'ammontare. Ti faccio presente, che tale certificazione è indispensabile anche per la quantificazione dell'onere necessario alla effettuazione del riscatto degli anni del corso di laurea. Nel merito, ti informo che anche la presentazione di una domanda di riscatto non comporta alcun vincolo. Dopo l'effettuazione dei conteggi, gli Uffici provvederanno ad inviarti una lettera di proposta in cui, oltre all'onere da sostenere e le forme di rateizzazione possibili, ti verranno dettagliatamente illustrati i benefici pensionistici derivanti dalla definizione dell'operazione. Nel caso dovessi ritenere troppo oneroso il piano di ammortamento proposto, ti sarà sufficiente farne scadere i termini per considerare annullata la tua istanza.

Ti informo, altresì, che risulta attiva la posizione previdenziale accesa a tuo nome presso le due quote del Fondo di Previ-

denza Generale. Ti preciso che la prestazione pensionistica erogata da tale gestione viene riconosciuta esclusivamente dopo il compimento del 65° anno di età ai sanitari che, al raggiungimento del suddetto requisito anagrafico, risultino iscritti al Fondo con una anzianità contributiva pari ad almeno 5 anni.

Posso anticiparti che per quanto riguarda la "Quota A" della gestione, dove vengono accreditati i contributi minimi alla cui corresponsione sei vincolato in conseguenza dell'iscrizione all'albo professionale di categoria, il trattamento pensionistico è quantificabile in circa euro 350,00 lordi mensili.

Relativamente alla "Quota B", invece, dove vengono accreditati i contributi, eccedenti quelli minimi, derivanti dall'esercizio della libera professione, ti informo che proiettando il contributo riferito al reddito prodotto nell'anno 2007 fino al raggiungimento del prescritto requisito anagrafico, la rendita pensionistica è quantificabile in circa euro 1.300,00 lordi mensili.

Ti preciso che ai superstiti dell'iscritto deceduto in costanza di contribuzione, spetta una aliquota della pensione che sarebbe spettata al sanitario, ove fosse diventato permanentemente invalido al momento del decesso. La prestazione viene calcolata aumentando l'anzianità contributiva del numero di anni mancanti al raggiungimento del sessantacinquesimo, per un massimo di dieci. Ti informo che l'aliquota spettante al coniuge superstite, qualora concorra con i figli aventi diritto a pensione, è pari al 60%; la percentuale del trattamento di quiescenza in capo alla prole, in caso di presenza di due o più figli, è pari al 40%.

Devo precisarti, infine, che a fronte di eventuali modifiche

della normativa previdenziale di riferimento le ipotesi sopra rappresentate potrebbero subire variazioni. Pertanto, la presente informativa non deve comunque ritenersi impegnativa per la Fondazione. Nel rimanere a disposizione per ogni ulteriore chiarimento, colgo l'occasione per salutarti cordialmente.

E. P.



A QUANTO AMMONTEREBBE LA MIA PENSIONE?

Caro Presidente,
mi sono laureato nel 1984, ho svolto quasi sempre libera professione eccetto qualche guardia medica e una sostituzione all'Inail di 4-5 mesi nel 1985. Dal 1986 mi sono dedicato esclusivamente all'Odontoiatria. Essendo stato un lavoratore studente prima del conseguimento della laurea in Medicina ho maturato un periodo contributivo di circa anni 16 e mesi 7 in quanto dipendente Fiat e di altre aziende. Volevo cortesemente sapere a quanto ammonterebbe la mia pensione al compimento dei 65 anni e se possibile unificare le due tipologie contributive Inps ed Enpam. Grato per la tua cortesia e disponibilità ti porgo i più calorosi saluti e complimenti!

(lettera firmata)

Caro Collega,
sulla posizione in essere presso il Fondo della Libera Professione - Quota B del Fondo di Previdenza Generale risultano accreditati contributi previdenziali, da te versati per redditi prodotti tra il 1990 ed il 2007, per un totale di euro 18.210,52.

In costanza di contribuzione, a partire dal compimento del

65° anno di età ti verrà erogata una pensione di vecchiaia, unitamente a quella a carico della Quota A del medesimo Fondo, cui versi i contributi obbligatori, su base annua, dovuti ex lege da tutti i medici e gli odontoiatri iscritti all'Albo professionale. Nel dettaglio, la stima effettuata ha determinato, per la Quota A, un trattamento mensile lordo di circa euro 260,00.

Per quanto riguarda la Quota B, invece, ti informo che i calcoli sono stati effettuati ipotizzando costante l'ultimo versamento memorizzato, con la vigente aliquota di contribuzione (12,50%), fino all'età del collocamento a riposo. Ne è scaturito un rateo di circa euro 380,00 lordi mensili.

Ti ricordo, inoltre, che risultano accreditati a tuo nome contributi sui Fondi Speciali dell'Enpam. Sul Fondo dei Medici di Medicina Generale sono presenti euro 121,51, mentre il Fondo degli Specialisti Ambulatoriali conta euro 1.160,21.

Tali versamenti, effettuati complessivamente tra il 1985 ed il 1988, maggiorati temporalmente della contribuzione maturata presso il Fondo Generale - Quota B, ti consentiranno di soddisfare il requisito minimo per ottenere un ulteriore modico trattamento a 65 anni.

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

Pertanto, in merito ai versamenti effettuati prima dell'attività medica ti suggerisco,

preliminarmente, di assumere informazioni all'Inps circa la destinazione di tale spezzone contributivo al compimento dell'età pensionabile. Puoi chiedere, esattamente, se dal punto di vista prettamente temporale tale periodo sarà sufficiente a garantirti l'erogazione di una prestazione di quiescenza.

In caso di esito negativo di questo accertamento, potresti presentare domanda a questa Fondazione per ricongiungere i contributi di specie presso la Quota A del Fondo di Previdenza Generale. A seguire verrebbe approntata una proposta, non vincolante, inerente oneri eventuali da sostenere per il trasferimento del montante e connessi benefici previdenziali.

Altrimenti, in alternativa alla ricongiunzione, ti rappresento sommariamente la totalizzazione dei periodi contributivi, istituto fruibile al verificarsi delle seguenti condizioni:

- cessare l'attività lavorativa;
- non essere titolare di un trattamento pensionistico;
- aver compiuto 65 anni di età e 20 di anzianità contributiva cumulativa;
- aver maturato, in alternativa, 40 anni di anzianità contributiva a prescindere dall'età anagrafica;
- essere riconosciuto invalido in modo assoluto e permanente;
- decesso dell'assicurato con prestazione pensionistica riconosciuta agli aventi causa.

In presenza di uno dei suddetti requisiti è possibile totalizzare, a titolo gratuito, più spezzoni contributivi, presenti in differenti gestioni previdenziali e con almeno tre anni non coincidenti, presso l'Inps, Ente incaricato ex lege dell'erogazione del rateo pensionistico.

Ti saluto cordialmente.

E. P.

Prende piede collezionare "emissioni congiunte"

di Gian Piero Ventura (*)

Qualche volta ne abbiamo già parlato, semplicemente raccontando di alcuni singoli francobolli, in questo numero invece ci soffermiamo maggiormente sulle cosiddette "emissioni congiunte", date le diverse domande che sono state poste.

In generale si intende di quelle che hanno il loro First Day Cover, nello stesso giorno e con lo stesso soggetto, proposto da due o più Paesi in accordo.

Teoricamente l'effettività di questo tipo di emissione dovrebbe verificarsi nel decreto di emissione, documento non facilmente reperibile, ma che su Internet si può provare a cercare. Molte volte però di questa congiunzione non c'è traccia.

È anche naturale che alcu-

ni commercianti vedano in modo più allargato la questione, proponendo a volte come congiunte anche emissioni che hanno in comune solo la grafica o il soggetto in questione. La verità è che la storia non è davvero molto lineare ed anche le Amministrazioni Postali inciampano di tanto in tanto, contribuendo alla non chiarezza della comunicazione.

Comunque questo tipo di collezione sta prendendo piede, vediamo allora le uscite avvenute negli ultimi anni negli Stati a noi più vicini.

Un paio di mesi fa abbiamo raccontato dell'emissione congiunta a tre Italia-Vaticano-San Marino, in onore della lingua italiana, che riportava i primi versi dell'Inferno di Dante suddivisi per ogni Stato.

È di questo periodo invece l'emissione di San Marino insieme al Giappone, con un foglietto composto da quattro francobolli del valore di euro 1,50 che si incrociano così: in alto a sinistra il francobollo rappresenta la Prima Torre e l'opera di Vittorio Pochini "La Repubblica", a destra è rappresentato il Castello giapponese di Himeji; nei francobolli in basso, a sinistra il dipinto di Emilio Retrosi "L'apparizione di San Marino al suo popolo", a destra il dipinto Tokaido-Gojyusantugi "Nihonbashi



Emissione bulgara congiunta con l'Italia

in the Morning". A completare il foglietto, oltre le bandiere dei due Stati, in basso troviamo i dipinti "Donna giapponese" di Utamaro Kitagawa e "Santa Maria Maddalena" di Francesco Menzocchi. La piccola Repubblica nel 2007 aveva anche proposto dei francobolli, nel nome della libertà, con la Cecoslovacchia. L'emissione infatti accomuna la più antica Repubblica del mondo ed una fra le più recenti d'Europa, con impliciti richiami anche alle tradizioni del Cristianesimo.

Poste Italiane dal canto suo



Versione SMOM



Versione Vaticano

ha celebrato l'hanno scorso il 130° anniversario dei rapporti diplomatici tra Italia e Bulgaria. Nel mini foglietto stampato con un solo francobollo sono rappresentati, in alto a destra il Monumento Nazionale a Vittorio Emanuele II di Roma, detto il Vittoriano e, in basso a sinistra, l'ex Palazzo Reale di Sofia; sull'intero foglietto è riportato a tappeto un particolare del testo relativo al documento storico del Trattato.

Lo SMOM il 13 novembre 2008 ha emesso insieme al Vaticano per festeggiare, tramite una emissione congiunta straordinaria, la Convenzione Postale tra il Sovrano Militare Ordine di Malta e lo Stato della Città del Vaticano.

Proprio quest'ultima amministrazione è stata quella più prolifica sul tema: nel 2006 con Singapore per l'anniversario delle relazioni diplomatiche, nel 2007 con la Repubblica di Malta per il Natale, nel 2008 sempre per Natale ma con la Germania (ovviamente!) e nel 2009 con Gibilterra. Quest'ultimo francobollo rappresenta i 700 anni di devozione a quella statua che nel 1979 Giovanni Paolo II nominò ufficialmente come Nostra Signora d'Europa e Patrona di Gibilterra, la cui festa si celebra il 5 maggio, data nella quale ricorre anche il Giorno dell'Europa.

Buona collezione, con l'augurio di riuscire a trovare sempre... il corrispondente estero! •

(*) gp.ventura@enpam.it





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

Dall'acquisizione del consenso informato del paziente, salvo i casi espressamente previsti dalla legge, dipende la legittimità dell'atto medico o chirurgico, così come si è ormai affermato da tempo sia in dottrina che in giurisprudenza.

Il consenso, che deve essere sempre espresso da soggetti capaci di agire, va ritenuto un mero atto giuridico non negoziale.

Il consenso, oltre che prestato da persona capace, deve essere anche effettivo, cioè informato, perché reso da un soggetto edotto sul tipo e sulle conseguenze dell'intervento, scritto o orale, tacito (derivante da comportamento concludente non equivoco) o putativo (quando si agisce pensando, in base ad errore scusa-

**È il consenso
informato
del paziente a fondare
la liceità penale
dell'attività medica**

Brevi cenni sul consenso informato

Secondo una consolidata interpretazione giurisprudenziale e dottrinale il consenso informato non è considerato un atto puramente formale e burocratico, ma il requisito fondamentale dal quale discende la liceità dell'attività medica autorizzata dal legislatore italiano

bile ex art. 59 c.p.). Invece, nessun margine operativo è riconosciuto al consenso presunto, ricorrente quando il soggetto agente sa che l'avente diritto non ha prestato il consenso, ma l'avrebbe dato se fosse stato a conoscenza della situazione o se fosse stato in grado di esprimerlo.

Per questa ragione, la liceità dell'atto medico dipende non dall'esito bensì dalla previa acquisizione del consenso informato del paziente, come già acquisito dalla giurisprudenza costituzionale, civile e penale, che da tempo ritiene la libertà di autodeterminazione terapeutica un diritto fondamentale.

La Suprema Corte con la nota sentenza "Massimo" ha dichiarato che, ove non fosse diversamente stabilito dalla legge o ricorresse altre cause di giustificazione codificate, è il consenso informato del paziente a fondare la liceità penale dell'attività medica, come si desume dagli artt. 13 e 32, comma 2, della Costituzione; ed è su tale impostazione che gran parte delle successive pronunce si sono attestate.

La questione della rilevan-

za del consenso del paziente è stata affrontata anche dalle Sezioni Unite, che hanno offerto delle indicazioni di principio. La Suprema Corte sposa la teoria sorta nell'ambito del diritto civile e non del tutto sconosciuta a quello penale dell'auto legittimazione dell'attività medica, secondo cui questa troverebbe il proprio fondamento non in specifiche scriminanti, quanto nella sua stessa finalità di tutela del fondamentale bene-salute, garantito dall'art. 32 della Cost. Pertanto, non si tratterebbe di un'attività meramente non antigiusuridica, ma di un'attività in radice legittima perché finalizzata alla salvaguardia di un bene costituzionale. Di conseguenza l'atto medico è legittimato e non solo giustificato alla luce del suo scopo benefico sia potenziale che effettivo. Però, tale interpretazione può comportare delle rilevanti conseguenze come l'estromissione della volontà del paziente dal rapporto di cura, rendendo il medico l'unico arbitro e provocando un conflitto con il principio costituzionale di autodeterminazione terapeutica. Non è un caso

allora che la Corte precisa che il presupposto indefettibile che giustifica il trattamento sanitario va rinvenuto nella scelta libera e consapevole della persona che a quel trattamento si sottopone, salvo i casi di necessità e incapacità a manifestare il proprio volere.

In conclusione va detto che le due visioni suesposte sembrano, in effetti, tra di loro contraddittorie, ma al tempo stesso consentono al giudice di temperare gli estremismi degli opposti orientamenti sulla natura dell'attività medica e di giustificare soluzioni applicative flessibili nei casi in cui il principio di beneficiarietà entra in contrasto con quello di autodeterminazione terapeutica.

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



È MORTO NUNZIO ROMEO

Nunzio Romeo ci ha lasciati. Improvvisamente senza avvertirci. Prima di accasciarsi all'aeroporto di Roma ha sorriso, come era solito fare, quando si trovava tra amici. Poi più nulla. E noi, lì, a non crederci, a dire che era impossibile, che Nunzio probabilmente scherzava. Eolo Parodi l'ha quasi considerato un affronto. Come era possibile che il dottor Nunzio Romeo si togliesse improvvisamente il camice senza avvertire, senza un abbraccio al suo amico presidente? Accompagnato dal direttore generale Alberto Volponi, Parodi, visibilmente commosso, ha portato il deferente ossequio del Consiglio di amministrazione dell'Enpam alla salma nella camera ardente allestita dall'ospedale di Ostia prima del trasferimento a Messina. Le parole del presidente hanno voluto sottolineare che l'improvvisa scomparsa di Nunzio induce a una riflessione per la storia umana di questo medico siciliano che ha dedicato la vita alla professione, rivestendo, inoltre, ruoli di alto prestigio come la presidenza dell'Ordine di Messina, l'assidua presenza nella Fnomceo e nel Consiglio di Amministrazione dell'Enpam. Una lunga avventura di partecipazione, la sua, anche nel campo sindacale ai vertici della Fimmg, sia a Messina sia a livello nazionale.

Vogliamo ricordare di questo medico morto a 73 anni, la voce pacata, le gentili parole di incoraggiamento verso coloro che chiedevano i suoi consigli. Parlava spesso, sorridendo felice, della moglie e dei figli, ambedue medici, il vero ancoraggio della sua vita terrena.

I suoi funerali sono stati una manifestazione di tristezza ma anche di dolore. Nel Duomo di Messina, gremito di cittadini di ogni stato sociale, Nunzio è stato ricordato dai colleghi sbarcati nell'isola provenienti da varie parti d'Italia.

Mario Falconi, il primo ad intervenire all'aeroporto nell'estremo tentativo di salvare l'amico che stava morendo, durante la cerimonia funebre nel Duomo, accompagnato da Giampiero Malagnino, ha pronunciato con le lacrime agli occhi queste parole: "Quando un giorno anch'io sarò in quella bara per andare da qualche parte, chiederò al Padre Eterno di farmi trovare, tra le persone più care, in prima fila, per poterlo riabbracciare, il mio amico Nunzio". Alla famiglia Romeo, così duramente colpita, le sincere condoglianze del Giornale della Previdenza che lo ha avuto spesso tra i più validi collaboratori.

G.Cris.



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

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

Editore: Fondazione ENPAM

DIREZIONE E REDAZIONE

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

Direttore: EOLO PARODI

Direttore responsabile: GIULIANO CRISALLI

PROGRAMMAZIONE E COORDINAMENTO

Carlo Ciocci

Fax 06 48294793

email: c.ciocci@enpam.it

CULTURA

Claudia Furlanetto

email: c.furlanetto@enpam.it

CONGRESSI, CONVEGNI E CORSI

ARCHIVIO E DOCUMENTAZIONE

Andrea Meconcelli: Tel. 06 48294513

Fax 06 48294260/793

email: congressi@enpam.it

SCIENZA E SOCIETÀ

Andrea Sermonti

email: studio.sermonti@gmail.com

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Paola Boldregghini: Tel. 06 48294258 - Fax 06 48294260

email: giornale@enpam.it

Foto: Archivio ENPAM - THINKSTOCK

MENSILE - ANNO XV - N. 3

DEL 22/03/2010

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

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

Stampa: COPTIP Industrie Grafiche

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

tel: 059 312500 - fax: 059 312252

email: centralino@coptip.it

Servizio Accoglienza Telefonica

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

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

NOTIZIE FLASH

Quota A - pagamento contributi 2010

In questo mese di aprile Equitalia Esatri S.p.A. di Milano avvia l'attività di notifica degli avvisi di pagamento. I contributi possono essere versati in 4 rate con scadenza 30 aprile, 30 giugno, 30 settembre, 30 novembre o in unica soluzione entro il termine previsto per la prima rata di aprile.

In caso di smarrimento o mancato ricevimento del bollettino deve essere tempestivamente inoltrata ad Equitalia Esatri S.p.A., tramite i canali telematici indicati sul sito www.taxtel.it, un'apposita istanza completa di nome, cognome, codice fiscale, indirizzo, recapito telefonico e copia di un documento di identità valido.

Anche quest'anno gli utenti registrati presso il portale www.enpam.it potranno reperire direttamente un duplicato dei bollettini RAV. In questo caso il pagamento potrà essere effettuato **esclusivamente** presso gli Istituti di Credito.

● **Iscritti nati nel 1945** - Anche gli iscritti nati nel 1945 che compiono 65 anni nel corso dell'anno 2010 possono effettuare il pagamento in unica soluzione o in 4 rate. **Il pagamento è dovuto fino al mese di compimento del 65° anno ed è calcolato sui mesi effettivi.**

● Domiciliazione bancaria – RID

Per aderire al servizio è sufficiente:

- compilare il modulo RID allegato ai bollettini RAV e trasmetterlo ad Equitalia Esatri S.p.A. entro e non oltre il **31 maggio** tramite fax al numero **02.6414.1061**;
- compilare il modulo elettronico disponibile sul sito **www.taxtel.it** (alla voce ADESIONI RID);
- comunicare i dati richiesti nel modulo RID ad Equitalia Esatri al numero **800.178.090** o da telefono cellulare al numero **02.6416.1703**.

Attenzione:

- il modulo RID non dovrà essere presentato alla propria banca bensì trasmesso direttamente ad Equitalia Esatri S.p.A.;
- l'iscritto che aderirà al servizio di domiciliazione bancaria non dovrà pagare alcuna rata compresa quella con scadenza 30 aprile. I contributi saranno automaticamente addebitati in conto corrente alla scadenza delle rate previste o in unica soluzione. Per il servizio offerto, la commissione richiesta è di euro 2,07 per ogni addebito;
- a coloro che hanno aderito al servizio di domiciliazione bancaria nel 2009, Equitalia Esatri S.p.A. invierà, in tempo utile per gli adempimenti fiscali, un riepilogo dei versamenti effettuati.

Da quest'anno sarà attivato, in via sperimentale, un nuovo servizio per gli utenti registrati presso il portale

www.enpam.it. Tali iscritti, accedendo all'Area riservata, potranno reperire direttamente un duplicato della certificazione dei pagamenti effettuati mediante RID.

Duplicato CUD

- **Per ricevere il duplicato del CUD all'indirizzo di residenza risultante negli archivi** è sufficiente una semplice richiesta telefonica al numero 06.4829.4829.
- **Per ricevere il duplicato CUD ad un indirizzo diverso da quello di residenza o tramite fax** allegare all'istanza copia di un documento di identità valido del pensionato. L'istanza deve essere inoltrata al Servizio Prestazioni del Fondo Generale anche tramite fax al numero 06.48.294.923 completa di dati anagrafici, indirizzo e recapiti telefonici.

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

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

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

Unitamente al modello CUD è stato trasmesso, soltanto per i pensionati che già lo scorso anno fruiro di detrazioni per familiari a carico, il **modulo per rinnovare la richiesta di applicazione delle predette detrazioni anche per il corrente anno 2010**. Tale modulo deve essere sottoscritto, compilato in carattere stampatello e restituito entro il termine del **31 maggio 2010** utilizzando l'apposita busta indirizzata a Fondazione E.N.P.A.M., Casella postale n. 2475, Ag. RM 158, via Marsala n. 39, 00185 Roma.

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

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

