

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

1861-2011



Il Tricolore sventola per celebrare i 150 anni dell'Unità d'Italia che sono stati ricordati il 17 marzo 2011 in tutte le città italiane. Eolo Parodi commemora questa data con un articolo di fondo dedicato alla lunga storia, a volte travagliata, della nostra sanità

PRESIDENTE
150 anni
di Sanità italiana

1

COMUNICAZIONE
Parola d'ordine:
semplificare

2

ADEPP
Le Casse privatizzate
esistono!

3

periodico

DCOER0953 Omologato

Posteitaliane

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

in questo numero

- 1 150 anni di Sanità italiana
- 2 La parola d'ordine è semplificare
- 3 Le Casse private esistono!
- 4 Il punto sul nostro patrimonio
- 5-6 Riscossione Quota A 2011
- 7 Pensione di invalidità per i medici Asl
- 8 Doppio calcolo della pensione
- 9 Notizie
- 10-11 Progetto giovani
- 12-13 L'intervista/1: tumore del pancreas
- 14-15 L'intervista/2: risonanza cardiaca
- 16-17 L'intervista/3: sclerosi multipla
- 18 Emergenze, il colera
- 19 PSA, Pca3 e biopsia prostatica
- 20-21 Un robot contro il tumore della prostata
- 22-23 Informatica e professione medica
- 24-25 Rorschach, valutazione disturbi psichici
- 26-27 Stress e fatica sul lavoro
- 28-29 Sempre più profughi da curare
- 30-31 Medici senza frontiere in Libia
- 32 Federspev
- 33-37 Congressi, convegni, corsi
- 38-39 L'importanza di una dieta appropriata
- 40 Narcisismo patologico
- 41 Accadde a... Aprile
- 42-45 Recensioni libri
- 46 Alle stampe il volume "Medici nella storia"
- 47 Le vetrine di Marc Chagall
- 48-49 A tu per tu con... Alberto Angela
- 50 Medici e sport: la maratona
- 51 Vita degli Ordini
- 52-53 Viaggi, la Scozia
- 54 Mostre ed esposizioni in Italia
- 55 Schumann, un compositore tante patologie
- 56 Musica, Leonard Cohen
- 57 Cinema, i pericoli sul set
- 58-59 Astri, contrasti e "buchi neri" della ragione
- 60-61 Lettere al Presidente
- 62 Filatelia
- 63 L'avvocato
- 64 Bambole di stoffa per salvare i bambini

Il Giornale della Previdenza, al suo sedicesimo anno di vita, ha raggiunto la sbalorditiva tiratura di 448mila 756 copie a numero per dieci uscite annue. Inutile sottolineare come questa cifra renda il nostro periodico quello con la maggiore diffusione non solo nell'area medica. Gran parte del merito, oltretutto naturalmente alle lettrici e ai lettori, va alla redazione, alle decine di qualificati collaboratori, ai funzionari dell'Enpam, ai grafici ed alla dirigenza e ai tipografi della Coptip Industrie Grafiche di Modena. Naturalmente è previsto un ulteriore potenziamento con il lancio di notiziari per rubriche telematiche. Il giornale viene regolarmente spedito alle istituzioni, ad Enti pubblici e privati ed ai più qualificati responsabili della comunicazione nazionale.

G. Gris

È giunta l'ora del 5xmille

Può sembrare una vera litania questo ennesimo intervento sul **5xmille**. Nella prossima dichiarazione dei redditi, infatti, sarà sufficiente firmare e scrivere (nell'apposito riquadro che è titolato: "sostegno del volontariato e delle altre organizzazioni non lucrative di utilità sociale...") la seguente dichiarazione: Fondazione Enpam 80015110580.

Non elenchiamo tutti i problemi che abbiamo di fronte che meritano il nostro immediato interesse che, in parte, fanno riferimento ad un "Progetto giovani" che dovrà cautelare, cercare di aiutare a risolvere i tanti problemi che i giovani incontrano nella professione. Dall'altra c'è il fenomeno, sostanzialmente di tutti, che riguarda una maggiore possibilità di intervento sull'assistenza. Pochi si ricordano che Enpam significa Ente nazionale di previdenza e assistenza dei medici e degli odontoiatri. In po-

che parole, dobbiamo cercare di tutelare l'età post lavorativa con i tanti problemi che questa pone. Per fare ciò non possiamo utilizzare altri aiuti se non quelli derivanti proprio dal 5xmille. Il rendiconto del 2009 (su questo tema) ha evidenziato che noi abbiamo avuto da parte di soli 3206 medici un importo di 296mila euro: ci chiediamo se avessero partecipato 36mila medici od odontoiatri? O addirittura in 360mila? Ricordando che questo 5xmille rappresenta un'occasione unica per la nostra categoria che non può trovare diverse soluzioni se non all'interno di altri Enti beneficiari. Solo il 5xmille potrà intervenire nei progetti che abbiamo e che riguardano tutti coloro che necessitano di assistenza. Potremo costruire una solidarietà che dovrà rendere orgogliosi tutti noi che vogliamo aiutare e, se in un domani fosse necessario, essere aiutati. •

150 anni di Sanità italiana



di Eolo Parodi

È stato un cammino difficile, pieno di sorprese, spesso conflittuale. Il tutto però ha fatto sì che da quella legge, la 833, che ha dato origine al Servizio sanitario nazionale sia iniziata la corsa in salita che, tutti insieme, abbiamo ben condotto e che ha portato ad ottenere un livello di tutela della salute che è tra i più importanti, i più efficaci del mondo e, nonostante i vari malesseri italiani, efficiente ed all'altezza della situazione. In questa occasione, però, voglio toccare due punti sui quali ragionare e pensare. Il primo è che siamo di fronte a rivoluzioni all'interno di Stati che sembrava non avrebbero dato problemi. Ma oggi tali situazioni ci fanno pensare che tutto accada per la necessità che abbiamo di ottenere grandi quantità di petrolio che

spesso sgorga nelle zone dei conflitti.

Pochi si sono accorti che dietro questi problemi ideologici o di potere, si nascondono pericolose ricadute sanitarie. Siamo di fronte a flussi migratori che porteranno in Italia e in Europa un ritorno massivo di malattie che pensavamo di avere sconfitto: malaria, tubercolosi, malattie infettive, etc. Perciò stiamo riproponendo alle autorità nazionali ed europee di rendere attivo quel "passaporto sanitario" che realizzammo e che venne approvato all'unanimità dal Parlamento Europeo. Accogliere donne, uomini e bambini che fuggono dai loro Paesi d'origine è un dovere morale, ma un grosso problema specie dal punto di vista sanitario. Passiamo ora a un altro punto relativo al futuro della professione: concedere più potere agli Ordini provinciali o alla Federazione nazionale per dare una scossa legislativa che riconosca non soltanto i doveri, ma anche i diritti del personale sanitario. Dobbiamo trovare il sistema - e questa è una grande scommessa - di coniugare il bene della gente con le nostre condizioni di lavoro sempre più soggette a giudizi che troppo spesso si condensano nella colpevolizzazione del medico. Fateci assumere questa conflittualità al no-



stro interno e noi potremo mostrare atteggiamenti risolutivi. Non si può incutere paura al medico e al personale che si espone sempre più di fronte a casi difficili. L'atto medico è un atto di coraggio: se diventasse un momento di sola paura, potrei augurare buona salute a tutti. Insieme alla nostra gente possiamo proporre soluzioni e controlli. Però il nostro personale non è più disponibile ad essere accusato di azioni che discendono da una ossessiva presenza partitica, da un sistema burocratico opprimente, dalla negazione della meritocrazia, pervaso soltanto da conflitti di interesse. Noi siamo dispo-

nibili e potremmo essere presenti in modo che la Fnomceo possa garantire un contributo decisivo per risolvere i problemi. E' terribile dire questo nel momento in cui il nostro SSN è preso ad esempio e, nonostante le critiche e i continui mugugni, funziona meglio di tanti altri. Forse a questo punto bisogna pregare ed augurarci che si verifichi un momento solenne con l'incontro tra il medico ed il paziente per cancellare la paura. Come sempre, valga l'augurio che quando medico e paziente sono di fronte nei momenti terribili delle decisioni di vita o morte, un pizzico di Dio scenda sulle spalle dei nostri medici. •



di Alberto Olivetti (*)

Spesso ci lamentiamo perché i medici e i dentisti sono un pubblico difficile: un pubblico poco interessato ai problemi della previdenza e qualche volta perfino diffidente nei confronti dell'Enpam.

Nell'era dell'informazione è diventato quasi un luogo comune: sfiducia e disinteresse si possono vincere con una comunicazione efficace, una comunicazione che riesce ad arrivare al destinatario.

Dirlo è più facile che farlo nel concreto; non per mancanza di convinzione ma per altre ragioni.

Semplificare è una buona idea e una necessità

Le soluzioni più semplici, infatti, sono quelle più difficili da trovare e da realizzare, perché tendiamo a non vederle o a non dare loro il giusto valore. Proprio perché semplici.

Eppure – lo diceva Einstein – la maggior parte delle idee fondamentali della scienza sono essenzialmente semplici.

E allora se i nostri iscritti leggono con scarso interesse le informazioni che li riguardano, chiediamoci, una volta per tutte, cos'è che non va nel nostro modo di scrivere. Per trovare la risposta a questa domanda dobbiamo rovesciare il nostro punto di vista: partire da chi i nostri testi li legge. E mi riferisco non solo ai testi che informano, ma anche a quelli che ci raccontano, e quindi lettere, email, testi e avvisi su

Internet, regolamenti, la comunicazione istituzionale in generale.

Che cosa vogliono i nostri iscritti quando ci leggono?

Ridurre i tempi di lettura e quindi testi più sintetici e più chiari.

Individuare immediatamente **le informazioni** più importanti.

Capire subito e chiaramente **cosa** devono **fare** e quando.

Non dover telefonare per farsi spiegare quello che leggono.

Vogliono cioè che i nostri documenti siano semplici e chiari. Ma lo sono veramente, semplici e chiari?

Le organizzazioni e la pubblica amministrazione usano spesso una lingua troppo distante dal modo in cui si parla normalmente nella quotidianità, anche tra le

persone più colte. E allora se vogliamo che la nostra comunicazione sia efficace, dobbiamo colmare questa distanza cambiando radicalmente il nostro modo di scrivere.

La leggibilità dei testi può essere misurata con strumenti di calcolo matematici, ma possiamo intuitivamente rappresentarci il grado di comprensibilità di un documento sulla base del tempo che un iscritto impiega per capirne il contenuto.

La necessità di dover studiare un testo, piuttosto che leggerlo, porta al rifiuto di leggere.

Semplificare i testi, allora, deve diventare per noi una buona pratica. L'unica possibile. •

(*) Vice presidente vicario Enpam



LA TRAGEDIA GIAPPONESE

Migliaia di cadaveri, i corpi dilaniati che i giapponesi e il Mondo avevano sperato di non dover mai più vedere. Affiorano sulle spiagge nipponiche trasformate in deserti sporchi e tra i flutti ritirati dalla risacca. Ogni insenatura nasconde file e cumuli di cadaveri abbandonati dalla corrente. Sulla superficie del Pacifico, lungo una fascia di un chilometro dalla terra ferma a Otsuchicho un numero non calcolabile di morti che galleggiano tra barche sfasciate e piante spezzate. I pescatori sopravvissuti li recuperano con le reti. Li issano a bordo con le braccia, gonfie e blu e molti riconoscono da brandelli di indumenti i familiari perduti. Abbiamo preso questa località ad esempio del terremoto e del conseguente Tsunami che hanno semidistrutto una parte del Giappone. Come

se non bastasse ci sono state le esplosioni improvvise nelle centrali nucleari con conseguente nubi che offuscano il cielo. Due testimonianze. Una donna: "Mentre salivo sull'auto per correre in soccorso dei miei genitori li ho visti sparire lentamente inghiottiti dalla marea di fango". L'altra, di un soldato: "Due bambini si sono lanciati l'uno verso l'altro per aiutarsi a vicenda. E' stato un attimo. Sono scomparsi".



di Giampiero Malagnino (*)

Ricordiamo tutti la crisi del 1992/93 che portò il paese Italia ad un passo dal default! Ci fu una finanziaria da 100.000.000.000 di lire (centomila miliardi, 50 miliardi di euro) che consentì un parziale e momentaneo recupero dell'equilibrio dei conti pubblici. Di quell'epoca è stato il "prestito forzoso" che costrinse le Casse dei professionisti a mettere a disposizione dello Stato la propria liquidità. Di quegli anni è la decisione del Governo, fatta propria dal Parlamento, di dare la possibilità alle "ricche" Casse previdenziali dei professionisti di privatizzarsi. Con il decreto legislativo 509 del 1994, infatti, il legislatore dell'epoca volle coniugare l'autonomia privata degli enti "privatizzati" e la natura pubblica della loro attività, addirittura di rango costituzionale: la previdenza. In pratica, si decise che le professioni potevano autonomamente gestire i propri risparmi previdenziali, ma "...non sono consentiti finanziamenti pubblici diretti o indiretti..." (art. 1, comma 3). Questo significa che in caso di "fallimento" di una Cassa dei professionisti lo Stato non interverrebbe a salvarle, mentre nel caso degli enti previdenziali pubblici (Inps, Inpdap ecc.), interviene ogni anno grazie alla fiscalità generale (quindi anche con le tasse pagate dai professionisti e dai loro enti previdenziali: l'Enpam paga più di 60 milioni di euro l'anno di tasse!). In cambio dell'"autonomia gestionale, organizzativa e contabile" (art. 2, comma 1) gli enti sono sottoposti alla vigilanza del Ministero dell'Economia e delle Finanze, del Ministero del Welfare e, l'Enpam, da quello della Salute (tutti e tre hanno il diritto di nominare un consigliere di amministrazione, i primi due anche un revisore dei conti che, nel caso del revisore nominato dal Welfare, ricopre la carica di presidente del collegio). Inoltre le delibere più impegnative sono sottoposte all'autorizzazione dei ministeri vigilanti. La Corte dei Conti controlla ogni anno i nostri bilanci. Abbiamo lavorato così fino al 2004, quando la legge finanziaria del 2005 (legge 331/2004, art. 1 comma 5 titolato *Limite all'incremento delle spese delle pubbliche amministrazioni*) prevede che "Al fine di assicurare il conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica stabiliti in sede di Unione Europea, indicati nel documento di programmazione economico-finanziaria e nelle relative note di aggiornamento, per il triennio 2005-2007 la spesa complessiva delle amministrazioni pubbliche inserite nel conto economico consolidato, individuate per l'anno 2005 nell'elenco 1 allegato alla presente legge e per gli anni successivi dall'Istat con proprio provvedimento... non può superare il limite del 2%...".

Nell'elenco 1, elaborato dal legislatore le Casse dei professionisti non sono nominate, ma nell'elenco elaborato dall'Istat per l'anno 2006 vi compaiono miracolosamente, sostenendo che il regolamento comunitario n. 2223 del 1996 (sic!), *Regolamento del Consiglio relativo al sistema europeo dei conti nazionali e regionali delle Comunità*, prevede che le Casse di previdenza concorrono al bilancio pubblico! Peccato che non tenga conto del fatto che in Italia esistono delle Casse private. Ma nessuno glielo ha detto e, soprattutto, nessuno (ovviamente dello Stato italiano) glielo vuole ufficialmente dire!

L'Adepp e tutte le Casse, conscie del pericolo legato a questo inserimento, ricorrono al Tar Lazio che riconosce completamente le loro ragioni e le cancella dall'elenco. I ministeri e l'Istat ricorrono, d'urgenza, al Consiglio di Stato sostenendo che l'Istat sta per rifare l'elenco per il 2008 e lo farà rispettando le indicazioni della UE, ma anche quelle del Tar. Il Consiglio di Stato sospende la sentenza del Tar sostenendo che comunque non ci sono danni per le Casse, poiché l'elenco ha solo *fini statistiche*! Peccato che leggi successive, richiamando all'elenco Istat, pongano ulteriori, e non statistici, doveri ai nominati in quell'elenco. Sto scrivendo alla vigilia del convegno organizzato dall'Adepp cui parteciperanno il Ministro dell'Economia e quello del Welfare, voluto soprattutto per chiarire se i principi che hanno ispirato la 509/94 sono ancora validi oltre che per noi, anche per le istituzioni italiane e se sì, come ci stanno dicendo tranquillizzandoci, come possiamo superare questa ...*incomprensione*. Chiamiamola, per il momento, così! •

(*) vice presidente Enpam, vice presidente vicario Adepp

Previdenza 3 - 2011

Al via la dismissione degli immobili residenziali

L'Enpam sta avviando un piano di dismissione degli immobili di sua proprietà che riguarda 5mila abitazioni nel Lazio e in Toscana. 4500 a Roma, 140 a Latina, 200 a Pisa e 32 a Firenze. I prezzi di vendita delle singole unità immobiliari saranno stabiliti dal nostro Consiglio di amministrazione sulla base dei valori indicati dall'Agenzia del Territorio e applicando agli inquilini uno sconto la cui percentuale non è stata ancora determinata. Naturalmente l'Ente terrà in grande conto la situazione e gli interessi degli inquilini e per questo concorderà il percorso di dismissioni con le varie associazioni rappresentative. Sia chiaro che ai locatari verrà innanzitutto garantito il diritto alla prelazione. La Fondazione Enpam ha de-

ciso di iniziare la dismissione nel corso di questo 2011; entro fine anno, nella capitale, è prevista la vendita di immobili residenziali per circa 80 milioni di euro. Il patrimonio immobiliare a Roma è stato valutato, sempre dall'Autorità del Territorio, per un valore di 1260 miliardi di euro.

Nel 2012 è prevista la vendita di altri immobili per circa 400 miliardi di euro. Si conta di arrivare alla stessa cifra nel 2013. Secondo la tabella di marcia deliberata, le restanti operazioni di dismissione avverranno dopo il 2013. Finora, è bene ricordarlo, non è stato deciso quali saranno gli immobili che verranno messi in vendita nei prossimi tre anni. Il piano dell'Enpam rimane quindi potenziale. Non è detto, infatti, che tutti questi im-

mobili vengano effettivamente venduti. Le ragioni per una mancata cessione possono essere molteplici: Il Consiglio di amministrazione, ad esempio, potrebbe decidere di non procedere ad alcune vendite o si potrebbe registrare il caso che gli inquilini non si dimostrassero interessati all'acquisto della casa. Questo va detto perché la Fondazione intende vendere in ogni immobile tutti gli appartamenti al completo. A Pisa, Firenze e Latina la situazione è diversa. La dismissione di quegli immobili fu avviata anni fa (2006/2008), ma allora fu impossibile raggiungere un accordo con le persone che vi abitavano. Oggi la situazione è cambiata; l'Enpam attende che siano gli inquilini a presentare offerte di acquisto; la base di trattativa è il va-

lore attribuito dall'advisor (Colliers): circa 70 milioni di euro. Anche in questo caso la Fondazione intende vendere tutti gli appartamenti dei singoli stabili.

L'Enpam ha deciso di vendere gli immobili residenziali. I motivi sono diversi: perché ci sono ambiti di investimento più redditizi come gli uffici, perché il settore residenziale ha costi gestionali troppo alti (derivanti anche dal fatto che si devono intrattenere relazioni con migliaia di interlocutori). La Fondazione, è bene ricordarlo, è un Ente previdenziale che ha come obiettivo quello di garantire pensione e assistenza agli iscritti. Per arrivare a questo traguardo bisogna mettere a reddito i contributi incassati e far sì che gli investimenti rispecchino le scadenze degli obblighi che ci siamo assunti come il pagamento delle pensioni in date precise e il rispetto degli equilibri attuariali fissati dalla legge.

Appare logico ed opportuno che il consistente patrimonio accumulato negli anni venga gestito con sempre maggiore dinamicità. La componente immobiliare, in futuro, verrà gestita facendo ricorso allo strumento dei Fondi anche per via dei vantaggi fiscali privilegiando, come detto prima, l'investimento nei settori uffici-commerciale e, in previsione, anche in quello professionale. •



Riscossione contributo

“Quota A” 2011

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 2011 sono i seguenti:

- **€ 188,82** annui (euro 15,74 mensili) per tutti gli iscritti fino al compimento del 30° anno di età;
- **€ 366,52** annui (euro 30,54 mensili) per tutti gli iscritti dal compimento del 30° anno di età fino al compimento del 35° anno di età;
- **€ 687,82** annui (euro 57,32 mensili) per tutti gli iscritti dal compimento del 35° anno di età fino al compimento del 40° anno di età;
- **€ 1.270,26** annui (euro 105,86 mensili) per tutti gli iscritti dal compimento del 40° anno di

età fino al compimento del 65° anno di età.

– **€ 687,82** annui (euro 57,32 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.

Tale contribuzione, sin dal primo giorno di iscrizione all'Enpam, garantisce - nella malaugurata eventualità di una inabilità assoluta e permanente all'esercizio della professione - l'erogazione di un trattamento pensionistico complessivo minimo pari, per l'anno 2011 a **€ 14.088,69**. Anche in caso di premorienza le quote minime di pen-

sione spettanti al nucleo superstite sono calcolate sulla base di tale importo, indipendentemente da quanto effettivamente versato a titolo di contribuzione.

Oltre alle somme sopra elencate, tutti gli iscritti sono tenuti a corrispondere un contributo annuo di **€ 45,50** (€ 3,79 mensili) per la copertura dell'oner derivante dalle indennità di maternità, aborto, adozione e affidamento preadottivo erogate dall'Enpam.

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

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 2011), 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

(segue a pag. 6)

mediante il servizio TAX-TEL:

- 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 predetto 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 ra-



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

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

servizio è pari al 1% dell'importo pagato;

- mediante **Bancomat** presso tutti gli sportelli Bancomat abilitati (funzione Bonifici/Pagamenti) indicando il numero di RAV;

- tramite **Internet Banking** di Intesa Sanpaolo, Banca Mediolanum, IW Bank (per i loro correntisti) e di tutte le banche che offrono tale servizio;

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

- presso le **tabaccherie** aderenti alla F.I.T. al costo di € 1,80 (importo massimo per operazione € 1.500,00);

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

za alcun costo aggiuntivo.

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

Sul retro della sezione di versamento dei bollettini RAV è all'uopo indicata la descrizione "Trib. 539 Previdenza Enpam 2011". 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 Servizio contributi e attività ispettiva*

Pensione di invalidità anche per i medici delle Asl

di Claudio Testuzza

I medici dipendenti dalle aziende sanitarie iscritti all'Inpdap, nella Cassa pensioni dei sanitari, possono chiedere di essere collocati a riposo a seguito di accertamento dello stato di salute se viene loro riscontrata una delle seguenti condizioni: inabilità assoluta e permanente a qualsiasi proficuo lavoro, ovvero inabilità assoluta e permanente alle mansioni svolte, comprovate da visita medico-collegiale sostenuta presso la speciale commissione medica dell'Asl. Il medico che cessa dal servizio per inabilità al lavoro consegue, indipendentemente dall'età anagrafica, il diritto al trattamento di pensione se ha maturato almeno 14 anni, 11 mesi e 16 giorni di servizio utile nel caso richieda il collocamento a riposo per **inabilità assoluta e permanente a qualsiasi pro-**

ficuo lavoro; ovvero 19 anni, 11 mesi e 16 giorni di servizio utile, in caso di domanda per il collocamento a riposo per **inabilità assoluta e permanente alle mansioni svolte.** La domanda va presentata alla sede Inpdap competente per territorio. La documentazione da produrre comprende il modulo di domanda per la pensione di inabilità; il verbale di visita medico-collegiale attestante lo status d'inabilità assoluta e permanente a qualsiasi proficuo lavoro, o di inabilità alle mansioni svolte; la delibera di collocamento a riposo per inabilità. La visita medico-collegiale deve essere richiesta entro un anno dalla cessazione nel caso di inabilità assoluta e permanente a qualsiasi proficuo lavoro (articolo 7 legge 379 del 1955). Per le pensioni d'inabilità, l'erogazione del trattamento decorre dal giorno

successivo alla dispensa dal servizio. Ricordiamo che la prestazione è vitalizia e cessa, quindi, con la morte del pensionato. I sanitari collocati in pensione a causa di uno di questi due tipi di inabilità potranno svolgere attività libero professionale ma non da dipendente. Sono, comunque, soggetti al divieto di cumulo parziale (sino al 30 % del trattamento pensionistico) fra pensione e reddito da lavoro autonomo non essendo stata modificata tale restrizione neanche dalla legge n. 133, con cui dal 1° gennaio 2009 viene abolito il divieto di cumulo per i trattamenti pensionistici d'anzianità. La pensione diretta di inabilità, istituita a partire dal primo gennaio 1996, è, invece, un trattamento erogato a favore di chi cessa dal servizio per **inabilità assoluta e permanente a qualsiasi attività lavorativa**, che non dipenda pe-

rò da cause di servizio. Il trattamento di pensione è calcolato sulla base dell'anzianità contributiva maturata, aumentata di un ulteriore periodo compreso tra l'età alla cessazione dal servizio e il compimento del limite di età nel sistema retributivo (65 anni per gli uomini e 60 anni per le donne), oppure il compimento del sessantesimo anno di età nel sistema misto e contributivo. La concessione della pensione d'inabilità è subordinata al riconoscimento dello status di inabilità assoluta e permanente a svolgere qualsiasi attività lavorativa. Questo tipo di pensione è di conseguenza incompatibile con lo svolgimento di qualsiasi lavoro dipendente o autonomo, sia esso svolto in Italia o all'estero. Per chiedere la concessione della pensione di inabilità è necessario che l'iscritto abbia maturato un minimo di cinque anni di anzianità contributiva, di cui almeno tre nell'ultimo quinquennio. La facoltà di richiedere la pensione di inabilità è garantita solo all'interessato, mentre non hanno questa possibilità i suoi superstiti. La pensione di inabilità può diventare un trattamento indiretto o reversibile se la richiesta viene presentata dall'iscritto o dal pensionato prima del suo decesso. In questo caso gli organi competenti accertano in maniera postuma lo stato di inabilità del sanitario deceduto prima di conferire il trattamento di reversibilità ai superstiti. •

Le pensioni di inabilità

Inabilità assoluta e permanente alle mansioni svolte:

necessitano almeno 19 anni, 11 mesi e 16 giorni di servizio utile.

Inabilità assoluta e permanente a qualsiasi proficuo lavoro:

necessitano almeno 14 anni, 11 mesi e 16 giorni di servizio utile.

Inabilità assoluta e permanente a qualsiasi attività lavorativa:

necessitano cinque anni di anzianità contributiva, di cui almeno tre nell'ultimo quinquennio.

Dopo 40 anni, possibile un calcolo doppio

L'Inpdap, l'istituto previdenziale dei dipendenti pubblici, è intervenuta, in passato, sulla possibilità di modificare il sistema di calcolo della pensione per coloro che abbiano maturato almeno 40 anni di contribuzione. L'istituto ha interpretato la norma generale in modo che l'importo della pensione per i dipendenti che avessero al momento del pensionamento più di 40 anni di contributi possa essere determinato con due diversi sistemi di calcolo. La soluzione proposta è finalizzata per favorire al massimo la possibilità per gli iscritti di avere il più elevato importo di pensione. Tenendo conto che, per legge, la pensione può essere calcolata su un massimo di 40 anni di contributi e che gli anni di contribuzione ulteriori a questo limite sono perduti ai fini pensionistici, i due sistemi di calcolo si differenziano per i termini di riferimento temporale che vengono adottati. Nel primo sistema, fino ad ora utilizzato, il calcolo del trattamento prevedeva il riferimento dalla data di assunzione fino al raggiungimento del quarantesimo anno di servizio. Il nuovo sistema adottato pone, invece, che si prenda in considerazione l'anzianità consideran-



do l'ultimo giorno di servizio e procedendo a ritroso fino a raggiungere i 40 anni. La distinzione è stata approntata in quanto, alle condizioni retributive attuali, questo secondo sistema, con il quale si amplia il numero degli anni che fanno parte della cosiddetta Quota B, e cioè gli anni di contribuzione successivi al 31 dicembre

1992 e quindi della parte finale del servizio, in alcuni casi può essere più vantaggioso. Infatti mentre la Quota A, relativa agli anni maturati prima del 1993, è determinata solamente sulle voci fisse della retribuzione, la Quota B comprende anche i trattamenti accessori. Necessariamente va ricordato, però, che mentre la Quota B

si realizza sulla base della media degli stipendi degli ultimi dieci anni, la Quota A prende, invece, a riferimento lo stipendio in godimento al momento del pensionamento.

Non è quindi detto che dal ricalcolo derivi senz'altro un importo di pensione maggiore rispetto a quello calcolato con il primo sistema. Tuttavia, poiché gli uffici dell'istituto provvedono ad entrambi i calcoli, gli stessi, una volta messo a confronto il risultato dei due diversi meccanismi, mettono in pagamento la pensione economicamente più vantaggiosa per il pensionato. La nuova determinazione Inpdap si applica a tutti. Anche i pensionati andati in pensione prima del giugno 2008 possono chiedere il ricalcolo della pensione, applicando eventualmente il secondo sistema, entro i termini della prescrizione che è stabilita in dieci anni per i dipendenti degli enti locali e della sanità e di tre anni per i dipendenti dello Stato. •

C.Test

I due meccanismi di calcolo (dipendente con 45 anni di servizio assunto il 1°/1/1964 e a riposo il 31/12/2008)

- | | | |
|-----------|--|--|
| A) | Quota A di pensione dal 1964 al 1992 : 29 anni
Quota B di pensione dal 1993 al 2008 : 16 anni | <i>In questa ipotesi le aliquote di rendimento sono calcolate fino al 40° anno di contribuzione.</i> |
| B) | Quota A di pensione dal 1969 al 1992 : 24 anni
Quota B di pensione dal 1993 al 2008 : 16 anni | <i>In questa ipotesi le aliquote di rendimento sono bloccate all'ultimo giorno di servizio.</i> |

Quota A: riferita all'anzianità maturata fino al 31 dicembre 1992 si basa, per i dipendenti della sanità e degli enti locali, sullo stipendio dell'ultimo giorno.

Quota B: per l'anzianità maturata dal 1993 in poi viene presa a riferimento la retribuzione media degli ultimi 10 anni comprensiva dello stipendio e dei trattamenti accessori.

Medici in formazione e maternità

Per i medici specializzandi è previsto nel Contratto di Formazione Specialistica che “gli impedimenti temporanei superiori ai quaranta giorni lavorativi consecutivi per maternità, per la quale restano ferme le disposizioni previste dal D. Lgs. 151/2001 e malattia sospendono il periodo di formazione con obbligo per il medico in formazione specialistica di recupero delle assenze effettuate” e che “durante la sospensione per i predetti impedimenti al medico in formazione specialistica compete esclusivamente la parte fissa del trattamento economico, limitatamente ad un perio-

do di tempo complessivo massimo di un anno oltre quelli previsti dalla durata legale del corso”.

Pertanto alle specializzande per i cinque mesi di astensione obbligatoria (periodo poi da recuperare terminato il periodo di interdizione) compete la parte fissa della retribuzione prevista, pagata direttamente dall'Università.

Questa corresponsione economica è esente dall'imposta sul reddito delle persone fisiche, seguendo la sorte fiscale del reddito che sostituisce, che per espressa previsione contrattuale è appunto esente. Inoltre con l'interpello 64/2008 il ministero del

Lavoro dà delucidazioni sulle modalità di calcolo dell'indennità di maternità nelle previsioni del periodo di astensione obbligatoria e di astensione facoltativa e sul divieto di adibire al lavoro le specializzande dalle ore 24 alle ore 6, dall'accertamento dello stato di gravidanza fino al compimento di un anno di età del bambino. Differenti, invece, sono le previsioni per i medici del tirocinio pratico in medicina generale che possono assentarsi per brevi periodi per un massimo di trenta giorni mentre per assenze più lunghe quale quella per maternità (cinque mesi di astensione ob-

bligatoria) sono giustificati, ma con sospensione temporanea della borsa; ovviamente il medico dovrà poi recuperare questi periodi con la frequenza in ospedale e ai seminari, con ripresa della corresponsione economica, col corso successivo di tirocinio pratico.

Durante l'assenza dei cinque mesi di astensione obbligatoria per maternità l'indennità di maternità verrà corrisposta dall'Enpam previa domanda nei termini dovuti. •



Adozioni internazionali e congedo per la mamma

Non sono pochi i medici che adottano dei figli e spesso vengono fatte adozioni internazionali. La procedura prevede, come fase necessaria, un periodo di permanenza all'estero per l'incontro col minore e per gli adempimenti connessi alla procedura di adozione antecedentemente all'ingresso dello stesso in Italia. Tuttavia non sempre l'iter si conclude felicemente: nel

caso di interruzione della procedura adottiva, con conseguente rientro della lavoratrice senza il verificarsi dell'ingresso del minore in Italia, il relativo periodo di assenza fruito dalla dipendente per adempimenti correlati alla procedura adottiva può essere considerato come congedo di maternità.

Tenendo presente che l'art. 26, comma 3 del decreto legislativo n. 151/2001, co-

me modificato dall'art. 2, comma 452 della legge n. 244/2007, dispone che in caso di adozione internazionale, il congedo di maternità, per un periodo massimo di cinque mesi, può essere fruito dalla lavoratrice anche durante il periodo di permanenza all'estero necessario per l'incontro con il minore e per gli adempimenti connessi alla procedura di adozione, non essendo preso espres-

samente in considerazione l'ipotesi relativa all'eventuale interruzione della procedura di adozione internazionale in relazione al godimento del periodo di congedo durante la permanenza all'estero antecedentemente all'adozione, questo periodo può essere dunque computato come tale. Infatti il suo mancato riconoscimento, oltre che non essere giustificato da espresse disposizioni normative, sarebbe di ostacolo per gli aspiranti genitori alle procedure adottive, peraltro già molto impegnative. •

*Pagina a cura di
Marco Perelli Ercolini*

Emergenza formativa ed occupazionale per le nuove generazioni

a cura di
Gian Piero Ventura Mazzuca (*)

Inizia in questo numero una nuova rubrica, coordinata dal gruppo Progetto Giovani, un'iniziativa che ha tra i vari obiettivi anche quello di dare spazio a notizie ed informazioni provenienti dal mondo dei giovani medici e odontoiatri.

Il Gruppo, dal suo conto, vuole continuare a comunicare il ruolo e l'importanza di Enpam fin dai primi passi nel mondo del lavoro per aiutare a fare, da subito, le scelte utili alla costruzione di un futuro sereno. Progetto Giovani infatti, nonostante l'arrivo di numerose domande via mail, non si occupa di tematiche previdenziali (di cui già esistono diversi settori e molti colleghi a questo preposti, come leggibile anche nella penultima pagina del nostro giornale), bensì di costruire una comunicazione bidirezionale con le nuove generazioni.

In questo primo articolo, che ha avuto la dignità di una doppia pagina, ospitiamo due interventi, entrambi riguardanti l'emergenza formativa ed occupazionale.

Andrea Silenzi, Dipartimento specializzandi Se-

gretariato italiano giovani medici e **Antonio Carnì**, componente dell'Osservatorio nazionale della formazione medico specialistica designato dal SIGM stesso ci scrivono:

“La II Conferenza nazionale della professione medica ha dichiarato lo stato di *emergenza formativa ed occupazionale* per le giovani generazioni di medici. Infatti, la non ottimale programmazione del fabbisogno di professionalità mediche e specialistiche, fondata sulle capacità formative delle singole Università, o peggio sul dato storico, è alla base del fenomeno denominato “Gobba demografica”: nella coorte di età compresa tra i 51 ed i 59 anni insiste circa il 38 per cento dei medici in attività. Si stima, pertanto, una dotazione di professionalità mediche insufficiente a sopperire al turn over di medici che, in un decennio, interesserà il

48 per cento degli occupati nel SSN e nelle università, il 62 per cento dei medici di medicina generale, il 58 per cento dei pediatri di libera scelta ed il 55 per cento degli specialisti convenzionati (Fnomceo, 2010). Si sta ricorrendo, dunque, all'ampliamento dell'offerta formativa (Bozza PSN 2011-2013): aumento del contingente dei posti per le Facoltà mediche ed implementazione dei contratti da destinare alle scuole di specializzazione, dando priorità alle tipologie carenti: anestesia, geriatria, pediatria, radiologia, igiene, ecc. Un discorso a parte merita la Chirurgia che, come dimostra il trend crescente del numero di posti di specializzazione vacanti, ha perduto il tradizionale appeal.

Le origini di siffatto stato delle cose, a loro volta, possono essere ricondotte ad un'altra emergenza, no-

ta come fenomeno della “plethora medica”, ovvero un sovraffollamento di medici ascrivibile ad un accesso incontrollato a Medicina che ha caratterizzato gli anni '80 e che ha prodotto instabilità occupazionale. Le risposte a tale fenomeno, quali l'introduzione dell'accesso programmato alle facoltà mediche, l'istituzione delle scuole di specializzazione di area sanitaria e del corso specifico di medicina generale, anch'essi a numero programmato, hanno spostato troppo in avanti il tempo medio di accesso alla professione, pari a 12 anni.

In sintesi, si è passati da un eccesso all'altro. “Occorre superare tale ciclico stato emergenziale, - afferma **Walter Mazzucco**, presidente nazionale del SIGM - attraverso l'adozione a regime di un approccio di sistema, fondato su pianificazione e governance del-



Scelte utili alla costruzione di un futuro sereno

la professione medica”.

Si impone, dunque, una riorganizzazione dell'attuale assetto formativo, nel senso della messa a sistema del pre e post lauream. La rivisitazione del modello assistenziale ospedale-centrico a favore di quello integrato ospedale-territorio dovrebbe trovare un corrispettivo nel percorso formativo-professionalizzante, tanto per il corso di Laurea in Medicina, ad elevato apporto nozionistico e non sufficientemente professionalizzante, quanto per le scuole di specializzazione: ampliamento della rete formativa ai nuovi modelli di assistenza sul territorio (Unità complesse delle cure primarie, Presidi territoriali assistenziali e delle emergenze, ecc.) e, con particolare riferimento alla chirurgia, alle strutture ospedaliere qualificate da elevate o peculiari caratteristiche assistenziali e professionalizzanti.

Inoltre, la disponibilità in tempo reale del dato epidemiologico e socio-demografico, unitamente al-

la possibilità di prevedere gli scenari di salute futuri, impongono una programmazione del fabbisogno di professionalità mediche che sia funzione del bisogno di salute espresso dalla popolazione, con particolare attenzione al territorio che offrirà importanti sbocchi occupazionali. Infine, i Giovani Medici sono a favore dell'adozione di una graduatoria unica su base nazionale e di criteri di valutazione più oggettivi ai fini dell'accesso alle scuole di specializzazione, purché tale approccio più meritocratico venga programmato per tempo e sia adeguatamente sostenuto da strumenti necessari ad eliminare le differenze di reddito ed a valorizzare i soggetti più motivati e capaci, oggi allentati da ben più stimolanti percorsi professionali all'estero.”

Il secondo contributo proviene invece dalla presidenza di FederSpecializzandi, da **Cristiano Alicino** e da **Alessandro Bonsignore**:

“Ormai da qualche anno si sente ciclicamente invocare da più parti (Istituzioni, società scientifiche e, soprattutto, medici in formazione specialistica) la necessità di riformare le modalità di svolgimento del concorso di accesso alle Scuole di specializzazione medica.

Attualmente l'esame di ammissione presenta, infatti, alcune importanti criticità:

- la modalità di svolgimento della seconda prova (stesura di un elaborato scritto su argomenti specifici della disciplina) lascia eccessiva discrezionalità alla commissione giudicatrice che, essendo istituita su base locale, ha ampi margini per favorire un candidato “conosciuto o preferito”;
- l'assegnazione dei punti per il curriculum universitario, non seguendo criteri uniformi ed oggettivi, lascia ulteriore possibilità di indirizzare la graduatoria a favore di un candidato piuttosto che di un altro.

Queste prospettive, insieme al fatto che le prove si svolgono contemporaneamente in tutta Italia, scoraggiano l'aspirante medico in formazione specialistica a muoversi sul territorio nazionale alla ricerca della Scuola migliore e, conseguentemente, diminuiscono la possibilità che, fra le diverse Scuole della stessa tipologia, si instauri una reale e positiva “concorrenza formativa”. Alla luce di queste problematiche, la Confederazione nazionale delle associazioni dei medici specializzandi (FederSpecializzandi) porta avanti, già da diverso tempo, la proposta di un concorso nazionale sulla falsariga dei modelli attualmente adottati, con alcune differenze, in Francia e Spagna:

- singola prova d'esame con la creazione di una graduatoria nazionale

omnicomprensiva oppure per tipologia di area specialistica (medica, chirurgica, dei servizi) o ancora per singola Scuola di specializzazione;

- la prova scritta potrebbe continuare a prevedere la soluzione di quesiti a risposta multipla tratti però da una bibliografia di riferimento definita annualmente, anziché da un pool di domande preordinate;
- l'impatto dei titoli conseguiti dovrebbe essere ridotto in modo da non sfavorire i candidati provenienti da sedi universitarie tradizionalmente più severe e quindi penalizzanti sul piano curriculare.

Una forte spinta comune della principale associazione che da voce ai medici in formazione specialistica (FederSpecializzandi) e di tutti gli *stakeholders* istituzionali ed associativi potrebbe finalmente innescare un processo di adeguamento normativo con l'obiettivo di implementare la promozione del merito e la qualità della formazione, ponendo così le basi per una futura classe medica d'eccellenza.”

Chiudiamo con un saluto a **Carla Fundoni**, organizzatrice di un bel convegno su Enpam e specializzandi svoltosi in marzo a Sassari che ha visto presente il vice presidente dell'Enpam Giampiero Malagnino.

Adesso aspettiamo altre notizie e contributi.

(*) progettogiovani@enpam.it

L'accesso incontrollato alle Facoltà di Medicina



Piero Chirletti, dal 2001 è Professore Ordinario di Chirurgia Generale nella "Sapienza" Università di Roma, direttore della UOC di Chirurgia Generale N nel Policlinico Umberto I di Roma.

Dall'anno accademico 2002-03 è direttore della Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale (indirizzo in Chirurgia d'Urgenza).

Autore di oltre 200 lavori scientifici editi su riviste italiane ed internazionali (Totale Impact Factor 110.66) e di sette libri su argomenti di Chirurgia generale e d'urgenza. Ha eseguito dal 1974 ad oggi oltre 9000 interventi chirurgici

Pancreas, dall'inoperabilità alle cellule staminali

di Carlo Ciocci

Chirurgia del tumore del pancreas: a che punto siamo?

Gli enormi passi avanti fatti dalla chirurgia rispetto al passato sono sotto gli occhi di tutti. Negli ultimi dieci anni le tecniche sono decisamente migliorate così come lo sono state anche le procedure assistenziali e la diagnostica e tutto ciò ha fatto sì che molti tumori del pancreas, che spesso venivano ritenuti non operabili, hanno cominciato ad essere affrontati con decisi miglioramenti nel ri-

sultato a distanza. E' noto a tutti che l'adenocarcinoma pancreatico è un tumore che non è in forte ascesa rispetto al passato, ma è certamente in incremento e questo si verifica per diversi fattori tra i quali quello alimentare e quello farmacologico. E' anche vero che a fronte di questo modesto aumento, non ha purtroppo fatto seguito un rapido incremento delle possibilità di diagnosticare precocemente tale tumore e questa peculiarità rimane ancora oggi la problematica più complessa da affrontare. Basti ricordare che circa la metà dei pazienti che giungono alla nostra osservazione, si presentano purtroppo come tumori avanzati. E' facile comprendere come nella chirurgia del pancreas, già di per sé complessa, trovarsi ad affrontare tumori in stato avanzato significa

avere spesso risultati non sempre favorevoli.

La chirurgia come unico rimedio?

La chirurgia, in questo campo, ha avuto e continua ad avere un ruolo principe. Si può senz'altro affermare che non esiste nessuna terapia, al di fuori della chirurgia, che possa fornire risultati di miglioramento. Quindi la chirurgia trova uno spazio ben preciso nella cura di questa neoplasia che purtroppo, già al momento della diagnosi, può prospettare una prognosi abbastanza infausta.

Le nuove tecniche operatorie danno risultati migliori?

Le tecniche operatorie sono cambiate rispetto al passato: si consideri che fino a dieci-quindici anni fa, la chirurgia del pancreas

veniva eseguita in pochissimi Centri dove i Chirurghi, malgrado si selezionassero in questa specialità, avevano risultati drammatici in termini di mortalità operatoria: oltre il 10/25 per cento dei casi. Oggi, nei Centri di riferimento la mortalità operatoria è compresa tra lo zero ed il 2 per cento rispetto al passato e quando dico "rispetto al passato" intendo solo dieci-quindici anni or sono. Tale miglioramento è dovuto fondamentalmente a tre elementi: il progressivo aumento del numero dei pazienti osservati e trattati fa acquisire al chirurgo una maggiore capacità tecnica soprattutto nella possibilità di risoluzione di eventuali complicanze intraoperatorie e quindi una riduzione della mortalità. Nel corso di interventi complessi, quali la Duodenopancreatectomia, può capitare un'evenienza che mette a dura prova le capacità di chi opera: qui si inserisce l'esperienza maturata. La capacità del chirurgo, da sola però, non è sufficiente: il secondo elemento si riferisce alla qualità ed all'ampia esperienza di tutta l'equipe chirurgica che partecipa all'intervento che contribuisce a ridurre l'incidenza delle complicanze gravi e quindi della mortalità. Faccio un esempio: una delle complicanze più gravi nel corso dell'intervento è rappresentata dalla emorragia da lacerazione del confluente mesenterico-portale. Ebbene, una

Circa la metà dei pazienti si presentano purtroppo con tumori avanzati

équipe affiatata è in grado di correggere e dominare questa complicanza con successo. Terzo elemento è la capacità di seguire adeguatamente questi pazienti nel post-operatorio. Come è noto, la complicanza più frequente, dopo un intervento di Duodenopancreatectomia è rappresentata dalla comparsa di una fistola pancreatica che, in media, si verifica nel 5-15 per cento dei casi; ebbene nel caso di un reparto che funzioni adeguatamente, perché ben formato a questo tipo di chirurgia, il problema può essere quasi sempre risolto con successo e con totale guarigione del paziente.

Perché un chirurgo generale finisce per occuparsi di pancreas?

Al chirurgo piacciono le sfide, ha sempre voglia di misurarsi con operazioni sempre più complesse con l'unico obiettivo di preservare la salute del paziente. Personalmente provengo dalla scuola del professor Pietro Valdoni e sono stato allievo del professor Vincenzo Stipa con il quale mi appassionai a questa branca della medicina; sono stato anche all'estero dove ho potuto approfondire le tecniche chirurgiche



fino a quando, parlo di circa dieci anni fa, con il professor Stipa abbiamo messo a punto una tecnica di ricostruzione dopo interventi di Duodenopancreatectomia. In quegli anni partecipavo alla stesura di un libro sulla chirurgia delle vie biliari del pancreas ed approfondendo l'argomento trovai descritta la tecnica di un chirurgo tedesco di Francoforte che utilizzava due anse intestinali piuttosto che una per la ricostruzione dopo Duodenopancreatectomia. La cosa era innovativa e decidemmo anche noi di adottare tale tecnica delle doppie anse, però invertendo l'ordine con cui lo faceva questo chirurgo che si chiamava Klempa. Mettevamo la prima ansa digiunale che residuava dopo la

resezione, sullo stomaco e non sul pancreas, come faceva lui. Fatto questo pubblicammo la nostra nuova tecnica e dal '96 ad oggi abbiamo sempre seguito tale metodica: personalmente ho trattato oltre cento casi di tumore della testa del pancreas tutti così ricostruiti.

Quale rapporto riuscite ad instaurare con i vostri pazienti?

I pazienti affetti da tumore del pancreas si rendono conto di avere una malattia grave, nella maggior parte dei casi infatti sono ben informati: d'altra parte va tenuto presente che il paziente arriva in genere dal chirurgo dopo una serie di traversie che hanno messo ben a fuoco il problema. Data questa pre-

messa posso dire che il paziente ed i suoi familiari confidano totalmente nel chirurgo perché intravedono nella sua opera la soluzione al principale problema della loro vita, proseguire il corso dell'esistenza. E' bene immaginare che si tratti per noi di una responsabilità enorme.

Tutto questo come impatta sul medico?

Personalmente ho nella mente i visi di tutte le persone che si sono rivolte a me, in particolare dei pazienti più giovani. Non ci si abitua a tutto, non possiamo essere così cinici, ma a noi che affrontiamo tali gravi problematiche basta un successo, uno solo, per avere nuova linfa per affrontare i nuovi e gravi casi.

Veniamo infine alla ricerca.

Recentemente, sempre nell'ambito del tumore del pancreas, abbiamo preparato un progetto di ricerca che intende studiare il ruolo delle cellule staminali in questa forma di tumore. Alle cellule staminali si fa ricorso per definire non solamente la storia e la capacità biologica dei tumori di essere aggressivi, ma anche per trovare una possibilità terapeutica.

Ci auguriamo che il ministero della Università e della Ricerca scientifica finanzia il progetto anche perché vi parteciperanno colleghi della "Sapienza" e dell'Istituto Superiore di Sanità che, in questo campo, rappresentano i vertici mondiali della ricerca. •

Qualità ed esperienza di tutta l'équipe chirurgica che partecipa all'intervento



Luciano Agati ha conseguito la specializzazione in Cardiologia presso l'Università di Roma, "La Sapienza". Dal 2000, sempre presso l'Ateneo romano, è professore della cattedra di Cardiologia (MED 11) presso il Dipartimento di Scienze cardiovascolari e respiratorie della Facoltà di Medicina. È dirigente responsabile dell'Unità operativa dipartimentale di Diagnostica cardiovascolare del Policlinico Umberto I di Roma

Risonanza magnetica cardiaca per migliorare la cura

di **Claudia Furlanetto**

“La risonanza magnetica cardiaca pur assumendo un ruolo sempre più importante nell'ambito delle diverse tecniche diagnostiche in cardiologia deve comunque essere considerata come uno strumento diagnostico di secondo livello, da impiegare solo se, dopo le indagini preliminari, esame clinico del paziente, elettrocardiogramma ed ecocardiogramma, il medico ha ancora dei dubbi” afferma il professor Luciano Agati responsabile della UOD Diagnostica Cardiovascolare non Invasiva, dell'Università “Sapienza” di Roma.

Come mai questa precisazione?

L'abuso di tecnologie, quali ad esempio la TAC multi-strato e la scintigrafia miocardica, crea sia un evidente problema economico sia “inutili allarmismi” oltre ad aumentare l'esposizione a radiazioni potenzialmente dan-

nose. Certo bisogna ricordare che la medicina difensiva gioca oggi un ruolo molto importante nelle scelte dei medici.

In che senso “inutili allarmismi”?

La scintigrafia miocardica se non eseguita correttamente e in centri specializzati spesso dà falsi positivi e la TC coronarica mostra spesso placche coronariche che, tengo a sottolineare, quasi tutti abbiamo, anche in giovane età. Causate da uno scorretto stile di vita, sono placche che non vanno trattate a meno che non divengano instabili o sintomatiche. Per questo suggerisco sempre ai miei studenti esami preliminari accurati e una attenta valutazione del rischio del paziente.

Quali sono le applicazioni della risonanza?

Molteplici. Dallo studio delle miocardiopatie alle miocarditi. Nel caso dell'infarto miocardico acuto, su cui i nostri studi si sono maggiormente concentrati, la ri-

sonanza, consentendo una visualizzazione ottimale dell'area infartuale, dell'area a rischio e dell'effettivo miocardio salvato, permette di stratificare il rischio di un paziente già nella fase acuta intraospedaliera.

Che ruolo riveste la risonanza nella cura del paziente infartuato?

In caso di un infarto ST sopraslivellato sappiamo di dover eseguire un'angioplastica primaria entro le prime ore dalla comparsa dei sintomi, mentre in caso di infarto ST sottoslivellato il tempo a disposizione è maggiore. Nel lungo periodo un'alta percentuale di pazienti sviluppa però un quadro di dilatazione e rimodellamento ventricolare con scompenso cardiaco tardivo. Quindi, mentre da un lato la mortalità intraospedaliera è ridotta – dal 10 per cento di dieci anni fa siamo passati al 5/6 – la percentuale di scompenso che si presenta a distanza di sei mesi/un anno è alta. Le cause sono molteplici:

ci: la prima è che la popolazione sta invecchiando e quindi siamo in presenza di una insufficienza cardiaca collegata all'età, la seconda è che proprio grazie agli studi che si sono compiuti con la risonanza ci si è resi conto che non sempre alla riapertura della coronaria corrisponde una buona riperfusione del territorio infartuato. La causa è il danno microvascolare.

Come si interviene?

In uno studio da noi effettuato recentemente (*Sardella et al. JACC 2009;53(4):309-15*) abbiamo potuto dimostrare l'importanza, in pazienti con infarto ST sopraslivellato, di aspirare il trombo prima di effettuare un'angioplastica coronarica proprio per ridurre il danno microvascolare. L'aspirazione elimina l'embolizzazione periferica prodotta dalla rottura del trombo, una delle cause del danno nel microcircolo. La risonanza con mezzo di contrasto ha dimostrato chiaramente che, in mancanza di questa procedura, il danno periferico sul miocardio è molto importante. L'insufficienza cardiaca tardiva è quindi strettamente correlata all'alterazione del microcircolo nella fase acuta. Ecco un tipico esempio di come si possa impiegare una tecnica diagnostica così avanzata come la risonanza per comprendere meglio il quadro clinico e migliorare la cura.

In quali altri modi siete riusciti ad impiegarla?

Abbiamo valutato, in uno studio multicentrico in collaborazione con l'Università di Leuven e l'Università

di Pisa, l'incidenza di ischemia del ventricolo destro in corso di infarto miocardico. In fase acuta abbiamo riscontrato edema del ventricolo destro spesso associato a *late enhancement*. In particolare, l'edema e il *late enhancement* sono stati riscontrati anche in pazienti con infarto miocardico anteriore. I dati hanno evidenziato come sia frequente un danno ischemico acuto del ventricolo destro in corso di infarto acuto ST sopraslivellato, che non è limitato al solo infarto in sede inferiore, anche se nella maggioranza dei pazienti tale danno è reversibile (Masci et al. *Circulation* 2010;122:1405-12). Questo spiega perché, nonostante si pensi di aver curato il paziente nel miglior modo possibile, si continuano ad avere segni di scompenso. Ed ancora: sempre in collaborazione con l'Università di Pisa e l'Università di Leuven, abbiamo osservato in uno studio che è in corso di stampa (Masci et al. *Eur Heart J*, in press), effet-

tuato sempre con la risonanza, che il determinante fondamentale del rimodellamento a sei mesi dall'infarto non è tanto la sede, sia essa anteriore o inferiore, quanto l'estensione dell'area di danno irreversibile.

Pensa che la risonanza magnetica cardiaca venga oggi utilizzata al massimo delle sue potenzialità?

Pur registrando un impiego sempre maggiore, non viene sfruttato del tutto il suo potenziale. È necessaria una più stretta collaborazione tra radiologi e cardiologi che, purtroppo, ad oggi spesso non si verifica. Qui al Policlinico Umberto I siamo riusciti a creare una forte sinergia tra il Dipartimento di Scienze radiologiche diretto dal professor Passariello ed il Dipartimento di Scienze cardiovascolari e respiratorie diretto dal professor Fedele. Gli esami vengono discussi collegialmente, riuscendo così ad ottimizzare le potenzialità dello strumento. Frutto di questa collaborazione è lo studio sui

tempi precoronarici, pubblicato nel 2009 dal *Journal of the American College of Cardiology* (Francone M et al. 2009;54(23): 2145-53), che molta eco ha ricevuto internazionalmente.

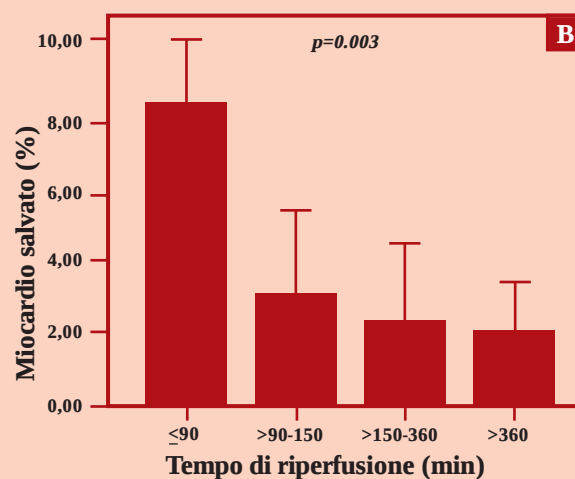
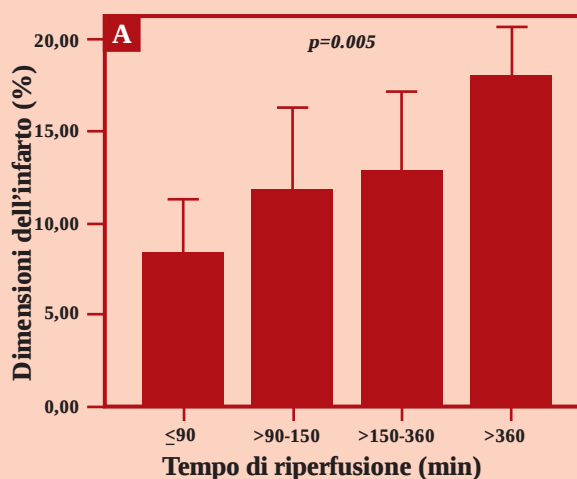
Quali novità sono emerse?

Sappiamo da tempo che in pazienti con infarto ST sopraslivellato, maggiore è il periodo che intercorre dall'occlusione della coronaria alla terapia riperfusiva, maggiore sarà la necrosi del tessuto miocardico: per questo è necessario effettuare un'angioplastica primaria in tempi brevi. Secondo le linee guida internazionali non si dovrebbero superare le tre/quattro ore. Grazie all'impiego della risonanza su un gruppo piuttosto vasto di pazienti sottoposto ad angioplastica primaria, lo studio da noi effettuato ha evidenziato come i tempi per salvare il miocardio siano in realtà molto più brevi, intorno ai 90 minuti. Mentre i pazienti trattati dopo tre ore dalla comparsa dei sintomi hanno sviluppato a sei mesi/un anno il rimodel-

lamento cardiaco, quelli trattati entro i 90 minuti non hanno presentato uno scompenso tardivo.

Dal punto di vista pratico è necessaria un'adeguata organizzazione della rete dell'emergenza che permetta una veloce identificazione dei pazienti candidati ad un trattamento riperfusivo e l'inizio del trattamento stesso il prima possibile. Quindi un reparto di emodinamica attivo 24 ore su 24 con personale medico, paramedico ed infermieristico specializzato: prendendo ad esempio un territorio come quello di Roma, è chiaro che se il paziente non riesce a raggiungere il centro di riferimento nei primi 90 minuti, deve essere sottoposto immediatamente a trombolisi nell'ospedale periferico, o in ambulanza, e poi ad angioplastica entro le 12 ore successive. Lo studio da noi condotto ha quindi sottolineato l'importanza di accorciare i tempi precoronarici riportati dalle linee guida internazionali. •

Tempo di riperfusione e parametri della risonanza magnetica cardiaca



I grafici mostrano l'influenza del tempo di riperfusione sulla dimensione dell'infarto (A) e sull'entità del miocardio salvato (B). (Francone M, et al. Impact of Primary Coronary Angioplasty Delay on Myocardial Salvage, Infarct Size, and Microvascular Damage in Patients With ST-Segment Elevation Myocardial Infarction. *J Am Coll Cardiol* 2009; 54 (23): 2145-53)



Giancarlo Comi, Professore ordinario di Neurologia, Direttore del Dipartimento Neurologico e dell'Istituto di Neurologia Sperimentale (INSPE), presso l'Istituto Scientifico Universitario San Raffaele di Milano. Si è laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli studi di Milano, specializzandosi successivamente in neurologia nel 1977.

È autore/co-autore di oltre 550 articoli pubblicati su riviste di rilevanza mondiale con un *Impact Factor* totale di 2610,231, nonché oltre 15 libri e circa 600 *abstract* scientifici. È membro di diversi comitati esecutivi di società scientifiche internazionali e nazionali, tra i quali quello della *American Academy of Clinical Neurophysiology*, della *European Neuro-*

logical Society. È stato Presidente della *European Neurological Society*, della Società Italiana di Neurofisiologia Clinica e della Società Italiana di Psicofisiologia. È Presidente-eletto della Società Italiana di Neurologia. È *Managing Editor* di *Topics in Neurosciences*, membro dell'*Editorial Board* di *Clinical Investigation*, *European Journal Neurology* e *Neurological Sciences*. È revisore di numerose riviste scientifiche nazionali e internazionali.

Sclerosi multipla, il nuovo *must* è il trattamento individualizzato

La sfida è riuscire a identificare fin da subito i sintomi e a trasmettere ai pazienti fiducia nei trattamenti. A tutto vantaggio della loro autonomia e della qualità di vita. “Abbiamo nuovi criteri di diagnosi e siamo alla vigilia di nuovi farmaci molto promettenti.

È cambiato l'obiettivo delle cure: prima era ridurre gli attacchi, ora è di non averne più”

di **Andrea Sermonti**

La Sclerosi multipla rappresenta la prima causa di invalidità di origine neurologica nel giovane adulto. Nel nostro Paese colpisce circa 60mila persone ogni anno ed è più frequente nelle donne rispetto agli uomini. Si manifesta prevalentemente fra i 20 e i 40 anni, ed è causata dalla distruzione del-

la mielina, la guaina che avvolge le fibre nervose che, funzionando da isolante elettrico, consente di migliorare ed aumentare la velocità di trasmissione degli impulsi nervosi. “È una malattia con importanti implicazioni sociali ed elevatissimi costi personali: per questo è necessario fare tutto il possibile per diagnosticarla e curarla precocemente – ci dice il pro-

fessor Giancarlo Comi – per questo dobbiamo bloccare l'evoluzione e impedire che distrugga altre parti del cervello.

Quali sono le cause della Sclerosi multipla?

Esiste certamente una predisposizione genetica. Lo prova il fatto che in un caso su tre, se uno dei due gemelli identici ha la Sclerosi multipla, anche l'altro

ce l'ha. Ma non è l'unico fattore a incidere sulla malattia. Secondo una ricerca di Francesca Alvisi, dell'Istituto superiore della sanità, la causa sarebbe il “virus del bacio”, che produrrebbe un'infezione tale da scatenare una risposta abnorme dell'organismo. Questi dati non sono stati confermati da altri laboratori ma è verosimile che il virus di Epstein Barr abbia un qualche ruolo nella patogenesi della malattia.

Quali sono le conseguenze più invalidanti della Sclerosi multipla, soprattutto nella forma recidivante-remittente?

Ogni attacco ha conseguenze immediate ma è ancor più pericoloso perché è la premessa per futuri effetti irreversibili a lungo termine. Nell'immediato, ogni attacco comporta limitazioni che possono durare anche mesi lasciando talvolta strascichi irreversibili sulla qualità di vita del paziente; perdere la vista ad un occhio, la capacità di camminare o l'equilibrio per settimane o mesi è un'esperienza drammatica nella vita di una persona. Va poi considerato che ogni attacco danneggia una parte di tessuto. E questo danno, anche se non si manifesta perché la persona ha un buon recupero soprattutto nelle fasi iniziali della malattia, riduce comunque la quantità di tessuto nervoso ed il susseguirsi di attacchi prima o poi oltrepassa la soglia di tollerabilità: la per-

È allo studio la correlazione tra Sclerosi multipla e insufficienza venosa cerebro-spinale cronica

sona non recupera più e comincia ad accumulare disabilità.

La Sclerosi multipla è un'area terapeutica nella quale è particolarmente pressante l'attesa di innovazioni terapeutiche: le opzioni finora disponibili non si sono dimostrate efficaci rispetto all'obiettivo di trattare in maniera adeguata la progressione della disabilità. Quali sono le linee di sviluppo attuali della ricerca?

In primo luogo il consolidamento del valore delle

nuove strategie basate sulle terapie orali. Altro aspetto d'interesse è rappresentato dal concetto di trattamento individualizzato: oggi disponiamo di farmaci con diversa potenza e diversi profili di sicurezza e possiamo quindi adattare le terapie alle condizioni specifiche di ogni paziente in un determinato momento. Si tratta di un passo in avanti di grande importanza, perché ci permette di impostare il miglior trattamento possibile per il paziente in termini di rapporto rischi/benefici.

C'è chi sostiene che vi sia una correlazione tra l'insufficienza venosa cerebro-spinale cronica (Ccsvi) e la Sclerosi multipla

Come qualsiasi ipotesi terapeutica non sono mai alieno a valutarla con interesse. Ma per una serie di motivi sono certo che questa non è la causa della malattia, anche se non posso escludere che questa condizione possa avere qualche effetto sullo sviluppo della patologia. Prima di poter sostenere questo, però, occorre a mio avviso disporre di evidenze lampanti che attualmente non ci sono. I risultati riportati in letteratura fino a questo momento sono estremamente conflittuali. È in corso uno studio che coinvolgerà alcuni centri italiani e che porrà definiti-

vamente la parola fine alla domanda se esiste una correlazione tra la Sclerosi multipla e questa condizione. Parlo di correlazione e non di causa, perché appare già evidente a tutti che la malattia è legata ad un disordine immunitario, che è geneticamente predeterminata. Insomma, è una cosa ancora tutta da dimostrare. Qualsiasi decisione di iniziare sperimentazioni cliniche è assolutamente prematura. Sia chiaro, questa non è una terapia per la Sclerosi Multipla. Ho avuto recentemente ricoverati nel mio reparto due pazienti che si sono sottoposti ad un intervento di angioplastica e che hanno avuto delle complicanze e, casi simili, mi sono stati riferiti da colleghi e sono attualmente oggetto di una valutazione epidemiologica. Questo mi conferma la necessità di una estrema cautela.

La Sclerosi multipla si può curare anche con un intervento chirurgico?

È possibile intervenire anche con un trapianto di cellule staminali ematopoietiche, che però ha senso se realizzato precocemente. Se si riesce a portarlo a termine nei primi sette-otto anni dall'inizio della malattia, nel 70% dei pazienti non si verifica una riattivazione della Sclerosi multipla. Si tratta però di una procedura con un rischio di mortalità dell'1% per cui va limitata a casi molto aggressivi di malattia. •

Terapia con interferone beta-1a "I risultati dello studio REFLEX"

"Lo studio internazionale REFLEX, che ha arruolato 517 pazienti per un anno, conferma che la terapia con interferone beta-1a ha ritardato significativamente l'insorgere della Sclerosi Multipla (SM) nei pazienti che hanno manifestato un primo evento clinico riconducibile alla malattia stessa – precisa Giancarlo Comi – Il rischio di conversione a SM è stato ridotto, nel corso di due anni, del 51% nei pazienti che hanno ricevuto Rebif 44 microgrammi 3 volte alla settimana rispetto al gruppo placebo. Una riduzione del rischio pari al 31% è stata osservata nei pazienti che hanno ricevuto la terapia di 44 microgrammi una volta a settimana rispetto al gruppo placebo. Obiettivo dello studio era valutare in primis se l'interferone beta-1a è efficace in pazienti all'esordio di malattia e, secondariamente, se l'efficacia è mantenuta anche a dosaggi minori. Io stesso avevo testato già dieci anni fa un dosaggio di 22 microgrammi, dove confermammo che manteneva comunque una sua efficacia. Entrambe le dosi si sono dimostrate efficaci nella capacità di evitare la conversione a Sclerosi Multipla, anche se la dose più alta ha mostrato un risultato maggiore. Per quanto riguarda, poi, l'efficacia della terapia nel prevenire gli attacchi i due dosaggi sono stati entrambi efficaci con un effetto più ampio con la somministrazione multi settimanale. Insomma non solo il farmaco è efficace se usato precocemente, ma prima viene utilizzato e più aumenta l'efficacia. Perché la malattia più avanza più diventa resistente e difficile da combattere".

Colera, nel 2009 oltre duecentomila casi

di Walter Pasini

La grave epidemia che ha colpito Haiti a seguito del terribile terremoto ha portato alla ribalta una malattia che si considera erroneamente retaggio del passato: il colera. Il colera fu la principale malattia epidemica dell'800. Si manifestò in Europa ad ondate successive arrivando dall'Oriente e seguendo precise rotte via mare e via terra. Le sei pandemie dell'800 si caratterizzarono per la straordinaria velocità con la quale attraversavano il Mediterraneo

e per la facilità nel superare i baluardi di sanità che avevano dato prova di efficacia nei confronti della peste. Fu il miglioramento delle condizioni igienico ambientali che consentì alla maggior parte dei paesi europei di eliminare la malattia che è invece ancor diffusa nei paesi a basso e medio reddito dove i cittadini non hanno accesso all'acqua potabile e non possono contare su una rete fognaria efficiente. La settima pandemia, iniziata in Indonesia nel 1961 e tuttora in corso è stata la più estesa e quella di più lunga durata, probabilmente

perché dovuta al vibrio cholerae El Tor, meno aggressivo dei ceppi classici, ma capace di dar luogo ad un numero maggiore di portatori asintomatici o paucisintomatici.

La lotta al colera è stata storicamente molto importante in quanto venne affrontata già nell'800 come problema di sanità pubblica internazionale stimolando la realizzazione di numerose conferenze (Parigi, Dresda, Venezia, Roma) e portando i paesi a considerare la necessità di dotarsi di un organismo di sanità mondiale che si conclude con la nascita dell'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1948.

Nel 2009 sono stati 42 i paesi che hanno notificato complessivamente 221.228 casi di cui 4.946 mortali. Il tasso di letalità è stato del 2,24%. Il continente africano è quello che riporta più del 90% dei casi mondiali. Le cifre non tengono conto dei 500mila-700mila casi attribuiti a diarrea acquosa acuta che si verificano in Asia centrale, nel sud-est asiatico e in Africa. Il numero totale dei casi è dunque nettamente superiore a quello ufficiale e la ma-

lattia deve essere considerata ancor oggi una sfida per la comunità mondiale che deve poter portare in tutto il mondo fogne efficienti ed acqua pulita.

Il colera rappresenta un rischio sanitario anche per i viaggiatori che si recano nei paesi tropicali e subtropicali. I viaggiatori possono tutelarsi nei confronti di questo rischio con un vaccino sicuro ed efficace consistente in cellule uccise intere di *Vibrio Cholerae* O1 in combinazione con una subunità B ricombinante di tossina colerica (WC/rBS). Questo vaccino è molto ben tollerato e conferisce un alto livello di protezione (85-90%). La scheda vaccinale consiste in due dosi, da assumersi per via orale, a distanza di 7-14 giorni l'una dall'altra.

Il vaccino conferisce una protezione crociata nei confronti della tossina dell'*Escherichia Coli* Enterotossica (ETEC) responsabile dell'80% del numero complessivo dei casi di diarrea del viaggiatore. Per il trattamento della Diarrea del Viaggiatore, i viaggiatori italiani dispongono anche di un farmaco estremamente efficace; la rifaximina alfa, che ha rispetto agli altri polimeri di rifaximina la peculiarità di agire esclusivamente a livello intestinale e di non essere assorbibile diminuendo drasticamente in tal modo la possibilità di dare resistenze. •



PSA, PCa3, biopsia prostatica: quale ruolo?

di Mauro Dimitri (*)

Il tumore della prostata è il tumore più comune nell'uomo, e nella maggior parte dei casi è asintomatico. In Italia il tumore della prostata ha un'incidenza del 12% e ogni anno si registrano 42.804 tumori con 9.070 decessi. Circa 23.000 nuovi casi vengono scoperti ogni anno e di questi il 20% è già allo stadio di metastasi. La prevenzione primaria può essere realizzata attraverso una corretta alimentazione (soprattutto povera di proteine e di grassi di origine animale, ricca di verdure, ortaggi, cereali, legumi, integrata da soia, licopene, the verde, aglio e melograno), ed una regolare attività fisica che riducono fortemente da sole l'incidenza del tumore della prostata e l'aumento di mortalità per tumore della prostata, come si verifica nei paesi asiatici. Solo una minoranza dei tumori della prostata progredisce rapidamente, ma l'esperienza insegna che il tumore della prostata in qualunque età ed in qualunque stadio si trovi alla diagnosi, soprattutto se non trattato progredisce naturalmente e porta alla morte. Con l'affermarsi della prostatectomia radicale entro i 70 anni oltre 10 anni fa si diceva nei

congressi "find the tumor and kill it" perché era ed è ancora oggi imperativo affrontare il tumore della prostata quando è ancora confinato alla ghiandola. Alla luce delle più moderne radioterapie, terapie ormonali e soprattutto delle chemioterapie il motto è divenuto "find the tumor and control it", poiché è possibile curare per lungo tempo anche i tumori sconfinati localmente e metastatici.

Occorre quindi individuare questi tumori prima che si diffondano al di fuori della prostata, ed individuare quelli per cui terapie più aggressive sono necessarie.

Aumentati livelli di PSA possono essere determinati anche da una semplice prostatite o da un'ipertrofia prostatica benigna (IPB). Per questo motivo il test del PSA eseguito annualmente non consente

da solo una diagnosi precoce di tumore della prostata, ma va interpretato dall'urologo, in rapporto ad altre patologie (Prostatite, Ipertrofia prostatica), in base alla velocità annuale di crescita che può indicare un sospetto e dall'uso del PSA frazionato (ratio), un doppio controllo di qualità quando il PSA aumenta oltre i valori di riferimento.

La biopsia prostatica è invasiva ma è il solo metodo per confermare la presenza di un tumore della prostata. Per stabilire la necessità di eseguire una biopsia sono attualmente utilizzati l'Antigene Prostatico Specifico (PSA) e l'esplorazione digito-rettale (DRE), l'Ecografia Prostatica trans-rettale. Fino ad oggi, solo un valore di PSA inferiore rispetto al valore di riferimento specifico per l'età (2.5-6.5 ng/mL) poteva escludere

la necessità di biopsia. Quando almeno due su tre di questi esami persistentemente concorrono ad indicare un sospetto: Esplorazione digito-rettale, livelli di PSA, Ecografia Transrettale della prostata, c'è indicazione ad eseguire una biopsia prostatica. Pertanto, per individuare i tumori a rischio di rapida progressione, l'urologo deve consigliare la biopsia prostatica a molti pazienti. Ma circa 2/3 delle biopsie prostatiche eseguite hanno risposta istologica negativa, e vengono eseguite senza una consistente indicazione, configurando così la tendenza ad un eccesso di diagnosi. Questo comporta disagi e stress per il paziente che deve affrontare una o più biopsie nel tempo per accertare il suo stato di salute, la biopsia può causare dolore, sanguinamento e infezione, oltre a far aumentare il costo dell'assistenza sanitaria. Inoltre, l'esecuzione di molte biopsie può portare alla diagnosi di molti tumori cosiddetti "indolenti" e condurre ad un trattamento non necessario in assenza di progressione. Il Prostate Cancer gene 3 (PCA3) è un nuovo test basato sui geni, che viene eseguito con l'esplorazione digito-rettale dopo massaggio prostatico, raccogliendo il primo getto di urina. Il PCA3 è altamente specifico per il tumore della prostata, e contrariamente al

(segue a pag. 20)

La World Foundation of Urology-ONG è composta da 1.328



World
Foundation of
Urology - ONG

Urologi, in Europa, Stati Uniti, Sud America, Giappone, Medio Oriente. La Fondazione si occupa di Formazione e Ricerca per gli Urologi, Informazione per il pubblico, Missioni Umanitarie. Il motto della World Foundation of Urology è: "Prevenire piuttosto che curare".

I siti Web della Fondazione: www.wfurology.net; www.prevenzionetumoreprostata.it; www.prostatecancerprevention.net

PSA, non aumenta in presenza di condizioni quali l'Iperptrofia Prostatica o la Prostatite. Studi recenti hanno dimostrato che il test PCA3 migliorerà l'accuratezza diagnostica nel riconoscimento del tumore alla prostata, soprattutto nei casi in cui altre indagini cliniche, come il test PSA, forniscono risultati dubbi. Il punteggio PCA3 è un utile strumento per valutare in modo non invasivo la presenza di tumore alla prostata e il livello di aggressività. Il punteggio PCA3 potrebbe essere associato con il volume del tumore prostatico, infatti è stata osservata una significativa associazione tra PCA3 e volume tumorale come anche con il punteggio di Gleason della biopsia. Inoltre, il punteggio PCA3 è risultato migliore nel predire il volume tumorale totale superando le altre variabili note associate al volume del tumore come l'Ecografia Prostatica Trans-rettale, il punteggio di Gleason e PSA, perciò il test per PCA3 può svolgere un ruolo complementare rispetto alle attuali misurazioni del PSA e potrebbe essere impiegato insieme agli attuali test clinici con lo scopo di migliorare la diagnosi di tumore della prostata e fornire all'urologo indicazioni per valutare l'opportunità di eseguire o meno una biopsia. •

(*) *Presidente World Foundation of Urology-ONG*



Il dr. Gianluca D'Elia

di Paola Stefanucci

Il dr. Gianluca D'Elia, dopo aver lavorato per otto anni presso la Clinica Urologica dell'Università di Mainz in Germania ed essere stato primario urologo dell'IRCCS di Ancona, è attualmente Direttore dell'Unità Operativa di Urologia II dell'Ospedale San Giovanni di Roma. Principale settore della sua attività è l'urologia oncologica. In particolare, è specializzato nella chirurgia mini-invasiva endoscopica, laparoscopica e robotica dei tumori del rene, della vescica e della prostata. È coordinatore regionale per il Lazio della Società Italiana di Urologia (SIU) ed è Direttore Scientifico della Fondazione per la Ricerca in Urologia (www.friu.it). Già Docente di Urologia delle Università di Mainz e di Heidelberg in Germania, è attualmente Tutor di Chirurgia Robotica Urologica a livello nazionale.

L'approccio terapeutico alle patologie dell'apparato uropoietico negli ultimi die-

Chirurgia robotica per il cancro della prostata

ci anni è completamente cambiato: la chirurgia robotica è ormai entrata di fatto nella pratica clinica ordinaria. Qual è la differenza con la chirurgia tradizionale?

La chirurgia robotica è meno traumatica e più precisa rispetto alla chirurgia tradizionale. Evita le grandi incisioni in quanto fa uso di sottili strumenti chirurgici che vengono inseriti all'interno dell'addome attraverso piccoli fori. Gli strumenti operatori sono sostenuti dalle braccia di un robot che li rende molto più stabili e precisi. Il robot, ovviamente, non ha autonomia decisionale o di movimenti: non può sostituire il chirurgo, ma può esaltarne l'abilità manuale e perfezionarne i movimenti. Il chirurgo, seduto ad una consolle, manovra gli strumenti guardando in un visore tridimensionale ad alta definizione. Tra chirurgo e paziente è interposto il robot che traduce i movimenti della mano umana inviati dalle manopole della consolle chirurgica. Gli strumenti chirurgici robotici non fanno altro che riprodurre fedelmente i movimenti del polso, della mano e delle dita del chirurgo.

Ma quali sono i vantaggi operativi?

Innanzitutto, la visione delle strutture anatomiche, che, oltre ad essere ingrandita, è ad alta definizione e tridimensionale: *un chirurgo che vede meglio, opera meglio*. Il chirurgo è letteralmente immerso nel campo operatorio. È come quando andiamo al cinema e indossiamo gli occhiali tridimensionali per vedere un film in 3-D: abbiamo la sensazione di essere personalmente all'interno della scena del film. I movimenti delle mani del chirurgo, seduto alla consolle, sono tradotti in modo fluido, "senza scatti", in movimenti analoghi dagli strumenti chirurgici, sostenuti dalle braccia del robot. Infatti, il terminale di controllo del robot ha il compito di filtrare i movimenti delle mani eliminandone il tremore naturale, che anche i chirurghi più efficienti hanno. Inoltre, grazie a particolari articolazioni meccaniche, i gradi di movimento della parte terminale di questi strumenti robotici sono superiori a quelli della mano umana o dei classici strumenti laparoscopici. Questo permette manovre più delicate, più accurate e meno traumatiche.



Il Robot Da Vinci. Il chirurgo, seduto alla consolle, sembra un pilota nella plancia di un'astrovane. Da qui manovra un robot, che è interposto tra chirurgo e paziente ed ha la mano ben ferma. Le braccia robotiche, che sostengono gli strumenti chirurgici, filtrano infatti i movimenti delle mani eliminandone il tremore naturale, che anche i chirurghi più bravi hanno.

La chirurgia robotica viene applicata, con successo, nella terapia del cancro della prostata (ma non solo). I pazienti affetti da tale malattia possono ritenersi liberi dalla minaccia (temutissima) dell'impotenza e dell'incontinenza urinaria?

L'intervento di prostatectomia radicale richiede livelli di precisione chirurgica elevatissimi, sia di demolizione che di ricostruzione, in un campo operatorio ristretto e di difficile accesso. Nell'intervento robotico, l'articolazione e i gradi di libertà nei movimenti degli strumenti rendono la procedura più sicura. Da quando è in uso il robot *Da Vinci*, all'Ospedale San Giovanni di Roma, abbiamo riscontrato notevoli vantaggi rispetto all'intervento "a cielo aperto" o a quello eseguito in laparoscopia "convenzionale": ad esempio, la degenza post-operatoria media è di soli due giorni e le perdite ematiche sono trascurabili, al contrario dell'approccio tradizionale ove

possono essere sostanziose. Ciò è dovuto all'estrema precisione della dissezione chirurgica e, di conseguenza, al minor traumatismo sui tessuti. In casi selezionati, quando le condizioni anatomiche e l'estensione del tumore lo permettono, si può tentare di risparmiare i cosiddetti nervi erigenti. Con l'avvento della laparoscopia ed, oggi, della robotica, le tecniche chirurgiche di risparmio dei nervi hanno ricevuto nuovo impulso e sono state modificate in maniera tale da dare più garanzie per salvaguardare la funzione sessuale. Dopo l'intervento di prostatectomia radicale è quasi inevitabile soffrire d'incontinenza per alcune settimane. Dopo l'intervento effettuato con l'assistenza del robot, tutte le maggiori casistiche internazionali riportano però un significativo miglioramento nella velocità con cui si riacquista il controllo della continenza urinaria.

Esistono controindicazioni?

Con l'esperienza ormai acquisita, non esistono controindicazioni specifiche all'esecuzione per via robotica della prostatectomia radicale.

È facile prevedere, a questo punto, un sempre maggior impiego del robot in sala operatoria...

Attualmente negli Stati Uniti più del 90% degli interventi di prostatectomia radicale sono eseguiti con la tecnica robotica. La robotica è diventata lo standard per la terapia chirurgica di questo tipo di tumore, anche perché la tecnologia è in continuo progresso: nell'ultima generazione del robot *Da Vinci*, quello in funzione nell'Ospedale San Giovanni, il chirurgo dispone di un braccio supplementare, che gli consente di avere, soprattutto nelle procedure più complesse, addirittura due mani destre oppure due mani sinistre. Eppure è sempre la bravura del chirurgo a fare la differenza, non la tecnologia che si usa. Se un chirurgo non ha l'abilità manuale per utilizzare il robot, non sarà certo il robot a renderlo più capace.

Quanti interventi di prostatectomia ha eseguito finora con il suo (valido) aiuto *Da Vinci*?

Ad oggi, sono oltre 140 i pazienti che ho sottoposto a prostatectomia robotica. Ma il robot *Da Vinci* trova spazio anche per altre patologie, come le neoplasie vescicali infiltranti, i tumori renali da enucleare con-

servando il rene e le stenosi del giunto pieloureterale. Considerando le prostatectomie e le cistectomie radicali, le nefrectomie parziali e le pieloplastiche, sono oltre 200 gli interventi eseguiti in robotica presso la struttura urologica che dirigo all'Ospedale San Giovanni di Roma.

Sapendo che i mezzi terapeutici di cui dispone sono potenzialmente risolutivi di una patologia, ritenuta imbarazzante, è cambiato l'atteggiamento psicologico dei degenti?

Sempre più spesso i pazienti giungono da noi tramite un semplice passaparola di altri pazienti già sottoposti a chirurgia robotica ed estremamente soddisfatti del risultato ottenuto, non solo sul piano oncologico ma anche su quello della qualità di vita. E, molto di più di quanto possa fare anche il medico più bravo, i pazienti già operati con successo rassicurano e riducono le ansie ed i timori dei loro conoscenti o amici o parenti che dovranno essere sottoposti a chirurgia robotica.

Insomma, sulla superiorità della chirurgia robotica lei non nutre alcun dubbio.

Appartengo alla generazione di urologi che ha avuto la possibilità di cimentarsi con tutte le tecniche di prostatectomia radicale, da quella tradizionale "a cielo aperto", a quella laparoscopica, sino alla robotica. Questa esperienza mi permette di affermare, che, nelle mie mani, la prostatectomia radicale robotica è superiore. •

L'informatica, strumento al servizio del medico

Lo sviluppo delle nuove tecnologie rappresenta una risorsa per migliorare i livelli di assistenza sanitaria da un punto di vista clinico oltre che organizzativo. Milillo: "L'importanza del portale unico"

di Andrea De Tommasi

Sviluppare un sistema di e-Health che sia veicolo di integrazione tra i diversi livelli e servizi dei percorsi assistenziali. Nel contesto attuale la sfida che attende la medicina generale è ottimizzare l'attività clinica con l'implementazione di tecnologie informatiche.

Per quanto riguarda i medici di famiglia, appare chiaro che l'informatizzazione è nata per scelta del singolo, così che l'integrazione e l'interfacciamento sono ancora carenti. I medici, segnala la ricerca, si sono costruiti da soli una buona competenza nell'uso di computer e stampanti da loro stessi acquistati, ma sono consapevoli che non può esserci integrazione senza il coinvolgimento del settore pubblico. "Per potenziare il processo di informatizzazione - sottolinea il segretario nazionale della Fimmg Giacomo Milillo - servono risorse e strumenti adeguati. C'è la necessità di migliorare sia i collegamenti telematici che gli applicativi degli studi medici e di rinnovare il par-



co macchine hardware, anche per rispondere a quanto previsto dagli accordi nazionali e regionali. Da parte nostra abbiamo sempre proposto progetti innovativi, penso al "portale unico" già attivo in una parte delle Marche e in Valle d'Aosta, che fornisce informazioni e la possibilità di prenotare visite specialistiche. Siamo favorevoli, dunque, a qualsiasi tipo di innovazione tecnologica, ma è essenziale che il medico non sia lasciato

solo a gestire questi processi e, soprattutto, è indispensabile una gradualità che finora è mancata, come nel caso dell'introduzione dei certificati di malattia online".

L'attenzione per i percorsi di digitalizzazione è riscontrabile anche nelle scelte operate dall'Enpam. È sul potenziamento dei sistemi informatici, infatti, che si punta per rendere ancor più efficace la comunicazione, vero biglietto da visita dell'Ente. La

volontà dell'Esecutivo è di rivedere l'intero sistema informativo, collocando al centro la Previdenza, senza tralasciare lo Sviluppo dei sistemi informatici, ma, anzi, collegando i due Dipartimenti. Il consigliere Eliano Mariotti, presidente dell'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della provincia di Livorno, ha avviato le consultazioni con le organizzazioni sindacali e presenterà due proposte al prossimo CDA. La prima è quella di mettere a punto programmi specializzati, come, ad esempio, un applicativo dotato di codice tramite il quale l'utente può sviluppare individualmente calcoli e previsioni. Potrebbe rientrare in questo progetto anche un'applicazione per lo smartphone. Si pensa, poi, di introdurre la tracciabilità delle pratiche assistenziali, in modo da renderle immediatamente consultabili dal medico. Ma un altro progetto ambizioso è la creazione del warehouse dell'Ente, una banca dati completa che costituirebbe il contenitore unico di informazioni proiettato in 30-50 anni. "Riteniamo la parte informatica basilare per gli iscritti - dichiara Mariotti - per questo crediamo sia necessaria una vera e propria svolta. Il processo di informatizzazione è in continuo sviluppo e deve coinvolgere il personale dell'Enpam con corsi di formazione, per meglio valorizzare le risorse che già abbiamo al nostro interno".



Utilizzare il computer ed Internet, dunque, come strumenti organizzativi contro l'eccesso di burocrazia e come arricchimento nell'erogazione dell'assistenza. Un obiettivo ancor più rilevante, alla luce delle innovazioni contenute nel piano e-gov 2012, dalla digitalizzazione del ciclo prescrittivo al fascicolo sanitario elettronico. A questo scopo è indirizzato il progetto della Fimmg Lazio, che è pronta a lanciare un software web-based, tramite cui il medico potrà delocalizzare l'archivio dello studio, rendendolo sempre disponibile a prescindere dal PC di riferimento. "L'applicativo sarà pronto verso luglio - spiega il segretario Pierluigi Bartoletti - e si potrà utilizzare su un palmare come l'iPad, lavorando così su un server remoto. L'obiettivo è eliminare l'hardware, cioè gesti-

re lo studio lontano dal computer, anche, ad esempio, a casa del paziente. Il medico dovrà soltanto connettersi ad Internet e inserire una password; in questo modo, avrà accesso al suo programma e potrà disporre dei dati sensibili dei pazienti, nonché di una serie di applicazioni che consentiranno la gestione delle diverse attività, dai certificati di malattia online alla ricetta elettronica". Il sistema, messo a punto in questi mesi da una software house, andrebbe ad affrontare una delle grandi criticità con cui devono fare i conti i medici di medicina generale per garantire lo sviluppo dell'informaticizzazione, cioè i costi per l'aggiornamento delle macchine, con programmi che cambiano sempre più velocemente. Ma questa non è l'unica novità. È allo studio, infatti, un sistema per

risolvere il nodo della trasmissione dei dati dall'ospedale al medico di famiglia. "Stiamo lavorando su programmi di e-Protocol - afferma Bartoletti - con cui il medico di famiglia potrà mettersi in rete con la struttura ospedaliera, accedendo così alla cartella clinica del paziente. In questo modo, si potranno agevolmente consultare i dati che più interessano e, se necessario, trasportarli sul proprio terminale". L'informatica al servizio della medicina, dunque. Una rivoluzione cui dovrebbero contribuire tutte le parti in causa, dalle istituzioni, con investimenti adeguati, alle Regioni e le Aziende sanitarie locali. I medici italiani, d'altronde, sono aperti all'innovazione e hanno adottato con convinzione la tecnologia informatica quale strumento per migliorare l'assistenza. Usa-

no il computer e lo fanno anche bene, come conferma l'indagine del Centro studi Fimmg "Medici di medicina generale e information technology". Su 2500 camici bianchi, risulta che il 92% ha un collegamento Internet in studio, l'83% a casa e oltre la metà del campione ha buone competenze informatiche. Il PC è utilizzato per diverse funzioni, tra le quali figurano in misura principale approfondimenti, ricerche e documentazione. Addirittura il 97% dei sanitari ha acquistato, a proprie spese, un software gestionale utilizzato per la registrazione dei dati personali o clinici dei pazienti o per la prescrizione di farmaci ed esami di laboratorio. È, invece, la struttura sanitario-amministrativa a mostrare lacune, visto che solo nel 37% dei casi le Asl offrono l'opportunità di usare una connessione informatica con il Ssn.

D'altronde, pur essendo al centro dell'erogazione dei servizi per i cittadini, il tasso di innovazione digitale delle 254 aziende sanitarie locali presenti in Italia è alquanto disomogeneo, con 1/3 circa delle strutture che si attesta ad un buon livello e 1/3 che si presenta abbastanza arretrato. E recenti indagini hanno evidenziato che la carenza di fondi in molti casi è solo un ostacolo marginale: la mancanza di linee guida e di percorsi di investimento affidabili risultano essere gli elementi più preoccupanti per i direttori generali delle aziende. •

Rorschach, valutazione di base per i disturbi psichici

Daniele Romano

Le patologie psichiche sono le nuove protagoniste della domanda di salute dei paesi sviluppati, e vanno affrontate con molto rigore. Si pensi, ad esempio, alle stime di invalidità e ai decessi previsti per depressione quale prima causa di morte giovanile entro il 2030, o ancora alla depressione da solitudine della società sempre più anziana e senza vivificanti relazioni interpersonali. I Disturbi di Personalità sono in forte ascesa, in un quadro che vede la scomparsa di una comunità regolatrice e che lascia il posto all'aggressività e alla prevaricazione. Gran parte della popolazione soffre di disturbi "psicosomatici", sommando i dati delle diagnosi di insonnie, fobie, attacchi di panico, forme maniacali, in generale etichettate come ansioso-depressive.

È la medicina che ha nel suo DNA i saperi per trovare risposte adeguate in questo nuovo quadro di malattie sociali, poichè storicamente è dalla medicina che nasce la psicologia, il sogno di Freud era di individuare le basi organiche e biologiche della psicopatologia.

Oggi le patologie psichiche trovano primario riferimento nel medico, il quale – senza confondere i ruoli pro-



fessionali con quello degli psicologi – può dare al paziente risposte rapide e certe (validate statisticamente e quindi con valore scientifico) per orientarlo subito verso la corretta terapia e lo specialista necessario.

Parliamo del Reattivo psicodiagnostico presentato un secolo fa dallo psichiatra Hermann Rorschach, ampiamente studiato e sviluppato in tutto il mondo, e scientificamente validato, tanto da avere valore di diagnosi legale oggettiva nel contesto giuridico-forense. La Scuola Romana Ror-

schach (www.scuolaromanarorschach.com), con il fondatore professor Carlo Rizzo, famoso medico legale, è stato il più antico Istituto in Europa ad occuparsi del Rorschach, e in oltre 70 anni di studi e ricerche ha fatto compiere al Test passi da gigante, arricchendo e affinando il sistema delle "siglature", termine che indica i codici che identificano le percezioni del paziente, mediante costanti verifiche e validazioni, anche attraverso la costituzione di una banca dati internazionale, e ottenendo dal-

l'insieme di esse un'analisi puntuale, raffinata e complessa della personalità del soggetto esaminato.

Ne parliamo con il direttore Salvatore Parisi, allievo prediletto del professor Rizzo insieme a Patrizia Pes, presidente della Scuola Romana Rorschach fondata nel 1938.

"Abbiamo diversi medici eccellenti che sono diventati anche nostri docenti, quali medici legali e del lavoro, psichiatri, neurologi" descrive Parisi. "Il Test si rivolge a tutti i medici per il valore di check up psicodiagnostico obiettivo: è un'indagine clinica finalizzata a comprendere l'origine e la dinamica del disagio o della sofferenza psicologica. Permette una diagnosi psicologica ed una prognosi generale".

L'indagine descrive l'organizzazione, la struttura ed il funzionamento della personalità. Rivela la relazione tra sfera cognitiva e dimensione affettiva. Evidenzia i punti di forza e di debolezza. Valuta le risorse ed i potenziali disponibili a contrastare eventuali conflitti affettivi e lo stress.

Secondo il professor Roberto Dall'Aglio, famoso endocrinologo responsabile dei dispositivi medici dell'Agenzia Italiana del Farmaco, "il Rorschach costituisce una importante valu-



Una delle macchie del test di Rorschach

tazione di base per tutti i disturbi psichici, cognitivi o affettivi. Secondo la farmacogenomica come base della risposta ai trattamenti, la struttura della personalità valutata col Rorschach è molto più vicina e probante rispetto al probabilismo della risposta al farmaco, molto più avanti dei geni in quanto vero fenotipo (ndr rappresentazione dell'interazione uomo/genotipo-ambiente)".

Inoltre esso non è in conflitto con la diagnosi soggettiva, anzi la rafforza definendo il quadro clinico oggettivo, basato sui principi metodologici e scientificamente validati della Evidence Based Medicine.

E' infatti disponibile una banca dati informatizzata, denominata SIGLAROR, che contempla più di 23.000 diverse interpretazioni Rorschach, siglate e valutate per frequenza statistica su un campione rappresentativo della popolazione italiana, o in base alla convergenza di giudizio espresso da una commissione di esperti italiani e internazionali.

Il processo base su cui si fonda il Test consiste in uno stimolo percettivo ambiguo rappresentato dalle dieci Macchie di inchiostro, al quale il soggetto reagisce con

la formulazione di un'interpretazione, reazione che coinvolge i meccanismi psicologici di percezione, associazione e proiezione che intervengono nella genesi di ogni risposta, ed esprimono differenti aree del funzionamento psichico.

Il Rorschach evidenzia gli aspetti cognitivi, affettivi e del funzionamento dell'Io. Permette di valutare l'efficienza intellettuale sia da un punto di vista quantitativo che qualitativo; può evidenziare l'influenza dell'affettività sull'espressione cognitiva, descrivendo come tali dimensioni fondamentali lavorino tra loro in sinergia o come, in altri casi, fattori affettivi ed emozionali inibiscano l'intelligenza.

Nell'area affettiva il Rorschach permette di cogliere il tono dell'umore e la reattività emotiva generale del soggetto, il sentimento di sé, il modo di reagire e gestirsi in situazioni di stress, il controllo delle emozioni e degli impulsi, i rapporti con gli altri.

Rispetto al funzionamento dell'Io, il Rorschach delinea le funzioni superiori di attenzione, concentrazione, memorizzazione, controllo razionale, lasciando altresì emergere le zone conflittuali, i meccanismi di difesa, la forza dell'Io.

Il Test si configura quindi come una tecnica di indagine della personalità plu-

ridimensionale che fornisce una stima dinamica dei punti vulnerabili della persona e delle sue risorse attuali e latenti.

In ambito clinico-psichiatrico permette di effettuare delle diagnosi differenziali tra disturbi nevrotici, disturbi della personalità, quadri psicotici o di compromissione organica, consente inoltre una prognosi generale e terapeutica.

In ambito forense il Test di Rorschach è uno degli strumenti d'elezione.

In campo penale contribuisce a stabilire, fra l'altro, la capacità di intendere e volere, l'attendibilità di una testimonianza, la compatibilità con il regime carcerario. In campo civile e medico legale permette la valutazione del danno esistenziale in svariate situazioni (mobbing, cambio di sesso, risarcimento danni).

In tali contesti il Rorschach riveste una grande importanza soprattutto perché lascia poco spazio al soggetto per manipolare le informazioni fornite allo scopo di trarne un vantaggio.

In relazione all'affidamento dei minori è fondamentale la raffinata e approfondita analisi che il Test consente per la valutazione delle capacità genitoriali.

In medicina del lavoro, il Test Rorschach fornisce una valutazione attitudinale completa, descrivendo sia

le abilità cognitive che relazionali, e consentendo una valutazione di aspetti di personalità quali il grado di affidabilità, la capacità di assunzione di responsabilità e leadership.

Conclude Parisi: "Ci siamo attrezzati come Scuola Romana Rorschach per rendere il Test fruibile a diversi livelli di specializzazione da parte dei medici interessati: dal livello di somministrazione del Test a quelli più evoluti dell'interpretazione e valutazione, con l'aiuto dei più innovativi strumenti informatici, sia in termini di software che di e-learning (formazione e tutorship a distanza)."

Il Test di Rorschach rappresenta dunque una forte valorizzazione professionale per discipline quali la medicina legale, la psichiatria, la medicina del lavoro, la neurologia: tutte specializzazioni protagoniste nella diagnosi, prognosi e terapia del disagio psichico, in "corretta integrazione con l'attività degli psicologi ed il supporto psicoterapeutico".

Il Test, attualmente in dotazione a molte Asl e presidi territoriali a diretto contatto con il disagio psichico, può essere un grande ausilio come strumento psicodiagnostico anche per gli stessi medici di medicina generale, che mediante il supporto professionale e la tutorship della Scuola Romana Rorschach possono ottenere diagnosi obiettive per indirizzare le terapie ad adeguate strutture e professionisti. •

In ambito penale il Test di Rorschach contribuisce a stabilire la capacità di intendere e volere

Stress e fatica nei posti di lavoro

di Lina Vita Losacco

Nel corso di studi e ricerche sugli effetti delle condizioni di lavoro sugli individui, avviati sin dagli anni 50', Hans Selye (1976)⁽¹⁾ aveva constatato che “l'uomo risulta in salute se le sollecitazioni dell'ambiente sono proporzionate alle sue capa-

cità di risposta”. Lo studio sulle conseguenze della fatica sul posto di lavoro ha acquisito particolare interesse di pari passo con lo sviluppo dell'industrializzazione. Le lotte sociali che puntavano a ridurre gli orari di lavoro e ad eliminare lo sfruttamento della manodopera avevano infatti l'obiettivo di garantire delle condizioni di lavoro “umane” considerando la gravità delle ripercussioni sulla salute dei lavoratori a causa della fatica fisica e mentale. Negli ultimi decenni sono stati numerosi gli interventi per ottenere normative in grado di punire carenze strutturali e organizzative e quindi favorire una migliore qualità della vita lavorativa. Ancora oggi la preoccupazione della Comunità Europea per la compromissione della qualità del lavoro collegata ai numerosi fattori di rischio rimane molto alta.

Secondo i dati Inail nel 2009 le malattie professionali hanno raggiunto il record con complessive 34.646 denunce, sommandosi alla numerosità degli infortuni, agli effetti patologici da inquinamento e intossicazioni, alle più recenti malattie muscolo-scheletriche o alle frequenti forme di prevaricazione e violenza sistematica come nel mobbing o nelle *sexual harassment* (comportamenti o minacce a sfondo sessuale). Ma l'interesse diviene sempre maggiore per le ricerche sui fattori stressanti correlati alla situazione lavorativa che oltre a determinare un grave malessere psicologico nel lavoratore danneggiano anche l'economia del paese. In base a una ricerca dell'OSHA-Eu “nei 15 Stati membri dell'UE (pre-allargamento del 2004) il costo dello stress sul lavoro e dei relativi problemi alla salute mentale è stato stimato pari a 265 miliardi di euro l'anno [...] e il costo per le imprese e i governi di tali paesi a circa 20 miliardi di euro per assenteismo e relativi costi sanitari. Il 50 – 60 per cento di tutte le giornate lavorative perse è da ricondurre allo stress”⁽²⁾. Anche negli Stati Uniti, su 550 milioni di giornate di assenteismo, il 54 per cento è collegato allo stress sul lavoro. Situazione analoga a quella riportata dall'Health & Executive britannico (50 per cento)⁽³⁾.



I comportamenti di ritirata (assenteismo, turnover, ecc.), come vengono definiti dagli studiosi, oltre ad indicare una situazione preoccupante che riguarda l'individuo, rappresentano dunque un segnale d'allarme di ripercussioni rilevanti sull'economia nazionale e quindi sulla collettività oltre che sulle singole imprese.

Quando si parla di stress lavoro-correlato si fa riferimento innanzitutto al carico di lavoro ma anche allo stress organizzativo, come la mancanza di partecipazione alle decisioni o la perdita di comunicazione, all'incidenza di si-

**Secondo i dati Inail nel 2009
le malattie professionali hanno raggiunto
il record con complessive 34.646 denunce**

(1) Selye H. *Forty years of stress research: Principal remaining problems and misconceptions*. Can Med Assoc J 1976; 115: 53-6

(2) Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro. *Outlook 1 - Rischi nuovi ed emergenti per la sicurezza e la salute sul lavoro*. Osservatorio europeo dei rischi – <http://osha.europa.eu/en/publications/outlook>

(3) Sarchielli G. *Psicologia del lavoro*. Bologna: Il Mulino; 2008

tuazioni precarie come la flessibilità occupazionale, alle continue richieste di *straining* (performance) che per molti individui si traducono in “impegno eccessivo nel lavoro” per il timore di riduzioni economiche o per tutelare la propria azienda. Il protrarsi di una tale situazione divenuta stress da lavoro finisce col compromettere la loro salute psico-fisica, come è emerso da uno studio canadese del Centre for Addiction and Mental Health (Camh), condotto su 2737 persone⁽⁴⁾.

Lo stress sul lavoro può colpire chiunque e a qualsiasi livello (autisti di autobus e tassisti o chirurghi, per citarne alcuni). Conseguenza inevitabile è spesso un disagio psichico tale da determinare una sorta di *affaticamento cronico* associato ad uno stato di impotenza responsabile della riduzione delle capacità di far fronte allo stress così che la persona, che non percepisce alternative, vive come imprigionata e senza scampo. E i danni alla salute che ne derivano possono presentarsi in forme diverse e anche con una marcata severità. Già da tempo è stata riscontrata un'alta incidenza di malattie cardiovascolari e bronchiali, disfunzioni gastrointestinali e disturbi neuropsichici, cui vanno ad aggiungersi disturbi cutanei, tiroidei, del sistema immunitario, asma, obesità, diabete, colite ulcerosa, cefalee ed emicrania e sempre più frequentemente in relazione con lo stress in contesto lavorativo. E poi ci sono le conseguenze estreme come i suicidi.

In Italia dal 1 gennaio 2011 le aziende hanno l'obbligo di preparare un *Documento di valutazione rischio stress* secondo le indicazioni fornite dalla commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro atte a valutare il rischio da stress lavoro-correlato⁽⁵⁾.

Negli ultimi decenni l'aumento delle malattie cardiovascolari ha interessato particolarmente la popolazione femminile, in parallelo con l'incremento delle donne sul mercato del lavoro dove la qualità della loro vita lavorativa è di fatto minacciata da condizioni sociali e organizzative non idonee. Le donne vivono frequentemente in contesti lavorativi alienanti con ripetitività, sovraccarico di richieste, intensificazione di ritmi e turni, sottoposte a un carico di lavoro e ad un livello di pressione forse più intenso rispetto agli uomini. Oppure, vittime di stereotipi sessisti, le donne sono penalizzate con rallentamenti o ostacoli ad eventuali promozioni e non coinvolte in ruoli organizzativi, o costrette a fronteggiare e subire le abituali forme di *harassment*; non vanno poi tralasciate le

In Italia dal 1 gennaio 2011 le aziende hanno l'obbligo di preparare un Documento di valutazione rischio stress

difficoltà al rientro lavorativo post-maternità. Aspetto rilevante da tener presente è la “doppia carriera” che caratterizza le donne; dovendo occuparsi contemporaneamente del lavoro in azienda e di quello domestico le risorse e l'impegno che vengono loro richiesti sono elevatissimi. Ad esempio per poter riequilibrare i tempi di lavoro e quelli familiari le donne scelgono forme contrattuali specifiche come il part-time.

Ma il lavoro rappresenta una condizione di rilevanza economica non indifferente. E una riduzione degli introiti o la perdita di lavoro significa privazione della sicurezza finanziaria e una seria difficoltà nella progettazione di scopi futuri per sé e la famiglia. Aspetto che incide in modo determinante sulla scelta di cambiamento da parte di donne che sono sul punto di affrontare un percorso di separazione dal coniuge, quasi sempre la principale o unica forza economica familiare. Ma la condizione di ricatto che le donne sono costrette a subire per conservare un posto di lavoro per sopravvivere può assumere dimensioni drammatiche e confluire in danni elevati alla condizione psico-fisica. La vicenda di un gruppo di donne migranti, braccianti agricole in territorio siciliano costrette a prestazioni sessuali dal datore di lavoro, ne è un esempio. A tal proposito i medici dell'ospedale di Vittoria (Rg) nell'ultimo anno hanno riscontrato “un anomalo aumento degli aborti all'interno di un unico gruppo sociale ed etnico: quello delle braccianti agricole romene e polacche”⁽⁶⁾. Ravvisare un collegamento tra le interruzioni volontarie di gravidanza e l'imposizione di prestazioni sessuali non è stato difficile come indicato dagli esperti dei processi migratori (ibidem). Così che ad una situazione di sfruttamento, che coinvolge i tantissimi lavoratori immigrati con tutti gli stressor immaginabili, va ad aggiungersi un ulteriore dramma testimone di una discriminazione a più livelli non solo culturale ma anche di genere. E il dramma è che le trappole culturali in cui le donne restano invischiare purtroppo sopravvivono anche in quei paesi in cui già da tempo sono praticate norme a sostegno delle pari opportunità. •

(4) Dewa CS, Thompson AH, Jacobs P. Relationships between Job Stress and Worker Perceived Responsibilities and Job Characteristics. *International Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2011;2(1): 37-46

(5) Art. 28, comma 1-bis, del D.lgs. n. 81/2008, ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli 6, comma 8, lettera m-quater.

(La valutazione dello stress lavoro-correlato) www.lavoro.gov.it

(6) La Monica V. Straordinari “particolari”, e le braccianti abortiscono. *Scarp de' tenis* (dicembre 2010-gennaio 2011); 147: 18 (www.scarpdetenis.it/scarp/scarp.htm)



Il professor Aldo Morrone

di Orfeo Notaristefano

Libia, Tunisia, Egitto, ma in genere l'intera area dell'Africa settentrionale sta attraversando momenti di grande crisi e di grandi cambiamenti. È sotto gli occhi di tutti la rottura di vecchi equilibri, fondati sulle dittature, e la voglia di riscossa e di democrazia dei popoli. Le repressioni e le violenze dei regimi spingono migliaia di africani a scappare dai propri Paesi d'origine per cercare rifugio in sponde più sicure del Mediterraneo e l'Italia è il ponte per l'Europa. Questo scenario fa prevedere l'intensificarsi dei flussi migratori. Ne parliamo con il professor Aldo Morrone, commissario straordinario dell'Azienda San Camillo-Forlanini, a Roma, nonché medico di prima linea. È lui che ha "inventato" la medicina delle migrazioni, è lui che ha creato e diretto l'Istituto San Gallicano in Trastevere, diventato il Cen-

Sempre più profughi da curare, ma non parliamo di emergenza

tro più importante per l'assistenza e la cura degli immigrati.

Professor Morrone, al di là delle decisioni che assumerà la politica, a livello europeo e in Italia, qual è, secondo lei, l'impatto che questa nuova situazione potrà avere sulla sanità italiana e come si dovranno rimodulare accoglienza e assistenza?

Intanto il fenomeno non può più essere considerato emergenziale, perché da molti anni le condizioni di vita in Africa sono talmente peggiorate a causa di guerre, di carestie, di una recessione economica spaventosa che ha costretto centinaia di migliaia di persone a fuggire. È ovvio che molte di queste persone trovano il ponte verso

l'Europa attraverso l'Italia. Il particolare, Lampedusa è territorio che appartiene allo spazio Schengen più vicino a Libia, Tunisia, Egitto. Fino a oggi, arrivavano rifugiati che chiedevano asilo politico o persone che chiedevano diverse forme di protezione internazionale. L'Italia ha lavorato bene a Lampedusa e anche con una struttura molto efficiente, sia sul piano dell'identificazione delle persone, sia offrendo loro garanzie di salute e di sicurezza, anche grazie alla capacità dell'INMP San Gallicano di effettuare diagnosi immediate per prevenire la diffusione di malattie infettive. In questo momento, invece, stanno scappando dall'Africa persone che in parte non chiedono di es-

sere classificate come richiedenti asilo politico o rifugiati. Se fossero riconosciuti tali, non potrebbero poi tornare nei Paesi d'origine. Tra i più di seimila arrivati in questi giorni, soltanto un migliaio ha chiesto il riconoscimento, gli altri vogliono un giorno tornare nei loro Paesi e chiedono all'Italia un passaggio per l'Europa oppure chiedono di poter rimanere transitoriamente nel nostro Paese. Questa realtà ha determinato il rischio della diffusione di malattie considerate tropicali o localizzate in quell'area del mondo che potrebbero diffondersi in Italia e in Europa: tra esse, la tubercolosi, la malaria possono essere considerate emergenti o ri-emergenti. Ma il Ssn è molto preparato, è in gra-



do di contrastare questo rischio. Altro discorso è quello delle persone immigrate in maniera più strutturale e stabile, qui si può determinare un impatto sul Ssn, pur in presenza di una legge eccezionalmente avanzata, la Turco-Napolitano, che consente l'assistenza sanitaria anche a persone straniere prive del permesso di soggiorno. La salute di queste persone può determinare un miglioramento delle condizioni economiche del nostro Paese, perché queste persone possono lavorare solo se sono sane, altrimenti diventerebbero un ulteriore problema per il Ssn e per la società.

L'Azienda San Camillo-Forlanini è da sempre una città sanitaria dentro la città di Roma. La sua nomina a commissario è stata salutata con soddisfazione da più parti e ci sono molte speranze. Qual è la strategia da mettere in campo per rilanciare questa Azienda e farle raggiungere risultati di eccellenza, oltre alle "nicchie" già esistenti?

L'Azienda San Camillo-Forlanini rappresenta già oggi un'eccellenza nel panorama sanitario-clinico-assistenziale-scientifico non soltanto a Roma e nel Lazio, ma a livello nazionale. All'interno dei due ospedali, ci sono dipartimenti di eccezionale levatura clinica e scientifica, con una massa critica di attività molto elevata. Le loro competenze nulla han-

Il Ssn deve rispondere alle domande di salute per la componente clinica scientifica e farmacologica

no da invidiare ai migliori centri europei e statunitensi. Parlo per conoscenza ed esperienza diretta, conosco quelle realtà. Il problema principale è cercare di riorganizzare questa straordinaria orchestra in cui quasi tutti sono degli straordinari solisti. Occorre una direzione perché i solisti di oggi formino un'orchestra capace di eseguire in maniera perfetta le più grandi sinfonie della medicina.

Si tratta anche di rilanciare la visibilità, perché tale è la massa critica di lavoro quotidiano che spesso non si riesce a far conoscere all'esterno i risultati straordinari in termini di assistenza, di risultati scientifici, di innovazioni tecnologiche di alto profilo. Si tratta di facilitare sempre di più l'accesso delle persone in maniera appropriata e pertanto contra-

stare l'inappropriatezza che spesso si riversa sull'ospedale che si trova così costretto a fornire prestazioni che potrebbero essere evase sul territorio. Vorrei poi che si ritrovasse l'orgoglio di appartenenza alle strutture sanitarie dei due ospedali San Camillo e Forlanini, inserendoli nelle reti di eccellenza nazionali e internazionali, nelle quali sono già presenti a livello di singoli operatori. Dobbiamo adesso fare un discorso strutturale per l'intera Azienda ospedaliera. Sento l'orgoglio e l'umiltà di poter dare un contributo, avendo fatto l'esperienza del rilancio forte di una struttura come il San Gallicano. Al centro c'è la persona malata, attorno ruotano professionisti e strutture.

Negli ambienti medici si registra un forte scontento

to per le condizioni di lavoro, nonché per la situazione contrattuale, praticamente bloccata. È possibile, stando così le cose, introdurre elementi di positività con decisioni aziendali, anche per assicurare un migliore rapporto medici-persone malate?

È necessario andare all'origine del significato della scelta di voler diventare medici: ci sono valori come la professionalità, l'etica, il rapporto tra ricerca scientifica e assistenza clinica, la solidarietà e la dignità che devono essere sempre tenuti presenti. La correlazione tra questi elementi migliorerà la professione medica e il rapporto tra medico e persona malata. Credo che tutti noi dovremmo lavorare su questo, sia i medici, sia il mondo culturale, evitando accuse generiche di mala-sanità. Il Ssn deve rispondere alle domande di salute solo per la componente clinica, scientifica e farmacologica: l'80 per cento della buona salute dipende dalla qualità della vita, dal lavoro, dalla casa, dalle relazioni interpersonali. Spesso la Medicina ha dovuto rispondere a domande che non le competono, come la dignità del lavoro, la capacità di rapporti affettivi, la possibilità di vivere in un ambiente ecologicamente sano. E poi, sulla grande problematica del senso della vita, non deve rispondere il medico con le pillole, ma deve rispondere l'intera società. •

Dopo pochi giorni da commissario dell'Azienda San Camillo-Forlanini, il 2 marzo Aldo Morrone ha ricevuto visite importanti: il Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano, il Ministro della Salute Ferruccio Fazio, la Presidente della Regione Lazio Renata Polverini. Tutti lì per inaugurare la nuova Unità di cure residenziali intensive per pazienti in stato vegetativo, unica in Italia interamente realizzata in una struttura sanitaria pubblica. Un riconoscimento da parte delle Istituzioni per un'Azienda sanitaria tra le più importanti nella Capitale e che Morrone vuole rilanciare per farle conseguire risultati positivi dal punto di vista clinico e scientifico.

Medici senza frontiere, al via la missione in Libia

I volontari dell'associazione medico-umanitaria sono riusciti a far atterrare ad Alessandria d'Egitto un aereo cargo con 12 tonnellate di materiali e a far pervenire due camion carichi di dieci tonnellate di farmaci e materiali chirurgici. L'appello dei medici libici

di Ezio Pasero

Tripoli, marzo 2011. Più di 1.800 feriti ricoverati in quattro giorni soltanto a Bengasi, durante i combattimenti tra il 17 e il 21 febbraio, i primi giorni della rivolta. Tutti negli ospedali di Al-Jalaa, Al-Hawari, 7 October e nel Bengasi Medical Centre (BMC), in città e negli immediati dintorni. Sono tanti, 1.800 feriti, tantissimi, anche per ospedali generalmente ben equipaggiati e con chirurgi competenti come quel-

li libici. Così, dopo la fase più caotica degli scontri, il problema principale è stato quello della carenza di medicinali, compresi analgesici, antibiotici e materiale per gli interventi chirurgici. Anzi, il vero problema è stato ed è tuttora quello di farli arrivare, i medicinali, di distribuirli, di far superare loro i posti di blocco che hanno di fatto diviso in due un paese lacerato dalla rivolta della popolazione e dalla furiosa reazione del potere. I primi a intervenire nella parte orientale della Libia,

la Cirenaica, dove era scoppiata la rivolta contro il regime di Gheddafi, erano stati i volontari di Medici Senza Frontiere, l'associazione indipendente che conta ormai quarant'anni di vita e che è diventata la più grande organizzazione medico-umanitaria al mondo. Già prima della crisi, per la verità, a MSF era stato chiesto un supporto in termini di donazione di medicinali, che scarseggiavano. Dopo l'inizio della rivolta, un'équipe di sei persone di MSF era riuscita a superare il confine tra Egitto e Li-

bia e a raggiungere Bengasi il 25 febbraio. Due giorni più tardi, l'organizzazione era riuscita a far atterrare ad Alessandria d'Egitto un aereo cargo con 12 tonnellate di materiali medici, e già il giorno successivo due camion carichi di dieci tonnellate di farmaci e di forniture mediche, inclusi materiali chirurgici, erano arrivati a Bengasi. Consegnati alla Farmacia Centrale della città, questi aiuti sono stati poi riassegnati agli ospedali, dove nel frattempo i ricoveri continuavano ad aumentare, in base alle esigenze specifiche di ciascuna struttura. Molti antibiotici, soprattutto, ma anche fissatori esterni e materiali per la chirurgia ortopedica. Insieme ai materiali, altri tre medici hanno raggiunto Bengasi, e l'équipe di MSF si è occupata anche di istruire il personale medico locale nella gestione di emergenze complesse in caso di nuovi scontri.

Tutti questi interventi si sono svolti tra innumerevoli difficoltà e pericoli, mentre ancora gli scontri infuriavano, ostacolati da milizie armate. E, in queste condizioni, hanno dovuto essere limitati appunto alla zona di Bengasi. Il problema principale rimaneva e rimane quello degli spostamenti nel paese e l'impossibilità, a causa dell'insicurezza, di dirigersi verso ovest per raggiungere via terra la capitale, Tripoli, dove si stima che i bisogni sanitari siano immensi. A Tripoli, peraltro, è im-





© Serena Assir/MSF

possibile arrivare via terra anche dall'altra parte, cioè dal confine con la Tunisia, dove un altro team di MSF formato da 17 persone, con materiale medico che include kit per trattare ferite da arma da fuoco, è stato costretto a rimanere bloccato per diversi giorni. Un'altra équipe dell'organizzazione ha raggiunto la capitale libica in aereo, ma le è stato negato il permesso di entrare nel paese ed è dovuta tornare indietro.

Insomma, è il problema della circolazione degli aiuti medici e umanitari nell'intero paese quello che sta continuando a rendere sempre più insostenibile la situazione. All'inizio di marzo, per esempio, l'équipe di MSF presente a Bengasi ha ricevuto una richiesta di aiuto da parte di un medico della città di Misurata, sul golfo della Sirte, circa 200 chilometri a sud est di Tripoli lungo la via Balbia, dove si riferiva che gli scontri avessero causato molti

feriti. Come altre zone nell'ovest della Libia, Misurata fino ad ora è stata inaccessibile per gli operatori umanitari a causa dell'insicurezza. "Il medico ci ha chiesto farmaci e materiali medici per curare i feriti", ha raccontato Anne Châtelain, coordinatore medico di MSF a Bengasi. "Ma per noi era impossibile portare queste forniture, perché la strada per Misurata era stata bloccata da uomini armati che fermavano tutti i veicoli". Situazione ancora più grave nei giorni successivi: "Siamo riusciti ad raggiungere le strutture sanitarie di Ajdabya e Brega, ma non abbiamo potuto continuare fino a Ras Lanuf, 450 km a ovest di Bengasi".

Tutti i tentativi fatti da Medici Senza Frontiere per ottenere l'accesso alle aree colpite dalla violenza, oltre al rispetto del diritto della popolazione di poter ricevere cure mediche in modo sicuro, sono stati vani. "Le informazioni in nostro pos-

sesso ci dicono che da un punto di vista medico la situazione per i pazienti è critica", ha dichiarato Arjan Hehenkamp, direttore dei progetti di MSF. "Abbiamo bisogno di lavorare accanto al personale sanitario libico per assistere le persone ferite nei violenti scontri di questi ultimi giorni. È inaccettabile che medici, farmaci e materiali sanitari siano tenuti lontano dalle persone che ne hanno estremo bisogno".

Come organizzazione medico-umanitaria, MSF ha sottolineato che deve essere rispettata l'integrità delle strutture sanitarie, dei pazienti e del personale medico. "Assoluta priorità va data ora a medici e forniture di primo soccorso, al fine di garantire assistenza medica e supportare le strutture sanitarie alle prese con il costante afflusso di feriti", ha detto ancora Arjan Hehenkamp. Ma richieste e appelli sono caduti nel vuoto: complici anche cultura e mentalità

che non considerano la vita umana il bene supremo, i nemici feriti rimangono comunque nemici che vanno combattuti e puniti.

A questo si aggiunge poi il fatto che molte persone ferite a Tripoli non vanno in cerca di cure negli ospedali, proprio per paura di repressioni da parte delle milizie. "I medici locali volontariamente stanno trattando i feriti in edifici privati", ha spiegato Chiara Rosa Crestani, coordinatrice dell'emergenza per MSF. "Ma ci hanno lanciato un appello per avere farmaci, compresi antidolorifici, e anche per ricevere materiali per interventi chirurgici. Al momento ciò è impossibile".

Medici senza Frontiere ha ovviamente fatto sapere di volersi coordinare con tutte le altre organizzazioni pronte a portare aiuto in Libia, dove il 7 marzo è giunta nel porto di Bengasi e vi è rimasta per due giorni anche la nave della Marina Militare Italiana "Libra", con a bordo 25 tonnellate di aiuti e materiale della Cooperazione allo sviluppo del ministero degli Esteri alla popolazione della seconda città del paese. A bordo, oltre a quattro generatori elettrici, sono state imbarcate tende familiari, 4.000 coperte, unità di purificazione dell'acqua e 40 kit medici per patologie generali, oltre a 5 tonnellate di riso e 5 tonnellate di latte e acqua potabile trasportata con due serbatoi, rispettivamente da 3.500 e 7.500 litri. •

Pensionati vecchi e nuovi, problemi comuni

di Renato Ponzoni (*)

In Italia la serie di riforme del Sistema Pensionistico avviate dal 1992 e completatesi nel luglio del 2010 con la miniriforma Tremonti (di aggancio dell'età pensionabile al progressivo aumento della durata della vita umana) ha raggiunto l'obiettivo di stabilizzarne la spesa e di garantirne l'equilibrio attuariale. Dopo aver pagato tutti gli oneri previdenziali agli aventi diritto, la Previdenza consegna al Bilancio Statale una cifra pari allo 0,9% del PIL.

Quindi la Previdenza non è un pozzo senza fine di spese che mettono in pericolo il bilancio dello Stato; all'opposto, dona allo Stato un importo di non poco conto.

Tremonti dichiara pubblicamente che il Sistema Previdenziale Italiano è oggi il più forte in Europa.

Ma allora perché i giornali continuano con il solito rosario di notizie allarmistiche e non si legge mai un articolo obiettivo e sereno che informi la popolazione con realismo della condizione attuale? Si vuole mantenere viva la preoccupazione della società per evitare eventuali richieste di miglioramenti da parte dei pensionati? Oppure non si ha il coraggio di dire con sincerità le cose come stan-

no per non doversi rimangiare le cose già dette in precedenza? Oppure si aspetta che il problema venga affrontato da un autorevole economista, al quale poi accordarsi senza assumersi la responsabilità di ciò che si scrive?

Ciò che si deve dire però è che il sistema in sé è valido e il Paese ne godrà i vantaggi; ma gli interessati (i Pensionati, tutti, ma specialmente quelli nuovi) avranno ora molti più problemi economici: è cambiato infatti (o sta cambiando, a seconda dell'epoca di ingresso al lavoro) il sistema di calcolo del vitalizio (legge Dini, 1995) passando dal sistema retributivo a quello contributivo, che è meno generoso del precedente. Che può portare, al momento dell'andata in quiescenza, il vitalizio al 50% e meno della retribuzione ultima percepita sul lavoro. Inoltre (e questo vale per tutti, nuovi e vecchi pensionati) l'equilibrio attuariale raggiunto produce rilevanti effetti sulla distribuzione del reddito tra popolazione attiva e pensionati che consistono nell'accollare gli oneri previden-

ziali derivanti dall'invecchiamento demografico solo sugli anziani, poiché le loro pensioni si allontaneranno progressivamente e in misura significativa dai redditi di lavoro.

Si aggiunga che dal momento del pensionamento la forbice fra i redditi degli attivi e degli anziani si accentua nel tempo perché dal 1992 le pensioni sono indicizzate solo ai prezzi (e in misura parziale), ma non hanno nessun aggancio con la dinamica reale delle retribuzioni, quindi non partecipano ai progressi economici della collettività".

Per tutti questi motivi è indispensabile che in primis le nuove forze lavoro provvedano da subito ad acquisire le conoscenze previdenziali necessarie per accedere alle diverse forme di Previdenza Complementare (Fondi Pensione, Pensione Integrativa, Assicurazioni, Riscatti degli anni di studio ecc): che ora sono indispensabili; e devono farlo rapidamente, per ottenere quei vantaggi economici che altrimenti andrebbero persi. Ben poco si è fatto da noi per portare a conoscenza degli interessati questa

necessità: è una carenza di notevole rilevanza, cui bisogna porre da subito un qualche limite anche con le nostre limitate forze, perché la Federspev non può rimanere assente da questo importantissimo problema pensionistico.

Oltre a questi, nuovissimi problemi, altri ne esistono sui quali da tempo si confrontano i vecchi pensionati; che sono comuni agli uni e agli altri (nuovi e vecchi). Di essi abbiamo già ripetutamente parlato in varie occasioni per cui mi limito ad accennarli brevemente: l'indoneità del metodo di calcolo della perequazione economica, le modalità di calcolo della pensione di reversibilità ai superstiti.

Ora che il nostro sistema previdenziale è finalmente messo al sicuro, con utili per il bilancio Statale, ci si aspetta che il Governo adotti qualche misura correttiva dei numerosi difetti illustrati ed applichi ai pensionati almeno una defiscalizzazione parziale e graduata in scala crescente in rapporto con l'aumento dell'età, dell'assegno di pensione sino ad arrivare alla totale defiscalizzazione dopo l'età massima della cosiddetta speranza di vita. •

(*) Comitato Direttivo
Federspev

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

**Sistema previdenziale messo
in sicurezza però con problemi economici
per i pensionati vecchi e nuovi**



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.

Laser terapia biologica endovena nelle malattie metaboliche e cardio-polmonari

Terni (Tr), 23 aprile, Centro Servizi Sanitari, Via C. Battisti 36/C

Relatori: dott. Francesco Raggi, dott. Giuseppe Vallesi

Argomenti: fisica del laser, principi di fotobiologia, applicazioni della laser terapia biologica endovena, laser endovena in medicina sportiva, terapia fotodinamica sistemica in ambito oncologico

Informazioni: sito web: www.laserendovena.com, e-mail: info@laserendovena.com, fax 0744 1921282, tel. 328 5743276

Associazione Day Surgery Italia

Patologia otorinolaringoiatrica

Rovereto, 29-30 aprile, Museo di Arte Contemporanea, Corso Bettini 73

Coordinatore Scientifico: dott. Millo Beltrame

Obiettivi: il Corso desidera chiarire la gestione di diverse procedure che l'otorinolaringoiatra affronta con altri professionisti sanitari in regime di day hospital o di day surgery

Destinatari: medico chirurgo, infermiere, tecnico audiometrista, tecnico audioprotesista

Alcuni argomenti: priorità clinica in ambito orl e gestione tempestiva della terapia chirurgica, terapia medica e chirurgica nella patologia dell'anello del waldejer, trattamento chirurgico e medico dei seni paranasali nel bambino, sordità improvvisa

Informazioni: **Segreteria Scientifica** Unità Operativa di Otorinolaringoiatria, Ospedale di Rovereto, tel. 0464 403325, fax 0464 403030, e-mail: orl@rov.apss.tn.it

Segreteria Organizzativa: P & P S.r.l., dott. Marco Pietri, d.ssa Michaela Kellermann, tel. 347 6507318, tel. 02 66103598, fax 02 66103840, Viale Sarca 41, 20125 Milano

Ecm: l'evento formativo sarà registrato al ministero della Salute come da programma ecm



Giornate romane di medicina clinica

Roma, 14 e 15 aprile, presso l'Auditorium di Via Rieti 13

Presidente: prof. Filippo Rossi Fanelli

Obiettivi: il Convegno si propone di fornire un aggiornamento medico di elevato standard qualitativo, e tratterà di argomenti relativi al campo dell'epatologia, dell'aterosclerosi e trombosi, e dell'autoimmunità, attraverso lezioni frontali e un ampio spazio dedicato alla discussione interattiva tra esperti e partecipanti all'evento

Informazioni: **Segreteria Scientifica** prof. Maurizio Muscaritoli, dott. Alessio Molfino, d.ssa Irma Kushta

Segreteria Organizzativa: Omnia Meeting & Congressi srl, tel. 06 4822029, fax 06 4815339,

e-mail: lpolini@omniaeeting.com, maurizio.muscaritoli@uniroma1.it, sito web : www.omniaeeting.com

Ecm: attivate le procedure per ottenere crediti ecm

Pancreatic cancer: surgical treatment

Roma, 28 e 29 aprile, Campus Bio Medico Università di Roma

Direttore: prof. Roberto Coppola

Alcuni argomenti: surgical outcome after pancreatic head cancer resection: the influence of margin status, neoadjuvant and adjuvant treatments in epithelial malignancies, international consensus guidelines

Informazioni: **Segreteria Organizzativa** dott. Sergio Valeri, Area di Chirurgia generale Policlinico

Universitario Campus Bio-Medico di Roma, Via Alvaro del Portillo 200, 00128 Roma,

tel. 06 225411626, 334 6281433, fax 06 225411936, e-mail: s.valeri@unicampus.it

Trattamento ambulatoriale delle varici

Abano Terme (Pd), 15 e 16 aprile

Responsabile scientifico: dott. Ugo Baccaglini

Argomenti: scleroterapia, chirurgia, termoablazione

Informazioni: **Segreteria Organizzativa** Associazione Flebologica Ambulatoriale e di Day Surgery

in collaborazione con DLM srl, Via XX Settembre 37, 35122 Padova, tel. 049 665481, fax 049 665685,

e-mail: afads1@gmail.com, sito web: www.afads.com

Ecm: attribuiti crediti ecm

Governare i tempi di attesa e le priorità in sanità

Trento, 14-15 giugno, facoltà di Economia, Via Inama 5

Coordinatori Scientifici: Andrea Francesconi, Giuliano Mariotti

Obiettivi: il Congresso ha l'obiettivo di mettere a confronto esperienze innovative nel panorama nazionale, che stanno cercando di governare l'incremento della domanda mediante un coinvolgimento partecipativo e progressivo dei professionisti delle cure primarie, degli specialisti ospedalieri ed ambulatoriali

Informazioni: **Segreteria Scientifica** Dipartimento informatica e studi aziendali, facoltà di Economia, Trento,

e-mail: mary.brunelli@unitn.it, tel. 0461 283106

Segreteria Organizzativa: P & P srl, Marco Pietri, tel. 347 6507318, 02 66103598, fax 02 66103840,

Viale Sarca 41, 20125 Milano

Percorsi diagnostici sulle malattie rare

Olbia, 6 maggio, sala conferenze del Museo Archeologico

Obiettivi: scopo dell'evento è quello di migliorare la qualità di vita delle persone con malattie rare, facilitando i percorsi diagnostici per ridurre i tempi di diagnosi, gestendo in modo appropriato il percorso del paziente nell'ambito delle reti regionali e nazionali delle malattie rare

Informazioni: **Segreteria Scientifica** dott. Luigi Collu presso Direzione Generale/Servizio Formazione ASL

n.2 Olbia, Via Bazzoni-Sircana n.2/2a, 07026 Olbia, tel. 0789 552376, e-mail: servizioformazione@aslolbia.it

Segreteria Organizzativa: dott. Giovanni Carlo Nicolino Manzoni, presso Servizio Formazione ASL n.2 Olbia,

Via Bazzoni-Sircana n.2/2a, 07026 Olbia, tel. 0789 552376 / 377 / 378,

e-mail: servizioformazione@aslolbia.it, sito web: www.aslolbia.it

Ecm: il corso è accreditato ecm



Mesoterapia

Catania, 14-15-16-17 aprile, Istituto di medicina didattica

Direzione: prof. C. Rino Fichera, dott. Giovanni Biondi

Argomenti: tecnica e strumentario, meccanismi d'azione, i farmaci, la mesoterapia nelle reumo-artropatie, vasculopatie periferiche, panniculopatie, e dermatologia, effetti collaterali e controindicazioni, l'implantologia dermo estetica, la biostimolazione, la scleroterapia, la circolazione venosa e linfatica, il linfodrenaggio

Informazioni: Segreteria Scientifica prof. C. Rino Fichera, tel. 329 4851520

Segreteria Organizzativa: Istituto di medicina didattica, Via Cesare Vivante 3, 95123 Catania, tel. 095 437357, sito web: www.istitutomedicinadidattica.it, e-mail: info@istitutomedicinadidattica.it

Interventistica muscolo scheletrica eco-guidata

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

Presidente: prof. Valter Santilli

Direttore: dott. Luca Di Sante

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

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

Patologia muscolo-scheletrica: spalla anca rachide

Matera, 29 - 30 aprile, Hilton Garden Inn

Responsabili Scientifici: dott. E. Cesarano, dott. G. Demarzio

Presidenti del Convegno: dott C. Faletti, dott. M. Nardella

Argomenti: appropriatezza prescrittiva, clinica, tecniche radiologiche, imaging e terapia interventistica

Destinatari: medici di medicina generale, ortopedici, radiologi, fisiatristi, reumatologi, neurochirurghi, tecnici di radiologia

Informazioni e iscrizioni: Meeting Planner, Bari, tel. 080 9905360, 080 5681131, cell. 334 8141573, sito web: www.meeting-planner.it, e-mail: info@meeting-planner.it

Ecm: richiesti crediti al ministero della Salute

Prospettive nella condotta medico-chirurgica delle neoplasie toraciche

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

Presidente: prof. Cosimo Lequaglie

Obiettivi: formazione sui processi di guarigione delle ferite e dei siti chirurgici, sugli effetti delle suture meccaniche, sulle differenze tra le energie utilizzate in chirurgia e i loro effetti sui tessuti. Formare sulle metodiche videoassistite in chirurgia toracica

Informazioni: Coordinamento Scientifico dott.ssa Gabriella Giudice, dott.ssa Rita Daniela Marasco, dott. Aniello Della Morte tel. 0972 726708 - 213 - 701, sito web: www.chirurgiatoracica-crob.it

Iscrizioni: Video-Systems Broadcast, Contrada Lavangone 12, 85020 Avigliano Scalo (Pz), tel. 0971 64014, cell. 335 1264319, e-mail: video.sb@tiscalinet.it

Ecm: riconosciuti crediti ecm presso il ministero della Salute

Sarcomi delle parti molli e gist: epidemiologia, clinica e network

Padova, 6 maggio, centro congressi San Gaetano, Via Altinate 71

Presidenti: prof. CR. Rossi, dott.ssa V. Zagonel

Alcuni argomenti: sarcomi e gist: epidemiologia, diagnosi, trattamento medico e chirurgico; controllo di qualità e conformità di trattamento; network e sarcomi: telepatologia, ambulatorio multidisciplinare in rete, teleconferenza e teleconsulto, conticabase

Destinatari: chirurghi, oncologi, radioterapisti, ortopedici, patologi

Segreteria Scientifica: dott. U. Basso, e-mail: u.basso@tin.it, dott. M. Rastrelli, e-mail: marco.rastrelli@ioveneto.it

Segreteria Organizzativa: Ufficio Formazione Istituto Oncologico Veneto-Irccs, sito web: www.ioveneto.it, d.ssa Fortunata Marchese, e-mail: fortunata.marchese@ioveneto.it, tel. 049 8215530



Convegno nazionale

Associazione italiana di medicina aeronautica e spaziale

Roma, 16-18 giugno, complesso monumentale San Michele a Ripa e Casa dell'Aviatore

Obiettivi: il convegno ha lo scopo di aggiornare tutti i professionisti impegnati nel settore medico aeronautico e spaziale, nonché di favorire gli scambi di esperienze tra specialisti delle varie branche

Argomenti: fisiologia aerospaziale, medicina clinica aeronautica, cardiologia aeronautica, human factor, medicina legale aeronautica, operational medicine, sessione pratica

Informazioni ed iscrizioni: sito web: www.aimas.it, e-mail: segreteria@aimas.it, fax 06 99771533

Ecm: riconosciuti crediti ecm per medici, psicologi, infermieri

Urgenze in urologia: confronto tra medico d'urgenza ed urologo

Roma, 14 aprile, Ospedale San Giovanni, aula Folchi

Presidenti: dott. Gianluca D'Elia, dott. Giannantonio Cerqua

Destinatari: urologi, medici di pronto soccorso e di medicina d'urgenza, chirurghi generali, medici di medicina generale, infermieri

Argomenti: dolore acuto al fianco, ematuria, ritenzione urinaria, il cateterismo difficile, medicina difensiva in pronto soccorso, rete territoriale dell'emergenza, insufficienza renale acuta, urgenze dei genitali esterni maschili

Iscrizioni e Segreteria Organizzativa: Triumph C&C, tel. 06 35530215, fax 06 35530251, cell. 335 6113776, e-mail: a.loprete@triumphgroup.it

Ecm: riconosciuti per medici ed infermieri

Osteoporosi in un mondo che cambia

Gallipoli (Le), 13-14 maggio, centro congressi Costa Brada

Responsabile scientifico: dott. Giuseppe Coli

Razionale: le scoperte scientifiche degli ultimi anni hanno portato a multiformi e innovative interpretazioni dei meccanismi eziopatogenetici dell'osteoporosi. Da schemi terapeutici standards per tutti, si è passati a terapie individualizzate in base a origine e tipo di metabolismo di ogni particolare quadro osteoporotico. Inoltre, i nuovi orientamenti demografici stanno comportando un notevole aumento della casistica osteoporotica. Nelle due giornate di corso, partendo dalle recenti scoperte di biologia molecolare riguardanti il metabolismo osseo, si giungerà a presentare i piani terapeutici ragionati attuali ed i futuri orientamenti con i nuovi farmaci biologici

Informazioni: e-mail: coligiuseppe@libero.it, tel. 0833 270538, e-mail: info@archeocongressi.it, tel. 0832 372111

Ecm: riconosciuti 9 crediti ecm per medici

Ecografia clinica

Bologna, 2-6 maggio, sala convegni Cesare Cesari, Casa dei donatori di sangue, Via dell'Ospedale 20

Direttore: prof. Vincenzo Arienti

Alcuni argomenti: come si fa l'ecografia addominale, regolazione dell'ecografo in funzione del quesito, esame doppler e color doppler, colecisti e vie biliari, pancreas, milza e linfonodi

Informazioni: Segreteria Scientifica d.ssa Esterita Accogli, dott. Andrea Domanico

Segreteria Organizzativa: Progetto Meeting, Via De' Mattuiani 4, 40124 Bologna, tel. 051 585792, fax 051 3396122, e-mail: info@progettomeeting.it, sito web: www.ecografiabologna.org/corso2011

Ecm: accreditamento ecm previsto per i medici

Bio e nanotecnologie:

il ruolo di un parco scientifico e tecnologico

Rieti, 13-14 maggio

Presidenti: prof. Vincenzo Regnini, prof. Alessandro Rinaldi, prof. Francesco Riva

Destinatari: odontoiatri e medici

Argomenti: ruolo della rigenerazione del tessuto osseo in chirurgia orale implantare: sviluppo di strategie sperimentali innovative basate sull'impiego di cellule mesenchimali e sulla manipolazione dell'espressione genica

Informazioni ed iscrizioni: Segreteria scientifica sito web: www.biomatchoral.it

Ecm: l'evento è accreditato ecm



Fondazione Mario Tobino

Psicopatologia: la bellezza e le cure

Lucca, 8 aprile, Palazzo Ducale

Relatori: prof. Giuseppe Maffei, prof.ssa Graziella Magherini, prof. Guido Paduano, prof. Giuseppe Riefolo

Informazioni: Segreteria Scientifica prof. Franco Bellato, dott. Enrico Marchi

Segreteria Organizzativa: d.ssa Anna Sacchetti tel. 0583 327242, e-mail: direttore@fondazionemariotobino.it

Attivecomeprima onlus

Management e supporto globale del paziente oncologico

Milano, 6-7 maggio, 24-25 giugno, 14-15 ottobre, 25-26 novembre, Via Livigno 3

Coordinatore: d.ssa Ada Burrone

Argomenti: prevenzione e cura della fatigue: metodo e strumenti; l'alimentazione durante e dopo le terapie oncologiche; stili di vita, quotidianità e vissuto del malato oncologico; second opinion, partecipazione alle scelte e gestione dei conflitti

Informazioni: il programma dettagliato è visibile sul sito web: www.attive.org; per iscriversi è possibile scaricare il modulo dal sito e inviarlo compilato e firmato alla segreteria di Attivecomeprima, fax 02 6887898, e-mail: segreteria@attive.org

Medicina delle catastrofi

Merano, 17-18 giugno

Coordinatore Scientifico: dott. Norbert Pfeifer

Obiettivi: il congresso desidera fornire ai professionisti ed agli operatori della sanità con ruoli professionali diversi una base comune e gli strumenti per gestire meglio le maxiemergenze e le catastrofi

Alcuni argomenti: protezione civile in Italia, difesa civile e protezione civile in Alto Adige, ruolo della centrale operativa 118 nella gestione delle maxiemergenze, protocollo di un incidente chimico, incidenti chimici: diagnosi e antidoti, decontaminazione abc negli ospedali svizzeri

Informazioni: Segreteria Organizzativa P & P srl, Marco Pietri, tel. 347 6507318, 02 66103598, fax 02 66103840, Viale Sarca 41, 20125 Milano, sito web: www.pep-congressi.it, e-mail: info@pep-congressi.it

Ultrasuoni

Monte San Savino (Arezzo), Castello di Gargonza, 29 maggio - 2 giugno

Direttori: dott. Marcello Caremani e dott. Fabrizio Magnolfi

Corso teorico-pratico di base e aggiornamento, che comprende lezioni, discussione di casi clinici, sessioni video-quiz ed esercitazioni pratiche con l'ausilio di tutori. I principali argomenti sono rappresentati da: fegato, colecisti e vie biliari, pancreas, vasi portali, milza, tubo gastroenterico, reni, vescica, prostata, surrene, linfonodi, organi genitali femminili, polmone, eco-color-Doppler, ecografia con contrasto (CEUS), tecnica dell'esame, terminologia per la refertazione. Particolare attenzione viene rivolta all'ecografia clinica nell'emergenza-urgenza per quanto riguarda il paziente con dolore addominale acuto non traumatico e il paziente politraumatizzato

Informazioni: Ultrasound Congress, tel. 0575 380513, 348 7000999, fax 0575 981752, e-mail: info@ultrasoundcongress.com, sito web: www.ultrasoundcongress.com

Rigidità di spalla: riabilitazione versus chirurgia

Milano, 21 maggio, Sala Sistina Hotel Michelangelo, Via Scarlatti 33

Presidente: d.ssa Alessandra Foglia

Coordinatori Scientifici: d.ssa Alessandra Foglia, dott. Gerardo Giudice, dott. Giovanni Di Giacomo

Obiettivo: il Convegno intende far luce sulla rigidità di spalla, dall'inquadramento clinico e di imaging, sino al trattamento riabilitativo e/o chirurgico, attraverso l'analisi delle cause e delle possibilità di prevenzione della rigidità e delle patologie di spalla associate

Destinatari: ortopedici, fisiatrici, reumatologi, medici di base, terapisti della riabilitazione

Segreteria organizzativa: d.ssa Manuela Corona Mendoza, Via Giacomo Zanella 68, Milano tel. 02 76115293, fax 02 75280968, cell. 340 9200749

Ecm: ottenuti 5 crediti e mezzo per l'evento



Quella che segue è l'ultima intervista rilasciata al nostro giornale da Carlo Cannella.

È morto alla fine di febbraio, a soli 67 anni, lasciandoci soli e spaesati. Non sentiremo più la sua voce così carica di umanità che spiegava, sempre con parole semplici ma convincenti (vedi la trasmissione Super Quark di Piero Angela) come condurre una vita sana in questo mondo pieno di veleni. Ci mancherà molto come scienziato e come amico.

Per chi gli ha voluto bene un momento di riflessione.

G. Cris

Perdere qualche chilo con una dieta appropriata

di Daniele Cellucci

Che taglia porto? Quante volte ci siamo fatti questa domanda... Be', alcuni molte, altri magari mai. Spesso però la questione ne nasconde un'altra che ha risvolti di carattere fisico e psicologico: l'ingrassamento. Quando e perché si ingrassa? Quando ingrassare diventa un problema? Perché si forma la pancetta? Cosa fare per toglierla? Lo abbiamo chiesto a Carlo Cannella, Professore ordinario di Scienza dell'Alimentazione nella Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università "Sapienza" di Roma ove è Presidente del Corso di laurea di Dietista e direttore della Scuola di specializzazione in Scienza dell'ali-

mentazione. "La pancetta – spiega il professore – è l'effetto della sovralimentazione rispetto al fabbisogno di energia del nostro organismo. La conseguenza è un accumulo di grassi che nell'uomo si depositano in sede addominale, mentre nella donna sui fianchi".

L'uomo, dunque, diventa "omo de panza" e questo, a volte, può diventare un problema. "Avere la pancia – continua il professor Cannella – è la conseguenza di un processo fisiologico assolutamente naturale. In natura, infatti, nulla si crea e nulla si distrugge, ma tutto si trasforma. Un consumo di alimenti superiore alle nostre necessità molto spesso accompagna da una ridu-

zione dell'attività fisica comporta nell'uomo un eccesso di calorie che non vengono consumate e che si trasforma in grasso che viene accumulato nel deposito addominale a formare la pancetta". E se una mattina mi sveglio, mi guardo allo specchio e dico: "Questa pancia proprio non mi piace", cosa devo fare? Ecco il vademecum del professor Cannella per dimagrire.

Il primo passo da compiere nel momento in cui si decide di dimagrire è evitare assolutamente di digiunare. "Il digiuno – spiega Cannella – non va assolutamente preso in considerazione perché non aiuta l'organismo a disintossicarsi, a eliminare le scorie. Anzi, il digiuno intos-

sica ancor di più ed è quindi bene non smetter di mangiare anche se limitandosi ad escludere alcuni alimenti". Come comportarsi allora? La soluzione è dettata dal buon senso. "La risposta è semplice: mangio tutto, ma ne mangio un po' meno". Anche il cioccolatino? "Certo! - conferma Cannella – sempre con moderazione però. Se prima mangiavo cento grammi di pasta, cerco di mangiarne ottanta. Meglio mangiare vegetale, nutrirsi di frutta, ortaggi, legumi, cereali, e fare un uso discreto dei grassi da condimento. Un esempio: in un pezzo di formaggio c'è il 33% d'acqua mentre in un bicchiere di latte ce n'è l'87%". Meglio dunque bere un bicchiere di latte in più per aiutare la pancetta a ritirarsi in buon ordine. Ma è indispensabile non rinunciare a nulla. E occhio anche alle bibite, parte fondamentale in una dieta sana e bilanciata. "Vale sempre lo stesso discorso anche per le bibite come per il mangiare: bere meno bibite che contengono zuccheri "nascosti", se non se ne può fare a meno". Quando si comincia una dieta, inoltre, non bisogna mai sottovalutare l'aspetto psicologico. "Se da un giorno all'altro smetto di mangiare, è facile che per reazione dopo pochi giorni io mi metta a mangiare ancor più di prima". Moderazione dunque: la dieta deve essere graduale e mai punitiva.

Mangiare meno e mangiare meglio è il primo passo dunque, ma da solo non è di certo sufficiente. Al fianco di una dieta più sana, infatti, è indispensabile anche modificare, quando necessario, il proprio stile di vita. “Dato che la pancetta è la conseguenza di un eccesso di calorie rispetto a ciò che consumiamo – ribadisce Cannella – per dimagrire non basta ridurre la quantità di calorie, ma è necessario accompagnare la dieta con una costante attività fisica”. Lo stile di vita è fondamentale, dunque, e la dieta va accompagnata dal movimento: le calorie vanno bruciate. “Non è uno sport stare seduti davanti alla televisione, così come non è uno sport andare allo stadio a vedere una partita. Gli sportivi da stadio non esistono” spiega il professore. E quali sono gli sport consigliati? “Non c’è uno sport migliore di un altro. La cosa fondamentale è fare attività fisica. Ma non due volte alla settimana per un’ora, bisogna far-

la tutti i giorni, in maniera costante. Ognuno sceglie lo sport che più gli piace. Non ci sono sport più indicati o meno indicati: basta muoversi di più. L’esercizio fisico viene considerato poco nella società di oggi – continua Cannella – Prendiamo l’automobile anche per fare poche centinaia di metri, e se troviamo parcheggio distante da casa ci lamentiamo. Sarebbe bene invece evitare di prenderla, ogni tanto, la macchina. È meglio fare una sana colazione la mattina e uscire a piedi, quando possibile. L’uomo, d’altronde, non è nato per essere sedentario”.

Un aspetto da non sottovalutare nel momento in cui si decide di mettersi a dieta è il fattore tempo. La bilancia, a volte, può sembrare impietosa, ma è bene armarsi di pazienza. “Quando parlo con un mio paziente che sta iniziando una dieta – dice Cannella

– gli raccomando di non controllare il peso durante la prima settimana.

Dimagrire non è un processo immediato. Bisogna diffidare delle diete che promettono di dimagrire sette chili in sette giorni, sono illusorie”. Per dimagrire, per farlo bene, è necessario essere consapevoli che ci vuole tempo e costanza: “Il nostro organismo è fatto molto bene – spiega Cannella. Nel momento in cui cominciamo a mangiare meno, massimizza l’assorbimento del cibo che introduciamo e riduce le spese”. È lo stesso procedimento che facciamo quando abbiamo pochi soldi in banca: massimizziamo l’utilizzo dei pochi risparmi e riduciamo le spese per arrivare alla fine del mese. “Abbiamo il gene parsimonioso – continua il Professore – e dobbiamo dare al nostro organismo il tempo necessario per abituarsi alle nostre nuove abitudini alimentari. Se in un chilo di grasso ci sono 7200 calorie e io mangio 500 calorie al giorno in meno rispetto a quanto mangiavo prima, ci vogliono circa quindici giorni perché inizino a farsi vedere i risultati della dieta”. Il fattore tempo, inoltre, è strettamente legato al tipo di alimenti da mangiare: “Come già detto – ribadisce Cannella – non vanno tolti completamente alcuni alimenti. È bene sottolinearlo di nuovo perché altrimenti si può anche dimagrire, ma lo si fa male. In un chilo di mu-

scolo ci sono solo 1500 calorie ma non sono quelle che io voglio bruciare, per dimagrire bisogna consumare il grasso. Per dimagrire “bene” consumando il grasso occorre lo stesso tempo che ho impiegato per ingrassare! Ci vuole pazienza cioè saper aspettare e costanza nel mangiare di tutto con moderazione senza lasciarsi abbindolare dai messaggi seducenti delle diete miracolose a base di integratori, erbe, bibitoni, e altre “stregonerie” del tipo della dieta a zona che non hanno alcun fondamento scientifico e non ci aiutano a correggere quelle abitudini alimentari errate che ci hanno fatto ingrassare”.

Ma che stress questa dieta... e lo stile di vita poi, che spesso porta a ritmi difficilmente sostenibili. Ma tutto questo ha effetti sulla pancetta? “Lo stress – specifica il professor Cannella – può avere effetti sulla pancetta solo nel caso in cui il mangiare diventa un modo per sfogare le tensioni. In linea teorica, in effetti, lo stress è dietetico in quanto aumenta le spese energetiche”.

A tirar le somme, quindi, se proprio la pancetta non piace, è bene iniziare a mangiare meno e meglio, a farlo in maniera graduale, a muoversi di più e per più tempo ed è bene armarsi di pazienza perché se è vero che lo stress fa dimagrire, è meglio farlo senza stressarsi! •



Vincente, bello e perfetto quando il narcisismo è patologico

di Maurizio Zomparelli (*)

La comunità scientifica americana all'inizio di quest'anno ha riclassificato il narcisismo come un sintomo di patologie più vaste e complesse e lo ha di fatto cancellato dalle altre psichiatriche comprese nel Diagnostic Statistical Manual (DSM).

Una svolta epocale per chi si interessa di psichiatria, infatti il Dott. John Oldham, membro della commissione, precisa che prima il narcisista oltre ad avere un senso smisurato della propria superiorità sarebbe totalmente privo di capacità empatiche e lo stesso Carl Bell, altro membro della stessa commissione, oggi, lo ritiene solo una tendenza della personalità.

Tutto ciò perché vi è stato un riscontro notevole di presenze di individui affetti da tale comportamento e che gli stessi, che lo presentavano, risultavano perfettamente inseriti nel contesto sociale.

Freud era di tutt'altro parere e considerava lo stesso narciso come un essere incapace di amare con tendenze all'autoerotismo ed incapace di stabilire rapporti sociali e normali con chi lo circondava.

La figura di Narciso era già presente nella mitologia, lo



stesso, secondo la legenda, era figlio di Cefiso, una divinità fluviale e della ninfa Liriope, lo stesso Ovidio nelle Metamorfosi lo descrive come un giovane di rara bellezza, tanto da fare innamorare di se uomini e donne, sino alla follia ed a tal punto di odiarlo ed invocarne la morte, viste le reiterate rinunce ai loro approcci.

Il fatto di non concedersi con il corpo e di compiacersi con altri, spingeva lo stesso Narciso ad una vita solitaria, passata a cacciare, sino alla condanna definitiva da parte degli dei che lo costrinsero ad innamorarsi della propria immagine. Si narra che Narciso morì affogato e che le Naiadi e le Driadi al posto del suo corpo trova-

rono un fiore sulle sponde del fiume.

Mitologia a parte il narcisismo patologico, oggi, ricalda il modello dell'uomo imposto come immagine di se stesso al centro del mondo in cui vive, in una società sempre più protesa a sviluppare egopaticamente l'io, che così perde la propria identità, per sostituirla con quella di un essere proteso a sembrare vincente, bello e perfetto. La dispercezione del "se" porta il narcisista ad allontanarsi dalla propria realtà e dinamicamente lo proietta nell'immaginario di un mondo che lo stesso raffigura in funzione di se stesso e delle sue necessità. Per essere accettato dagli altri che lo immaginano spietato e vincente, il

narcisista recita la sua parte in un ruolo che spesso è lontano dalla propria identità e che lo porta lentamente alla solitudine.

Altra cosa è considerare un sano narcisismo come un atteggiamento determinato e volitivo dell'uomo moderno, inteso come autostima, indispensabile per muoversi nella dinamica quotidiana, soprattutto quella lavorativa, visti i ritmi e le problematiche che è costretto ad affrontare nel clima di un'alta competitività professionale ed anche delle esigenze familiari da affrontare con estrema forza e capacità personale. La famiglia più che un nucleo di persone è divenuta una vera e propria azienda da gestire sia finanziariamente, sia nei rapporti interpersonali, ovviamente oltre quelli affettivi con il partner che con la prole, così se non si è determinati e certi di contare sulle proprie forze si rischia di far naufragare il progetto intrapreso. L'autostima è e rimane un rimedio indispensabile per affrontare la vita quotidiana.

Infine un riferimento statistico: i soggetti affetti da narcisismo comprendono una percentuale maggiore del sesso maschile su quello femminile e la popolazione colpita sarebbe intorno al 2%, con un aumento sensibile sino al 10% dei pazienti trattati nelle residenze psichiatriche. •

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



22 APRILE 1912

Grande novità editoriale in Russia: vede la luce il giornale la "Pravda" ("Verità")

11 APRILE 1921

In Germania il governo del Reich accetta di pagare 132 miliardi di marchi d'oro quale riparazione di guerra.

28 APRILE 1925

Pierre de Coubertin nel corso della ventottesima sessione del Cio che si tiene in Cecoslovacchia annuncia le sue dimissioni dalla presidenza.



Pierre de Coubertin

5 APRILE 1951

Negli Stati Uniti Julius e Ethel Rosenberg vengono condannati a morte per spionaggio. L'accusa di aver passato ai sovietici segreti sulle armi nucleari li portò alla sedia elettrica il 19 giugno del '53. La vicenda colpì in tal modo

Aprile e le sue storie...

*Da tradimenti
non si poté guardare Cristo.*

Franco Sacchetti, Il Trecentonovelle

Ethel e Julius Rosenberg



l'opinione pubblica che alla morte dei coniugi Renato Guttuso disegnò i volti dei due dando all'opera il titolo "Julius ed Ethel Rosenberg". Il cantante Bob Dylan trent'anni dopo la morte compose per loro una canzone.

28 APRILE 1959

Entra in commercio il primo contraccettivo intrauterino, la spirale.

26 APRILE 1983

La Fiat sceglie il palcoscenico di Orlando, negli Stati Uniti, per presentare l'ultima utilitaria, la Uno, destinata ad un clamoroso successo.



13 APRILE 1981

A Roma Papa Giovanni Paolo II viene gravemente ferito dal terrorista turco Ali Agca.



30 APRILE 1982

La Spagna è il sedicesimo membro della Nato.

25-26 APRILE 1986

A Chernobyl, sconosciuta cittadina sovietica, si verifica il più grave incidente mai accaduto in una centrale nucleare. Più di centomila persone vennero

Chernobyl



evacuate, l'allarme si propagò in tutta Europa (si pensi che Finlandia Svezia e Norvegia vennero di lì a poco colpite dalla nube radioattiva che si era sviluppata), intere derrate alimentari di frutta e verdura provenienti dai paesi maggiormente colpiti vennero distrutte. Per mettere in sicurezza la centrale, dopo il drammatico incidente, il reattore danneggiato venne ricoperto da una colata di cemento in grado di fermare la contaminazione con l'ambiente esterno, mentre gli altri reattori della centrale rimasero in attività. Molti sforzi, però, risultarono vani con il trascorrere del tempo.

21 APRILE 1991

Rajiv Gandhi, ex primo ministro indiano e presidente del partito del Congresso, viene ucciso in un attentato.

6 APRILE 1993

Negli Stati Uniti viene scoperto dal dottor Bert Vogelstein un gene che provoca il tumore del colon.

1 APRILE 1996

I laburisti guidati da Tony Blair vincono le elezioni in Gran Bretagna dopo diciotto anni di governo conservatore.

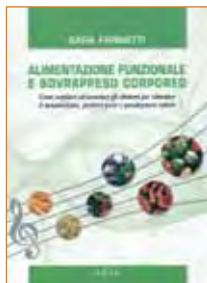
Alimentazione funzionale e sovrappeso corporeo

L'Alimentazione funzionale sviluppata dall'Autrice insegna a non demonizzare i carboidrati e i grassi, ma a sfruttare la genuinità, le modalità di cottura e l'associazione tra i vari alimenti. Il cibo, infatti, influisce sulle funzioni organiche fisiologiche del corpo umano, una macchina perfetta nella sua struttura e ottimizzata per utilizzare le proprietà nutrizionali degli alimenti. Un altro concetto fondamentale che emerge dalla lettura è che il fabbisogno nutrizionale cambia in base alle esigenze del corpo e alle caratteristiche genetiche di ognuno di noi, la dieta va pertanto "personalizzata" e deve poter essere "mutevole" adeguandosi alle richieste dell'organismo; gli schemi dietetici standard vanno dimenticati e l'intervento dietetico va effettuato sull'unità dinamica in toto dell'organismo.

Sara Farnetti

"Alimentazione funzionale e sovrappeso corporeo"

Casa editrice scientifica internazionale, Roma – pp. 194, euro 30,00



Storie e memorie di cuore e quore

È una singolare selezione di articoli, commenti, saggi, esperienze, ricordi, flash, uno straordinario memoriale interessante per tutti, cardiologi e cardiopatici. L'ammalato di cuore o chi ne vuol sapere, grazie alle doti di divulgatore dell'Autore, che come pochi riesce a spiegare con chiarezza tutto quanto concerne i complessi fenomeni, normali e patologici, del nostro cuore, potrà capire ciò che lo riguarda o lo interessa. Il cardiologo vi troverà le rifles-

PREMIO LETTERARIO IL MURO MAGICO 2011

L'Associazione Culturale "Il Muro Magico", con il patrocinio del Museo Nazionale dei Trasporti di La Spezia, indice il Premio letterario avente per tema "Il treno".

Lo scorso anno ben due i medici premiati: nella sezione poesia Gabriella Pisone (Trieste) con "Ti troverò là..." e nella sezione racconti Giuseppe Pacini (Genova) con "Incontro". Nel 2011 il concorso prevede due sezioni: letteraria (racconti brevi, "noir", poesie e testi musicati) e video (riprese realizzate da telecamera posta su un rotabile che circolerà liberamente sui binari del vostro plastico in qualsiasi scala). Le opere dovranno pervenire all'Associazione "Il Muro Magico" entro il 15 maggio 2011, anche via e-mail, accompagnate da copia del vaglia postale attestante l'avvenuto pagamento della quota di partecipazione di 10 euro.

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

sioni, gli aggiornamenti, i dubbi che l'assillano e che hanno sovente accompagnato l'avanzata della cardiologia, una storia che è dei nostri giorni, se si pensa che i primi elettrocardiogrammi nel nostro Paese sono stati registrati negli anni di guerra nella clinica medica di Milano, con un galvanometro donato da un industriale in memoria del figlio.

Eligio Piccolo

"Storie e memorie di cuore e di quore"

Piccin editore, Padova – pp. 479, euro 20,00



Quando il medico può andare in pensione?



In campo previdenziale anche quest'anno si sono verificati alcuni cambiamenti per l'accesso alle pensioni. Marco Perelli Ercolini, per diversi anni consigliere Enpam e soprattutto esperto della previdenza dei medici ha cercato di esporre, in modo chiaro e schematico, una sintesi delle possibili uscite nel 2011 e delle varie finestre, sottolineando come le nuove regole non vadano peraltro ad inficiare i diritti di accesso al trattamento di pensione quando siano già stati maturati, seppur non ancora attivati. Il Fondo generale Enpam, Quota A e Quota B, i Fondi speciali, la previdenza Inpdap degli Ospedalieri, le pensioni di vecchiaia e di anzianità, il sistema retributivo e il sistema contributivo, alcune norme che riguardano le donne: il tutto trattato in poche e concise righe per conoscere e non perdere dei diritti o crearsi false illusioni.

Marco Perelli Ercolini

"Quando il medico può andare in pensione?"

Assimedic, Milano - copia omaggio

Info: tel. 02 91983311, fax 02 48009447

Navigare...anche per mare

Già autore di "Ho fatto...la guerra" (Editografica), Giorgio Oblach ha raccolto in questo libro tutti gli scritti del passato che ha trovato, fogli, foglietti, quaderni. Sono racconti, pensieri, storielle, stati d'animo, a volte allegri a volte tristi, scritti alcuni da ragazzo altri coll'avanzare dell'età: un insieme di racconti, quindi, di vita vissuta riguardanti il campo medico, nautico, l'avventura, il quotidiano, gli amici, i parenti, l'amore, la goliardia, la guerra. Come cita la quarta di copertina è un libro "sconsigliato ai minori di ottanta anni. Ma se lo leggono possono imparare tante cose".

Giorgio Oblach

"Navigare...anche per mare"

Editografica, Bologna – pp. 128, euro 12,00



Sottovoce agli psichiatri

La psichiatria negli ultimi anni ha visto profonde modificazioni nel suo assetto e nel suo statuto. Avendo avuto l'occasione di fare alcune osservazioni su diverse aree della psichiatria ed avendo notato la buona accoglienza che queste osservazioni hanno ottenuto, l'Autore ha pensato di raccogliere, dando loro, senza molte pretese strutturali, una sequenza, se non nosologica, logica. L'ispirazione di fondo è psicoanalitica: ma di psichiatria clinica si tratta. Una psichiatria da un punto di vista differente ed inusuale, mossa da istanze nostalgiche e osservata con occhio strabico, rivolta da un lato al caso clinico, dall'altro al mondo degli uomini in generale. Cose, appunto, da raccontare agli psichiatri sottovoce, in modo da farsi sentire da quelli che si interessano di certe cose, una conversazione tra amici.



Romolo Rossi

“Sottovoce agli psichiatri”

Piccin editore, Padova – pp. 312, euro 25,00

Anche i prof hanno un cuore



Oltre 200 voci per descrivere con franchezza e con brio vari aspetti del mondo scolastico: un solido passaggio di informazioni, da Sala Professori, tra un'insegnante di lunga e variegata esperienza professionale e i giovani colleghi, in particolare i volenterosi che intraprendono l'insegnamento nella Scuola Media. Il docente agli esordi può trovare in queste pa-

gine suggerimenti per il proprio lavoro; il prof in piena attività testimonianze attendibili e spunti di riflessione; chi ha lasciato, o si appresta a lasciare la scuola, un'occasione per ricordare momenti trascorsi. Il libro è anche per i genitori che desiderano sapere qualcosa di più sulla scuola, e non è vietato agli studenti che vorrebbero capire un po' meglio i loro insegnanti.

Anna Antonini

“Anche i prof hanno un cuore”

Nuova Ipsa editore, Palermo – pp. 224, euro 14,00

La tormentata vita di Gabriellino D'Annunzio

Il saggio, che fa parte della “collana dannunziana” di Ianieri editore, tratteggia il tormentato rapporto tra il poeta e il suo secondogenito Gabriellino, mostrandolo sotto aspetti diversi da quelli finora studiati dalla critica. I

due, nel corso della vita, si scambiarono oltre mille lettere e questo libro, scritto dal dannunzista Franco Di Tizio, dimostra ampiamente, attraverso la ricca documentazione inedita, come il loro rapporto – considerato pessimo dai giornalisti e biografi dannunziani – sia stato travisato, e ci manifesta, inoltre, quanto sia stata travagliata la vita di Gabriellino che, ignorando i consigli paterni, volle intraprendere la carriera teatrale e quella cinematografica, dalle quali, però, ricevette soltanto amarezze e delusioni.

Franco Di Tizio

“La tormentata vita di Gabriellino D'Annunzio”

Ianieri Editore, Pescara – pp. 480, euro 38,00



Il segreto del gelso bianco



Questo romanzo è la vera storia di un segreto, confidato da una bambina dapprima a un albero di gelso bianchi e poi affidato alle pagine di un diario. Ma è soprattutto la storia di una donna, Marianna, della sua famiglia e di un piccolo paese che nel tempo si evolve pur restando avviluppato alla sua essenza rurale. Una saga che si dipana nell'arco di tutto il XX secolo, tra la Murgia pugliese, gli Stati Uniti d'America e la città di Torino, narrando l'avventura di affanni quotidiani, di sentimenti e amori, di gioie e di sofferenze, di superstizione e di religiosità, di maldicenza e di solidarietà. Il tutto velato da un alone di magia e condito con il sale dell'ironia.

Antonella Caprio, Franco Caprio

“Il segreto del gelso bianco”

Besa editrice, Nardò (LE) – pp. 368, euro 18,00

CONGRESSO AMSI

Dal 2 al 5 giugno, presso l'Hotel Europa di Julianova, si terrà il 60° Congresso dell'Associazione Medici Scrittori Italiani. Le iscrizioni devono pervenire entro il 13 aprile 2011. Nel programma è prevista anche la possibilità di partecipare al VII Premio Anfiosso, con due sezioni: una dedicata alla poesia ed una alla narrativa. Chi non riesca ad inviare l'elaborato entro il 13 aprile potrà portarlo con sé e presentarlo nella mattinata congressuale del 3 giugno.

Per informazioni: dott. Antonio Lera

cell. 347 8335411 - e-mail amarzial@libero.it

di G. F. Barbalace



L'Aquila bella mia

Le liriche che Antonio Lera ha raccolto in questo volume sono ispirate dall'amore per il suo luogo natio dalla bellezza montana, che lo lega ai suoi ricordi infantili e agli affetti familiari. Queste composizioni esprimono un turbinio di sentimenti, di amore per la natura, di empatia per gli esseri umani, di amichevole conforto per chi soffre nella malattia e di consapevole commo- zione per il dramma vissuto dalla sua città, della quale anch'egli si sente "pietra che trema ancora". Sono sentimenti resi in forma piana e scorrevole, libera dagli artifici della tecnica poetica e formulati con mezzi espressivi molto personali, capaci di toccare l'animo del lettore con un'efficacia che non viene perduta nemmeno nelle versioni inglese e spagnola, che accompagnano ogni poesia. Il ricavato dalle vendite di questo volume è destinato alla promozione di un parco interattivo per la città dell'Aquila.

Antonio Lera
"L'Aquila bella mia"

www.edizioneflavius.it - pp. 95, euro 20,00

Urgenze cardiologiche in Pronto Soccorso



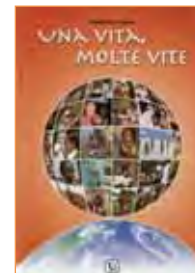
Andrea Ciolli e Paolo Trambaiolo hanno riunito gli interventi di un gruppo di medici dell'Ospedale Sandro Pertini di Roma riguardanti le patologie cardiovascolari acute in Pronto Soccorso e i relativi percorsi diagnostico-terapeutici, con lo scopo di fornire un aiuto agli operatori sanitari con questo pratico manuale che assicura una completezza di informazioni ed una presentazione dei trattamenti da seguire delle più comuni urgenze cardiologiche.

Oltre ai tipici casi di urgenza, quali le sindromi coronariche acute, le sincope, le aritmie ipo e ipercinetiche più frequenti, gli scompensi cardiaci acuti, l'embolia polmonare e la dissecazione aortica, il testo riporta anche i protocolli di somministrazione dei farmaci per il paziente critico ed un prontuario utile alle scelte diagnostiche e terapeutiche.

Andrea Ciolli, Paolo Trambaiolo
"Urgenze cardiologiche in Pronto Soccorso"
C.E.S.I., Roma - pp. 105, euro 20,00

Una vita, molte vite

Il bel libro che Giuseppe Tormen ha scritto per lasciare una testimonianza di sé ai propri nipoti non è soltanto la biografia di una vita operosa, vissuta nella testimonianza del Vangelo, ma è anche la storia di una lunga attività svolta nel campo del volontariato in aiuto degli ammalati e di bambini bisognosi del Sudamerica e dell'Africa. Assieme alla consorte Gabriella, l'autore ha operato tra le povere genti dell'Amazzonia e del Kenia. Qui, dove la coppia è rimasta alcuni anni, è anche nato il loro secondogenito. In queste pagine i fatti riguardanti il volontariato si intrecciano ad un interessante racconto delle misere, ma dignitose condizioni delle popolazioni visitate, dei loro costumi e di ciò che viene prodotto e usato in quei luoghi. Le vicende personali sono invece un bel l'esempio di volontà di affermazione, di affetti sinceri e di dedizione al prossimo e alla famiglia.



Giuseppe Tormen
"Una vita, molte vite"

Editrice Velar, Gorle (BG) - pp. 464, euro 23,00

Dolore è malattia Diagnosi-trattamento-prevenzione

Sulla base dell'esperienza maturata come primario del "Servizio di Analgesia, Anestesia, Rianimazione" dell'Arcispedale Sant'Anna di Ferrara e dello studio della medicina cinese, che ha analizzato secondo i metodi della ricerca scientifica, Orlando Guerrini ha dimostrato che i diversi tipi di intervento sui punti dell'agopuntura cinese danno risultati molto positivi per l'assenza di azioni secondarie o di lesioni permanenti. Per questi motivi ne ha introdotto, per primo in Italia, la pratica nel servizio di analgesia ospedaliero. Il testo, cui è allegato anche un CD, si presenta come una guida per l'approfondimento e l'utilizzazione delle conoscenze culturali e strumentali necessarie per adeguare questa pratica diagnostica-terapeutica e la filosofia cinese alle conoscenze accademiche.



Orlando Guerrini
"Dolore è malattia. Diagnosi-Trattamento-Prevenzione"
Nuova Ipsa Editore, Palermo - pp. 474, euro 90,00

La famiglia è ancora un affare?



Livio Melina e Giulio Gallazzi hanno riunito in questo volume gli scritti di vari autori sul significato e il valore da dare alla famiglia dal punto di vista sociale e finanziario.

Si tratta di dodici monografie che affrontano questa tematica sviluppandola, da un punto di vista cristiano, nei suoi diversi aspetti.

La famiglia, in quanto fonte di virtù sociali e in quanto nucleo fondamentale per lo sviluppo del territorio, è vista come fondamento dello Stato, per il quale fornisce supplenze in moltissimi campi assicurando risparmio, sviluppo economico e sapienza affettiva ed è vista come presupposto di quel bene comune, del quale, sempre più, si sente la mancanza.

Gli aspetti finanziari riguardanti la famiglia spaziano dal microcredito agli interventi filantropici, dal cosiddetto "social housing" al prestito vitalizio ipotecario per gli anziani, dai rapporti con le banche alla dinamica dei prezzi e lo sviluppo sostenibile.

Livio Melina, Giulio Gallazzi

"La famiglia è ancora un affare?"

SRI Group, Milano-Roma - pp. 191

Gli irriducibili dell'evoluzionismo darwiniano



Giovanni Lo Presti, autore del coraggioso, anticonformistico e documentato saggio "Darwin bocciato in medicina", con questo volume torna sull'argomento per difendere la propria convinzione dell'asciuticità delle teorie darwiniane e per rispondere alle osservazioni di quattro cattedratici dell'Università di Catania apparsi sul quotidiano "La Sicilia". Nel rintuzzare le

critiche ricevute con riflessioni basate sempre su dati scientifici e mantenendosi lontano da ogni connotazione confessionale, l'autore confuta anche le certezze degli "apostoli dell'evoluzionismo", i quali sembrano accodarsi acriticamente alla cultura scientifica americana, notoriamente poco incline ad ogni accenno di trascendenza, quasi più per avversare la nostra civiltà cristiana che per una sostenibile convinzione scientifica. Per la loro acutezza e l'ampiezza delle argomentazioni, le osservazioni del dottor Lo Presti meriterebbero di essere accolte in un grande dibattito di respiro internazionale.

Giovanni Lo Presti

"Gli irriducibili dell'evoluzionismo darwiniano"

Bonanno Editore, Acireale-Roma - pp. 139, euro 12,00

In breve

Pietro Lanciani

RIME GIOVANILI 1968 - 1973

Brevi, meditati versi composti in una forma e con un lessico che spesso riecheggiano gli accenti della poesia medievale. In queste composizioni le moderne tematiche, quali la cupidigia dell'uomo, i problemi della pace, il rispetto della natura, unitamente a quelle più classiche dell'amore, dei ricordi giovanili, delle visioni oniriche, acquistano una notevole impronta di originalità.

Il Filo, Roma - pp. 44, euro 12,00

Alessandro Canton

SOTTOVOCE

Il volumetto raccoglie, in un distillato di saggezza dell'autore, le note sull'importanza di restare fedeli a se stessi per navigare tra i flutti della vita, senza smarrire la meta da raggiungere; di avere la forza morale per migliorarsi; di coltivare l'amicizia. Questa visione della vita, cui vengono congiunti i principi del Rotary Club, è bene illustrata dalle pitture marinare di Fulvio Ninatti.

www.edizionimartina.com - pp. 64

Gabriella Maria Scamardella

TE LO DICO IN VERSI

Un amore appassionato, sofferto, tradito, che vuole "amare l'amore" con il corpo e con i sentimenti. Questo è il contenuto di questi versi che frugano con poche, essenziali parole nei segreti dell'animo, nei luoghi e fra gli oggetti della quotidianità per trarre un poetico distillato della fatica del vivere e trovare il coraggio necessario per non soccombere.

Graus Editore, Napoli - pp. 55, euro 10,00

Damaso Caprioglio e altri

"AL NOST DUTUR"

Il volume riunisce gli scritti con cui molti cittadini di Rosignano Monferrato hanno voluto ricordare il loro Medico Condotta dott. Carlo Zanello. Queste pagine testimoniano l'abnegazione e la competenza rassicurante di un medico che si è completamente dedicato alla cura dei suoi pazienti e lo additano ai paesani e a tutta la classe medica come fulgido esempio di professionista.

Arti Grafiche Casale

Casale Monferrato, (AL) - pp. 88

Alessandro Di Franco

NAUSICAA

Queste liriche stringate, ora concettuose, ora di grande spontaneità, vogliono dare un'interpretazione psicologica dell'agire dell'uomo, degli inganni della sua mente e della sua volontà di assoggettare la natura. In questa indagine, particolare significato acquista la vita marinara, la pesca, il mare e il suo profumo, il remare.

Ibiskos Editrice Risolo, Empoli (FI) - pp. 65, euro 10,00



Luciano Sterpellone ha scritto un nuovo libro dove racconta la vita di sessantuno colleghi medici, diventati celebri per aver offerto all'unanimità il loro sapere scientifico, sfociato, spesso, in storiche scoperte. Sono racconti di vita (molti li abbiamo pubblicati sul Giornale della Previdenza) che appassionano e dovrebbero inorgoglire donne e uomini che hanno dedicato la maggior parte della loro vita alla professione più bella del mondo. Per imparare a sfogliare il volume edito da "red@zione" (www.e-redazione.it) di Genova, pubblichiamo la prefazione di Eolo Parodi che i medici, da una vita, li conosce bene

Ci sono momenti nella vita in cui un uomo sente la necessità di fare il punto sulla sua esistenza. Non è facile. Spesso ti assale un senso di solitudine che fa paura perché si pensa di non essere più in grado di affrontare il futuro. È allora che chiamiamo in soccorso la memoria per ricordare le cose belle che abbiamo vissuto, le cose meravigliose che abbiamo letto. Questo momento per me, ancora una volta, è arrivato sfogliando un libro. Un libro che racconta vita, morte e miracoli di miei insigni colleghi, di medici che con il loro operare hanno nei secoli contribuito, entrando a porte spalancate, a fare la storia della medicina.

Quando l'editore mi ha presentato le bozze di quest'opera ho subito pensato a un gentile regalo. Leggendo la nuova testimonianza di Luciano Sterpellone, amico e collega, mi sono invece immedesimato trasferendomi, più di una volta, nei panni delle decine di personaggi che l'autore con la penna garbata che gli riconosciamo, descrive.

A scorrere queste pagine ti prende una specie di frenesia, al punto che vorresti arrivare il più velocemente possibile alla fine dei singoli ritratti perché le storie possano essere incasellate nella tua memoria e diventare cultura. I tratti di que-

sti uomini e donne, oramai quasi tutti "nascosti" nel tempo, ti compariranno accanto, pur indossando ognuno costumi di epoche diverse, aiutandoti ad approfondire le conoscenze del mondo medico.

Luciano Sterpellone (è un bene di famiglia: suo fratello Alfonso fu un grande giornalista) descrive con una chiarezza invidiabile questa vita da scienziati trasportando il lettore in un mondo che per noi medici diventa quasi un rifugio: per chi medico non è o non lo è ancora, le pagine si trasformano nella rappresentazione senza età, di decine di illustri camici bianchi che ebbero amore e rispetto per i loro simili in sofferenza.

Lo storico Sterpellone nello scrivere, deve aver tenuto presente il pensiero di Cicerone espresso nel De Oratore: "...la storia è testimone dei tempi, luce della verità, vita della memoria, maestra della vita, nunzia dell'antichità".

All'autore un grazie di cuore. Ai colleghi l'augurio che la lettura di "Medici nella storia" contribuisca ad accrescere il sentimento di riconoscenza che dobbiamo a chi ha dedicato l'esistenza alla Medicina che non è una scienza ma un atto d'amore.

Un consiglio: arricchite la vostra biblioteca con questo libro. •

Luciano Sterpellone
"Medici nella storia."
Da Alcmeone di Crotone a Rita Levi Montalcini"
 Red@zione, Genova - pp. 216, euro 20,00
 e-mail info@e-redazione.it
 Sito web www.e-redazione.it

Chagall, dalla pittura alle vetrate

di Giorgio Spagnolo

Moishe Segal, meglio conosciuto come Marc Chagall, è oggi universalmente ricordato come uno dei più grandi pittori del ventesimo secolo. Occorre tuttavia ricordare che nella sua lunga vita (nato nel 1887 nella cittadina russa di Vitebsk, oggi facente parte della Bielorussia, e morto a Saint-Paul-de-Vence nel 1985 all'età di 98 anni) egli creò un'opera incredibilmente variegata: dipinti (fra cui quelli con il famoso blu di Chagall), guazzi, disegni, sculture, ceramiche, vetrate, arazzi, mosai-

ci, litografie, incisioni, illustrazioni per libri, scene e costumi per il teatro, il balletto e l'opera. In particolare le sue vetrate dai colori sgargianti sono state definite dai critici un magnifico contributo ad una venerabile forma di arte, come io stesso ricordai in un mio articolo scritto diversi anni fa al ritorno da un viaggio in Israele (Chagall e l'ospedale di Hadassah: *Cardiologia Extraospedaliere* 2002; 4: 434-6), durante il quale ebbi modo di ammirare da vicino numerose sue opere (oltre alle vetrate della sinagoga di Hadassah, gli arazzi e i mosaici che arricchiscono l'atrio, conosciuto per questo come "Atrio Chagall" della Knesset, il parlamento israeliano) e tant'altro.

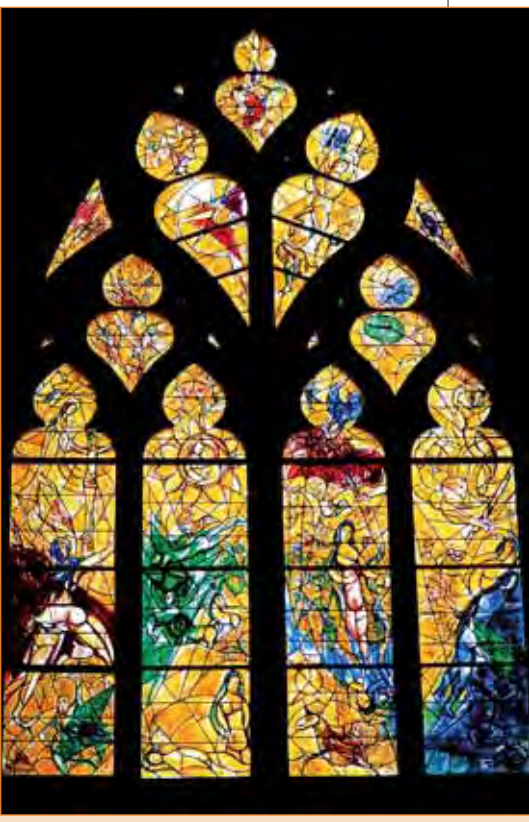
Tornando alle vetrate, tra le magnifiche cattedrali gotiche che Chagall poté ammirare nei lunghi anni trascorsi in Francia ci sono quelle di Chartres e Notre-Dame a Parigi. Ciò che lo attirò enormemente nelle vetrate fu la ricchezza dei colori e dello schema compositivo, tanto da fargli affermare che "gli elementi fondamentali di una vetrata sono molto semplici: i materia-

li e la luce. Che sia in una cattedrale o in una sinagoga è la stessa cosa: qualcosa di mistico attraversa il vetro".

Ed oggi le sue superbe vetrate si possono ammirare in Francia, Israele, Stati Uniti, Germania, Inghilterra e Svizzera, la maggior parte nelle chiese (e solo quella di Hadassah in una sinagoga), ma anche in molti musei, ed addirittura, come la celebre vetrata "Pace", realizzata in ricordo di Dag Hammarskjöld, nella sede delle Nazioni Unite a New York. A proposito delle sue vetrate della cattedrale di Saint-Etienne a Metz raffiguranti temi biblici come La Creazione, Il Sacrificio di Abramo, Mosè che riceve le Tavole della Legge, l'espulsione di Adamo ed Eva dal Paradiso, egli, sottolineando che non era stata la Chiesa Cattolica ad avergli commissionato queste vetrate ma il governo francese, disse che aveva accettato l'incarico perché "in quanto ebreo, consideravo un grande onore essere invitato a rappresentare temi biblici in una cattedrale del XIII secolo". E, come per altre vetrate di chiese, tra le quali quella della cattedrale Fraumünster di Zurigo, che a suo tempo ebbi modo di confrontare visivamente con quelle di Gerusalemme, non richiese alcun compenso. E proprio le vetrate di Gerusa-

lemme, che gli furono commissionate dall'ospedale di Hadassah per la sinagoga del centro medico dell'Università Ebraica, furono certamente la sua più grande impresa in questo settore artistico. Soggetto delle vetrate sono le 12 tribù di Israele come descritte nel libro della Genesi, e, in accordo con i precetti religiosi ebraici, queste vetrate non mostrano immagini umane, ma solo nomi delle tribù e citazioni bibliche in ebraico, insieme a candelabri, fiori, uccelli, pesci ed altri animali. Le vetrate, che misurano più di 3 metri di altezza per 2,5 metri di larghezza, sono rese particolarmente luminose dall'intensa luce di Gerusalemme, e si possono definire una commovente sinfonia di colori, poesia e fantasia. Non a caso Marc era venuto a Gerusalemme ed aveva fatto una serie di tests sul luogo prima di decidere la posizione di ogni singola finestra.

E proprio dal confronto con le vetrate della chiesa cattolica di Zurigo mi si è resa palese la più forte passione con la quale Chagall, ebreo russo, intraprese quest'opera in un luogo sacro alla "sua" religione. La stessa passione e la stessa adesione alla tradizione biblica che ho potuto ritrovare nelle figure degli splendidi arazzi che decorano l'atrio della Knesset, ed anche questo rafforza le conclusioni emergenti dal confronto con le vetrate di Zurigo. •



Cattedrale di Saint-Etienne, Metz (© Christian Legay)

Alla ricerca del passato pensando al futuro

Intervista a Alberto Angela che vive la storia. Il sogno nel cassetto? “Un reportage dalla Luna o da un altro pianeta oppure delle interviste impossibili a personaggi come Giulio Cesare o Alessandro Magno

di Ludovica Mariani

Incontrando Alberto Angela la prima sensazione che si ha è quella del viaggio. Non ci si sente seduti su una comoda poltrona ma in procinto di partire, sulla soglia di un'avventura che può portarti ovunque tra le pieghe della storia o negli spazi infiniti dell'universo, a contatto con l'uomo preistorico o ad ascoltare i segnali di una civiltà extraterrestre. “Gli Ufo non esistono, gli alieni non sono mai arrivati, non c'è neanche una prova del contrario— dice però ridendo e riportandoci immediatamente sulla Terra — certo non possiamo escludere che su un altro pianeta ci sia una vita simile alla nostra, anzi è probabile che quanto è avvenuto sulla Terra come evoluzione della vita, sia accaduto altrove.” Paleoantropologo, naturalista, figlio di una severa formazione scientifica oltre che del celebre Piero con il quale ha formato (e lo fa tuttora) un'inossidabile coppia di successo con programmi come Super Quark e Ulisse (quest'anno alla sua undicesima edizione n.d.r.) Alberto è il terzo di una gene-

razione di divulgatori scientifici “prima di mio padre c'è stato il nonno Carlo, medico psichiatra che aveva una rubrica in radio” e che è stato insignito della medaglia dei Giusti tra le Nazioni, “quanto a me l'esordio televisivo è stato molto casuale proprio come accade nell'evoluzione, mi hanno chiamato alla televisione svizzera per commentare dei documentari fatti nei luoghi dove io stavo lavorando, hanno visto che me la cavavo piuttosto bene e mi hanno proposto di scrivere un programma, Albertos, che dalla tv svizzera è stato acquistato poi da Tele Montecarlo. Sono andato in onda per la prima volta in Italia quasi senza saperlo.” Poeta della scienza dallo sguardo acuto che riflette quella curiosità per tutto ciò che lo circonda, che è poi la sua caratteristica principale, Alberto Angela è diventato un personaggio (forse suo malgrado) della cui brillante carriera televisiva si sa quasi

tutto. Ma lui come si definirebbe?

“È vero sono un curioso, uno che non si è mai accontentato della soluzione facile. Anche a scuola alzavo la mano per fare domande, volevo sapere che cosa c'era dietro la storia che mi raccontavano, che cosa accadeva poi. Ho fatto ricerche, scavi, ho toccato oggetti che nessuno aveva neppure visto per milioni di anni ed è un'emozione fortissima, come esplorare altri mondi. Questa fame di conoscenza mi è rimasta, e cerco di nutrirla e trasferirla anche al pubblico. Vorrei che sentisse questa passione, questo fuoco che continua ad ardere dentro di me e che mi porta a fare sempre altre domande.”

Uno che come lei ha girato il mondo, ha visto tutto o quasi, cosa vorrebbe ancora fare?

Un reportage dalla Luna o da un altro pianeta. So che non mi capiterà. Oppure delle interviste impossibili.

Ho fatto ricerche ho toccato oggetti che nessuno aveva visto per milioni di anni ed è un'emozione fortissima

Vorrei incontrare l'Imperatore Adriano, Giulio Cesare, vorrei chiedere ad Alessandro Magno quale fosse la sua visione del mondo globale. E vorrei incontrare un bambino nato tra qualche millennio, avere una macchina del tempo per andare tra 2000 anni e vedere se c'è un programma come il mio, cosa racconta e cosa si è scoperto. Poi tornare indietro ad oggi, non dire niente a nessuno ma sapere, così sarei soddisfatto.

Reduce da un viaggio in India che l'ha molto colpito “un Paese che non conoscevo, difficile ed affascinante dove convivono contraddizioni forti, estrema povertà e ricchezza inimmaginabile, analfabetismo e tecnologia all'avanguardia” è in procinto di dedicarsi alla prossima fatica letteraria (dopo il grande successo, che continua, di “Impero”) e alla costruzione di un sito Internet dove mettere “le migliaia di foto fatte negli ultimi 30 anni durante le spedizioni e quelle dei fondali marini. Sono un appassionato di fotografia e subacquea, faccio immersioni e colleziono sabbie del deserto. In realtà le mie passioni sono molto legate al mio lavoro che non lascia tempo per fare altro.”

Una vita come la sua l'avrà portata a contatto con situazioni particolari, probabilmente anche pericolose.

In più di un'occasione. Ricordo quando siamo finiti



Alberto Angela mostra i risultati di scavi archeologici

in un'imboscata in Etiopia, sparavano ad altezza uomo e ci siamo difesi mettendo le jeep in cerchio, sembrava la scena di un western. Ho rischiato di morire in una tempesta di neve in Antartide, se solo l'elicottero che mi ha portato via non fosse arrivato in tempo. Ma l'esperienza peggiore l'ho vissuta quando io e la mia troupe siamo stati rapiti nel deserto dell'Algeria mentre giravamo una puntata di Ulisse. Eravamo legati, i colpi che ci davano erano violenti e di tanto in tanto ci sottoponevano a finte fucilazioni, una cosa terribile da affrontare. In quei momenti fai il bilancio della tua vita. Non sai se vedrai il tramonto di quel giorno o l'alba del giorno dopo, sei prigioniero in un posto orribile desertico, aspro e sasso-

so e pensi che quello che stai guardando è l'ultimo fotogramma della tua vita che non hai potuto salutare quelli a cui vuoi bene, che non vedrai crescere i tuoi figli (e non riesce a nascondere l'emozione ricordandolo) che non potrai aiutarli, e tutto questo senza che ci sia un motivo o che te lo potessi aspettare. Non sei un soldato, non sei partito per la guerra, sei andato a lavorare e di colpo arrivano degli uomini, bande di briganti che minacciano di farti saltare la testa.

Ma nonostante ciò..

Mi piacerebbe vivere ancora 10 vite come questa perché c'è sempre qualche altra cosa da scoprire. Vedo la poesia delle cose attraverso la razionalità, la grande Storia nelle piccole vi-

cende quotidiane, l'infinito dell'universo nei sentimenti come l'amore e sapere che si sviluppa su base ormonale non toglie niente all'emozione. Penso che ogni momento debba essere apprezzato al massimo. La mia regola di vita è: fermati a riflettere, apprezza, assapora. Gli antichi romani avevano una divinità che si chiamava Kairos della quale esistono pochissime rappresentazioni, era la divinità dell'attimo fuggente. Un bel giovane dai capelli lunghi con le ali ai piedi e sulla schiena e aveva in mano una lama che teneva in equilibrio una bilancia che significava che tutto può finire in un attimo. Ma a parte i pericoli la passione è la qualità vera di questo magnifico lavoro. Conosco persone straordinarie, scopro storie incredibili rimaste sconosciute o seppellite nel tempo, vedo luoghi sorprendenti e riesco a viverli completamente coinvolgendo tutto, il corpo e i sensi. So-

no molto fortunato per essere nato in un'epoca che mi ha permesso tutto questo, o sarebbe bastata una longitudine e latitudine diversa e chissà dove sarei oggi.

Dopo racconti come questi è obiettivamente difficile pensare alla "famiglia Angela" in una giornata tipo. Forse papà Piero appassionato di jazz al pianoforte mentre Alberto scruta un teschio preistorico o scopre che Cleopatra non è stata uccisa da un aspide ma "da un cocktail di veleni ed oppio, una dolce morte degna di una regina. Ma (e sorride, ben consapevole di assomigliare a tutto tranne che ad un polveroso topo di biblioteca o ad un occhialuto scienziato) le nostre spedizioni sono anche molto divertenti. Anzi, non si potrebbe lavorare bene se il clima non fosse di gioco (come dire che non tutti i giorni gli sparano addosso o rischia l'assalto di un ipopotamo come ha raccontato in una trasmissione televisiva), la presenza di fronte alla telecamera soprattutto per gli argomenti che tratti richiede una certa serietà anche per avere credibilità. Poi a telecamere spente battute, scherzi e barzellette si sprecano. Serve a stemperare la tensione di luoghi dove mangi male, dormi male, è faticoso per il clima e la gente diversa alla quale adattarsi. Un po' si vede nei dietro le quinte ma d'altra parte se non c'è allegria, nel lavoro come nella vita, non si avrà mai niente di buono." •

Mi piacerebbe vivere ancora dieci vite come questa perché c'è sempre qualche altra cosa da scoprire

L'appetito vien marciando

di Andrea Meconcelli

Che cosa mangiare prima di correre una maratona? Una prova così impegnativa si può vincere grazie anche ad una corretta alimentazione? E' opportuno mangiare qualcosa durante uno sforzo così prolungato? Sara Farnetti – specialista in Medicina interna e nutrizione funzionale presso il Policlinico Gemelli di Roma – lancia alcuni consigli a tutti coloro che già corrono su lunghe distanze o hanno in mente di cimentarsi in questo sport. Intanto, secondo la specialista, “correre la maratona è uno sforzo enorme per chi partecipa, fondamentale quindi preparare bene anche l'alimentazione. Sarebbe consigliato iniziare già 3-4 mesi prima della gara. Molte ore di sforzo fisico vanno compensate con una dieta varia, complessa e unisex. Quindi non solo carboidrati, perché dopo i primi quaranta minuti il corpo inizia ad attaccare i grassi e sarebbe sbagliato mangiare solo pasta e patate”.

Il muscolo del corridore di fondo è allungato ed ha una massa magra notevole



È in crescita il numero degli appassionati che si iscrivono alla maratona

Considerato il numero sempre crescente anche tra i medici di appassionati per le marce “lunghe”, maratona in testa (la Fidel, Federazione italiana di atletica leggera, conta oltre 160mila tesserati) è bene suggerire alcune indicazioni utili sia agli esperti, sia a coloro che si avvicinano alla corsa su lunghe distanze. Intanto – continua la Farnetti – va ricordato che “il muscolo del corridore di fondo è allungato, ma ha una massa magra notevole;

quindi va nutrito con proteine abbinate ai carboidrati come pesce, pasta, uova e parmigiano”. Per quanto riguarda poi le erbe aromatiche, la specialista ricorda che “contengono il fabbisogno antiossidante del maratoneta che è elevatissimo. Un buon utilizzo di queste erbe è un vero toccasana prima e dopo estenuanti allenamenti”. Gli effetti della corsa non si esplicano solo nel momento in cui lo sforzo avviene e di conseguenza esi-

stono opportune norme comportamentali da tenere presente per il dopo-gara. A tal proposito, molti appassionati si interrogano su come comportarsi a tavola una volta terminata la gara. Sara Farnetti non ha dubbi e consiglia, una volta tagliato il traguardo ed essersi rifocillati (dopo lo sforzo bere a piccoli sorsi) di pasteggiare non prima di avere atteso 2/3 ore e scegliere proteine a basso carico renale e antilattacido: “No quindi a bistecca, ben vengano uova, carni bianche come pollo, tacchino e pesce. Per fermare l'acidità la cosa principale è mangiare un frutto come la mela o l'ananas affiancandolo ad un carboidrato come ad esempio il riso che è molto drenante e diuretico. Oppure gli agretti o il pesto, ottimi per rimettere in ordine l'organismo”.

Un'altra annotazione che vale quale smentita: è un'illusione pensare che il caffè predisponga ad una grande prestazione sportiva. Infatti la caffeina, utile da un punto di vista psicologico in quanto dà all'atleta grinta e forza, non migliora la reattività muscolare e comporta un effetto diuretico.

Infine un avvertimento: l'eccesso di sport contribuisce all'invecchiamento dell'organismo. Responsabilità questa da attribuire – come ricorda la specialista – ai radicali liberi. Per contrastare tale evenienza si consiglia una dieta ricca di proteine e anti ossidanti come vitamine A e E. •



Firenze

Certificati di malattia per agenti di Polizia

La Questura di Firenze ha chiesto la collaborazione dell'Ordine dei Medici per informare i propri iscritti delle modalità per il rilascio dei certificati di malattia per i dipendenti della Polizia di Stato.

Infatti il Ministero dell'Interno ha emanato una propria circolare con la quale ricorda che, anche dei medici sul rischio legato all'assunzione di alcuni dei farmaci più utilizzati. I medici, quindi, sono invitati a partecipare a questa indagine, che ovviamente è svolta in modo del tutto anonimo, fornendo il proprio contributo basandosi sulla propria idea in questo momento, possibilmente senza consultare fonti di informazione che altererebbero lo spirito della ricerca. Per con l'entrata in vigore della procedura telematica per i certificati di malattia, per i dipendenti della Polizia di Stato continua ad essere necessario produrre il certificato cartaceo con indicazione anche della diagnosi. Pertanto i medici che hanno in carico assistiti dipendenti della Polizia di Stato, sono pregati di continuare a rilasciare i certificati di malattia per questi pazienti in forma cartacea. Nel caso in cui il medico rilasci comunque il certificato in forma telematica, dovrà stamparne una copia da consegnare all'assistito agente di Polizia, dal quale risulti anche la diagnosi, con firma autografa del medico.



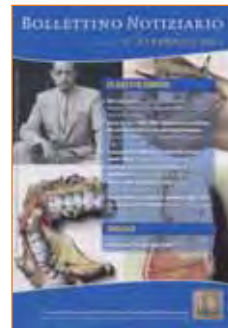
Rovigo

Il bastone di Esculapio

Scriva il presidente dell'Ordine di Rovigo Francesco Noce nell'introduzione al volume "Il bastone di Esculapio, la storia dell'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della provincia di Rovigo" dato recentemente alle stampe dall'Ordine: "Celebrare cento anni di vita dell'Ordine dei medici non riveste

solamente un significato celebrativo dell'istituzione ordinistica, bensì assume un valore socialmente importante poiché apre pagine di storia della Medicina che appartengono al libro della storia dell'uomo fin dalle sue origini. Pagine di storia ci appaiono anche dal racconto di cento anni dell'Ordine dei medici chirurghi e, dal 1985 anche degli odontoiatri, di Rovigo e provincia, attraverso il filtro dei sistemi sanitari e delle malattie delle genti di questo lembo di terra che si adagia fra i grandi fiumi Adige e Po. Anni difficili quelli degli inizi del secolo che narriamo...

La sanità era garantita dalle figure storiche dei medici condotti, capillarmente distribuiti sul territorio, e da luoghi di ricovero, gli ospedali, che andavano via via trasformandosi in senso organizzativo e tecnologico per adeguarsi al progresso scientifico ed ai bisogni delle comunità... Anche solo un rapido sguardo al passato ci fa percepire i grandi mutamenti avvenuti in questi anni: Il tumultuoso progredire delle scienze e della tecnica, l'inquinamento ambientale, il miglioramento delle condizioni socio-economiche, i grandi cambiamenti della società anche in senso multietnico. Nonché il progresso della Medicina nella sua evoluzione tecnologica, che, se da un lato ha raggiunto risultati inimmaginabili, dall'altro ha alimentato attese e speranze irrisolte creando aspettative a volte di desideri più che di realtà...".



Bologna

Privacy: le regole per la pubblicazione sul web dei dati sensibili

Il Garante della privacy è tornato ancora una volta sulla pubblicazione via web dei cosiddetti dati sensibili. A seconda se l'obiettivo è quello della trasparenza, o della pubblicità e informazione, le amministrazioni pubbliche sono tenute al rispetto di

alcune regole: esattezza, contestualizzazione dei dati e durata nel tempo. Le regole approvate dal Garante in via preliminare il 22 dicembre saranno emanate al termine di una consultazione che si concluderà il 31 gennaio 2011. Le "Linee guida" hanno lo scopo di definire quali accorgimenti le pubbliche amministrazioni devono adottare per la pubblicazione sui propri siti web istituzionali di dati personali per finalità di: - trasparenza; - pubblicità dell'azione amministrativa; - consultazione di atti su iniziativa di singoli soggetti. A seconda del fine perseguito, le pubbliche amministrazioni dovranno valutare di volta in volta l'effettiva necessità di diffusione di dati personali, nonché utilizzare strumenti e accorgimenti tecnici diversi al fine assicurare forme corrette e proporzionate di conoscibilità di tali informazioni, impedendone l'indiscriminata e incondizionata reperibilità in Internet. Nel caso in cui la disciplina di settore stabilisca un limite temporale alla pubblicazione degli atti, le PA dovranno assicurarsi che tale limite sia rispettato; al contrario, nel caso in cui tale limite non sia stabilito a priori, sarà cura delle PA stabilire un limite in relazione alle esigenze di volta in volta perseguite; evitando la duplicazione massiva dei file contenenti dati personali. Dossier "Privacy e web: in arrivo le "Linee guida" del Garante per le PA "http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/privacy_web_pa/index.html.

Scozia, fra tradizione e modernità



Il palazzo di Holyroodhouse, Edimburgo

di Mauro Subrizi

La Scozia vanta un incredibile patrimonio di tesori artistici, natura incontaminata, ricchezze culturali, città ricche di storia, antichi castelli, pittoreschi paesaggi montani e mari dis-

seminati di isole selvagge. La Scozia è un paradiso per i naturalisti, che qui avranno modo di avvistare diverse specie di animali selvatici, e avranno 300 montagne a disposizione per camminate e scalate. Ma la Scozia offre anche la possibilità di un

viaggio tutto da assaporare attraverso l'affascinante mondo delle distillerie di whisky e dei suggestivi pub di campagna. L'ambiente naturale della Scozia, con la sua bellezza selvaggia e la sconfinata solitudine dei suoi paesaggi spettacolari, richiama visitatori da ogni parte del mondo. Fra vette maestose incappucciate da merletti di ghiaccio, profonde insenature, spiagge remote e isole che sembrano fluttuare fra il cielo e il mare, questo paese offre una sorprendente varietà di scenari.

EDIMBURGO

Oltre ad essere una delle più belle città d'Europa, Edimburgo vanta una posizione assolutamente spettacolare, in totale armonia con il paesaggio circostante: gli spalti rocciosi dei Salisbury Craggs dominano un'estremità della Old Town e il verde corridoio del Water of Leith si insinua a poca distanza dagli eleganti edifici a schiera del periodo georgiano che caratterizzano la New Town. Spazi verdi abbelliscono vie e sobborghi un poco ovunque, ed è possibile recarsi a piedi o in bicicletta dal Firth of Forth alle Pentland Hills senza percorrere una sola strada asfaltata.

Le principali attrazioni cittadine sono concentrate nella zona del centro – lungo il Royal Mile o nelle sue immediate vicinanze, tra il Castello e Holyrood, e nella New Town. Ci sono però al-

cune eccezioni, tra cui il *Britannia*, l'ex panfilo reale ormeggiato a Leith, la zona del porto situata a circa 3 Km dal centro.

Old Town. La città vecchia di Edimburgo si estende lungo un crinale ad est del Castello, scendendo lungo Victoria St. verso l'ampio spiazzo di Grassmarket. Questa parte della città si presenta come un dedalo irregolare di edifici, tra cui corrono vicoli e viuzze, si inerpicano scalinate e si aprono ambienti sotterranei. La Old Town è tagliata in due dal cosiddetto Royal Mile, una lunga via acciottolata. Negli edifici oggi ristrutturati vive tuttora una fetta consistente della popolazione cittadina. Inoltre, oggi, il centro storico è animatissimo anche a livello della strada, ricco come è di ristoranti, caffè, negozi di souvenir e ostelli.

Il Castello. Edimburgo deve la sua nascita e la sua prosperità proprio alle nere balze di Castle Rock, l'altura rocciosa che domina l'estremità ovest di Princes St.. Per la sua conformazione, infatti, questo colle era più facile da difendere dalle orde di invasori diretti verso la Scozia centrale. Il castello ha svolto un ruolo fondamentale nella storia scozzese, sia in qualità di residenza reale, sia come roccaforte militare. L'Entrance Gateway, fiancheggiato dalle statue di Robert the Bruce e William Wallace, si af-

faccia su una stretta via che sale verso una porta cinquecentesca che conduce ai cannoni. In questo punto gli spalti merlati offrono al visitatore un panorama di grande bellezza, che spazia dalla New Town sino alla Firth of Forth.

Royal Mile. Lunga un miglio, la via più famosa di Edimburgo ricevette l'appellativo di "regale" nel XVI secolo, quando i sovrani iniziarono a utilizzarla per spostarsi tra il Castello e il Palazzo di Holyroodhouse. La via è suddivisa in quattro tratti i cui nomi ne ricordano la destinazione originaria. Calcolate almeno mezza giornata per percorrerla visitando i luoghi di interesse situati lungo di essa.

New Town. La parte nuova di Edimburgo si estende a nord dell'Old Town, su un crinale che corre parallelo al Royal Mile. Caratterizzata da un reticolo regolare di vie su cui si affacciano eleganti edifici georgiani, la New Town è l'opposto del disordinato intrico di vicoli che contraddistingue la parte vecchia della città. Il quartiere sorse nel 1766 individuando in Goerge St. l'asse

principale. Nel corso del XVIII e XIX secolo la New Town continuò ad arricchirsi di piazze, vie e parchi. Oggi la parte nuova della città rimane uno degli esempi migliori e meglio conservati al mondo di architettura georgiana. Nel 1995 l'Unesco ha dichiarato l'Old Town e la New Town "Patrimonio dell'Umanità".

GLASGOW

Glasgow si sta sviluppando e rinnovando a ritmo frenetico, diventando sempre più all'avanguardia. La sua eredità architettonica vittoriana è ora assediata da locali all'ultima moda e da schiere di appassionati cultori della vita notturna. Il fulcro di tutto questo rinnovato entusiasmo è la straordinaria scena musicale cittadina, che si esprime dal vivo nei molti locali ad essa dedicati. La grande trasformazione in corso si nota con maggior evidenza nella zona lungo il fiume Clyde, dove è possibile esplorare il ricco patrimonio navale di Glasgow tra musei e gallerie d'arte.

Le maggiori attrazioni di Glasgow sono distribuite uniformemente su tutta la

città; molte si trovano lungo il fiume Clyde, punto focale di un programma di risanamento ad ampio raggio, nella zona della cattedrale, nell'East End e nel South Side, dove sorgono anche molti musei.

Il Clyde. Per il Clyde è arrivato il tempo della svolta. Nel corso dell'ultimo decennio Glasgow è tornata alle proprie radici ma con uno spirito nuovo, varando un ambizioso progetto di recupero e bonifica del lungofiume. Il programma prevede anche un piano decennale per il rilancio del porto di Glasgow, che trasformerà le vecchie banchine in negozi e aree pubbliche, e il restauro di sette sale da tè in stile art nouveau.

Cattedrale. L'interno, buio ed imponente, rievoca solenni atmosfere medioevali e riesce a trasmettere qualche brivido di inquietudine. Si tratta di uno splendido esempio di architettura gotica antecedente la Riforma, ed è l'unica cattedrale scozzese a essere sopravvissuta alla Riforma stessa. Gran parte dell'edificio odierno risale al XV secolo. Si accede attraverso una porta laterale

che immette nella navata maggiore. Il soffitto in legno ha subito numerosi restauri dal tempo in cui fu realizzato, ma alcune parti risalgono al XIV secolo. La parte più interessante è la chiesa inferiore, a cui si accede con una scala. Le numerose colonne creano un'atmosfera di grande suggestione.

Provand's Lordship. La casa più antica di Glasgow. Si tratta di un raro esempio di abitazione scozzese del XV secolo, costruita nel 1471 come casa parrocchiale per il cappellano del St. Nicholas Hospital. I soffitti e le porte sono bassi, e i vari ambienti sono arredati con mobili e suppellettili dell'epoca.

Scottish Football Museum. Gli appassionati di calcio non potranno esimersi da una visita a questo museo che illustra la storia di questo gioco in Scozia. Questo sport è seguito con grande passione in tutto il Paese, ed infatti il museo è pieno di interessanti cimeli, tra cui un biglietto di quella che in assoluto fu la prima partita di calcio internazionale (1872, Scozia vs. Inghilterra, 0-0). •



Il fiume Clyde, Glasgow

ed esposizioni in Italia a cura di Anna Leyda Cavalli

HENRI MATISSE. LA SEDUZIONE DI MICHELANGELO

BRESCIA – fino al 12 giugno 2011
Matisse ha dedicato anni della sua vita allo studio della scultura michelangiolesca. L'esposizione vuole sottolineare quanto sia stato profondo il legame intercorso tra il pittore francese e il genio italiano del Cinquecento.

*Museo di Santa Giulia
telefono: 030 2400640
www.bresciamusei.com*

DANTE GABRIEL ROSSETTI - EDWARD BURNES-JONES. IL MITO DELL'ITALIA NELL'INGHILTERRA VITTORIANA

ROMA – fino al 12 giugno 2011
Grande mostra dedicata al rapporto di fascino fra l'arte inglese del secondo Ottocento e la cultura artistica italiana.

*Galleria Nazionale
d'Arte Moderna
telefono: 06 322981*

DIPINTI 1910-1970. UN MAESTOSO SILENZIO REGGIO EMILIA

fino al 1° maggio 2011
Ottanta opere, tra cui una sessantina di dipinti e disegni, acquerelli e inchiostri, realizzati nella prima metà del novecento da Giorgio De Chirico.

*Palazzo Magnani
telefono: 0522 454437 - 444446*

IMPRESSIONISTI. CAPOLAVORI DELLA COLLEZIONE CLARK

MILANO – fino al 19 giugno 2011
Settantatre stupendi dipinti appartenenti alla famosa collezione americana del Clark Institute che comprende opere di Renoir, Monet, Degas, Manet, Morisot e Pissarro.

*Palazzo Reale
telefono: 199 500200
www.impressionistmilano.it*

CARAVAGGIO A ROMA. UNA VITA DAL VERO

ROMA – fino al 15 maggio 2011
Nell'ambito delle iniziative realizzate per il IV Centenario della morte, questa mostra riscrive in modo innovativo la biografia del pittore partendo da documenti originali dell'epoca.

*Archivio di Stato di Roma
Complesso di Sant'Ivo alla Sapienza
telefono: 06 6613451
www.mondomostre.it
www.archiviodistatoroma.
beniculturali.it*

MEDITERRANEO. DA COURBET A MONET A MATISSE

GENOVA – fino al 1° maggio 2011
Esposizione dedicata a due secoli di pittura francese, dalla metà del Settecento alla metà del Novecento, con circa ottanta opere che raccontano di come il fascino del paesaggio mediterraneo abbia colpito pittori del calibro di Cézanne, Monet, Renoir, Van Gogh, Matisse, Braque, Dufy.

*Palazzo Ducale
telefono: 0422 429999
www.lineadombra.it/mediterraneo*

L'OTTOCENTO ELEGANTE. ARTE IN ITALIA NEL SEGNO DI FORTUNY

ROVIGO – fino al 12 giugno 2011
Mostra gioiosa e vitale che ritrae i ricevimenti, i balli e la vita dei salotti alla page nell'Italia a cavallo tra gli ultimi due secoli.

*Palazzo Roverella
telefono: 0425 460093
www.palazzoroverella.com*

JEAN DUBUFFET E L'ITALIA

LUCCA – fino al 15 maggio 2011
Al centro della mostra il genio irriverente di Dubuffet e il rapporto dell'artista francese con l'Italia.

*Lu.C.C.A.
Lucca Center of Contemporary Art
telefono: 0583 571712
www.luccamuseum.com*

PICASSO, MIRÒ, DALÌ. GIOVANI E ARRABBIATI: LA NASCITA DELLA MODERNITÀ

FIRENZE – fino al 17 luglio 2011
Oltre sessanta opere della produzione giovanile di Picasso, Mirò e Dalì e oltre cento schizzi picassiani.

*Palazzo Strozzi
telefono: 055 2469600 - 2645155*



*Dal 9 al 17 aprile, presso la Palazzina della Livia, piazza San Marco 51, Firenze, si terrà la mostra del prof. Carlo Maffei.
Info: Pugliese Arte cell. 3335315345, pugliesearte@hotmail.it Nella foto una delle opere in esposizione: "Darsena a Livorno", 1983, tecnica mista su cartone intalato*

Schumann, il genio e la malattia

di Riccardo Cenci

Il 4 marzo del 1854 Robert Schumann, dopo aver tentato di suicidarsi gettandosi nel Reno, viene internato nell'istituto di Endenich e sottoposto ad un regime di isolamento che ne aggrava la malattia mentale ponendo fine al suo itinerario artistico. Difficile è risalire agli esordi di una tale patologia, arduo comprenderne sino in fondo le ragioni scatenanti. Certo è che la scomparsa della sorella Emilie, anch'ella affetta da una forma di alienazione mentale che la spinge a suicidarsi nel 1824, e la morte del padre, unico fra i genitori ad incoraggiare le sue tendenze artistiche, rappresentano due colpi fortissimi per la personalità del giovane Schumann. Le testimonianze dei contemporanei ci parlano di una natura vivace che improvvisamente diviene introversa, incline al silenzio ed alla solitudine. "Mi diverte stendere un tenue velo sulla mia anima e mettere fuori strada le persone che mi osservano", scrive nel 1826, confessando una tendenza ad occultare la realtà del proprio carattere. Wagner lo descrive come un musicista di grande talento, ma come un uomo impossibile, capace di restare per quasi un'ora nel mutismo più completo. Eppure gli esordi della sua vocazione sembrano contraddire questa natura patologica e introversa; grazie ad



Robert Schumann, litografia di Josef Kriehuber, (1839)

un'educazione dallo spirito liberale, Schumann è un grande fautore della libertà contro il filisteismo imperante, pur senza nutrire veri sentimenti rivoluzionari. Anche il suo impegno nella critica musicale, dapprima intensissimo, rappresenta la volontà di favorire il progresso dell'arte al di là di ogni particolarismo. Forse il segreto del suo animo va ricercato in un'indole perennemente divisa fra l'esigen-

za di venire a patti con la mentalità borghese e la grandiosità dei suoi ideali artistici, fra la necessità di accondiscendere a certi meccanismi pratici necessari per raggiungere il successo e l'odio verso ogni forma di compromesso. Ad esempio la natura particolarmente orgogliosa di Schumann non poteva tollerare che la moglie Clara, pur amatissima, provvedesse con la propria attività di concertista al man-

tenimento della famiglia in misura maggiore rispetto al marito. Fra i mali che affliggono Schumann durante la sua infelice esistenza non possiamo non citare la paralisi alla mano destra che ne ostacola i progressi al pianoforte, un difetto fisiologico congenito che l'artista, mediante l'ausilio di meccanismi artificiali, cerca di correggere in maniera violenta, ottenendo come unico risultato un senso di frustrazione profonda. Anche la fortissima miopia, per la quale sembra gli occhiali non fossero di alcun giovamento, rende problematica l'attività direttoriale. Prima di tentare il suicidio, Schumann precipita inesorabilmente in una condizione che oggi potremmo definire come una psicosi involutiva. Le angosce lo perseguitano sino a fargli perdere il sonno, si manifestano allucinazioni uditive che aggravano il suo stato depressivo, mentre il suo linguaggio si riduce a semplici monosillabi. Chi lo osserva di nascosto improvvisare al pianoforte lo descrive come "una macchina il cui meccanismo si è rotto". Schumann si spegne nel 1856; l'isolamento che contraddistingue l'ultimo periodo della sua esistenza, la moglie Clara lo rivedrà solo in punto di morte, ricorda quello, ben più lungo, del grande Friedrich Hölderlin, la cui immagine di genio ormai ottenebrato dalla follia tanto lo aveva turbato in gioventù. •

Festival Printemps des Arts di Monte-Carlo

Il Festival Printemps des Arts di Monte-Carlo, giunto alla sua XXVII edizione, dedica un'ampia programmazione a Schumann, proseguendo le celebrazioni per il bicentenario della nascita iniziate lo scorso anno. Insieme alle sue opere più celebri, quali la Sinfonia n. 4, affidata all'Orchestre Philharmonique di Monte-Carlo, ampio spazio verrà riservato alla musica sacra ed organistica, meno nota al grande pubblico, in particolare nei giorni dall'8 al 10 aprile, weekend conclusivo del Festival.

Info: www.printempsdesarts.com

Cohen? Il più sincero e tormentato

di Piero Bottali

Coerenza intellettuale e impegno sociale sono le caratteristiche salienti di Leonard Cohen (Montreal, 1934), poeta, compositore e massimo cantautore. Di origine ebraica (madre lituana, padre polacco), fin dai tempi dell'università Leonard fa par-

te di cenacoli letterari della sua città e compone versi che raccoglie in tre volumi. Seguendo il vento hippy che comincia a spirare - siamo verso la fine degli anni '60 - si trasferisce a Hydra, isoletta greca rifugio di altri artisti impegnati come lui. Nascono i suoi primi romanzi e la canzone *Suzanne*, successo strepitoso che di colpo lo fa conoscere come personaggio musicale di notorietà mondiale. Rigoroso, ascetico (monaco buddhista, negli anni '90 ha trascorso gran parte del suo tempo in un monastero in California), per nulla incline a quell'istrionismo che invece caratterizza il suo imitatore Bob Dylan, virile e fragile, voce raschiante come "un rasoio arrugginito", Leonard Cohen fonde in maniera inestricabile la sua poesia con la sua musica producendo risultati artistici che sfuggono ad ogni definizione e che solo per brevità giornalistica vengono chiamati "brani da cantautore". Fra i suoi più noti vanno ricordati *Famous blue raincoat* incisa in Italia da Ornella Vanoni, *The partisan*, *So long* *Marianne*, *Chelsea Hotel* dedicata alla sua amica Janis Joplin, *Sister of mercy* reinterpretata nel 2006 da Stefano Cisco Bellotti ex dei Modena City Ramblers, *Waiting for a miracle*, *Tower of song*, *First we take Manhattan*, *Bird on a wire*.

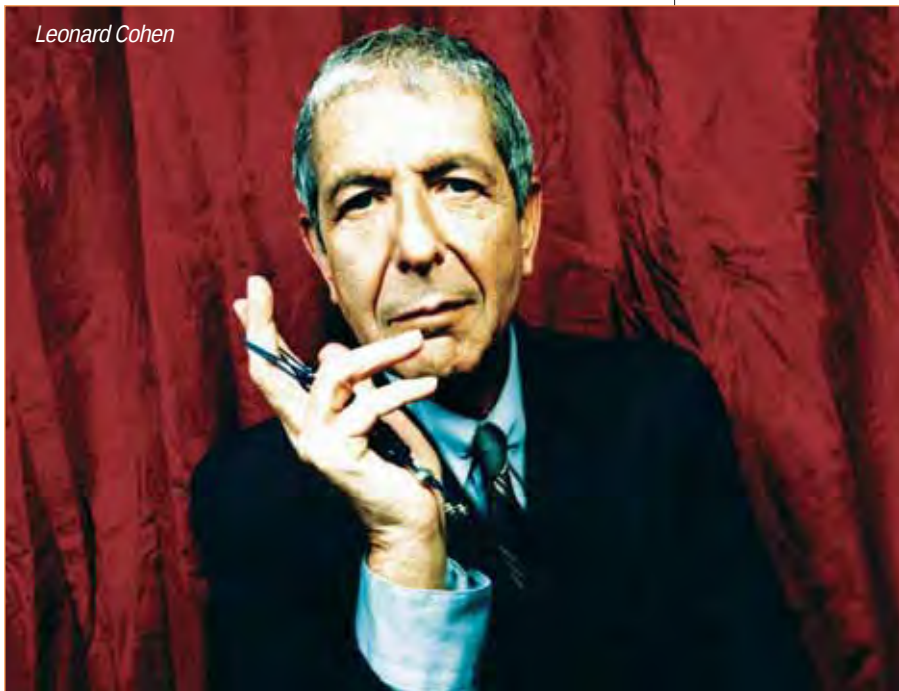
Roberto Vecchioni, recente vincitore a Sanremo, nell'album *Milady* ha incluso la canzone *Leonard Cohen*, largamente ispirata a *Suzanne*. Ma certamente il suo brano più famoso e amato è l'ipnotica *Hallelujah*, quasi un racconto autobiografico ed una dichiarazione di appartenenza all'ebraismo.

La sua evoluzione musicale è degna di rispetto: i primi brani affondano le radici nella musica popolare europea, negli anni '70 si sposta verso il *pop(ular)* e la *world music*, dagli '80 la sua voce baritonale e alta viene adattata ai registri più bassi fondendola con i cori femminili. Difficile definire la sua appartenenza politica o perlomeno ideologica: nella sua poetica si percepisce come progressista o di estrema sinistra immaginandosi perfino "spia di Fidel Castro", ma nel contempo mescola dichiarazioni conservatrici contro l'aborto e la lussuria. Molto spesso esibisce un pessimismo politico-culturale di fondo ("Prima o poi la guerra arriverà" dice a proposito dell'inevitabile terza guerra mondiale in *Story of the street*) ma in *The future* afferma dolcemente che "l'amore è l'unico motore di sopravvivenza". Certamente, le sue frequenti e profonde depressioni, delle quali ha sofferto per gran parte della

sua vita, sono state le molle creatrici dei tanti brani scritti sul suicidio. Forse la corretta chiave di lettura di Cohen è considerarlo un anarchico "libero battitore" che dà sfogo alle sue immediate indignazioni e antipatie e collere senza porsi troppe domande sugli eventuali sviluppi e ignorando il confronto coi fatti.

Leonard Cohen ha finora scritto oltre duemila canzoni ed è stato insignito delle più alte onorificenze artistiche e civili del mondo occidentalizzato, compreso l'inserimento nel 1991 nella Canadian Music Hall of Fame e nel suo omologo americano nel 2008: nell'occasione Lou Reed lo ha definito "il più grande cantautore, e il più influente". Sicuramente il più sincero e tormentato. •

Leonard Cohen



Attenzione...al ciak

di Maricla Tagliaferri

Il cinema è finzione, si sa. Ma i pericoli che si corrono per farlo sono reali. A volte si vedono anche sullo schermo. Ma sono sempre presenti sul set, lontano dagli occhi dello spettatore: uso di attrezzature elettriche ad alto voltaggio, presenza di materiale al-

tamente infiammabile, carichi pesanti, per dirne alcuni. Tanto vero che esiste una normativa precisa che elenca i rischi del settore. Ed esiste una figura preposta, fra l'altro, al rispetto e al controllo della sicurezza: il produttore esecutivo. Ne parliamo con Matteo De Laurentiis, che per la Cattleya, una delle principali case di produzioni italiane, ha seguito decine di set.

Il cinema è un mestiere pericoloso?

Oggi un po' meno di qualche anno fa, anche se una dose di rischio rimane comunque. Prima comandava l'arte: se c'era da buttarsi dal quinto piano, ci si buttava, se ci si doveva arrampicare per trenta metri a fissare le luci, ci si arrampicava senza tante storie. Ora si sta molto più attenti. Sul set sono presenti una media di 60 lavoratori fissi, fra elettricisti, carpentieri, tecnici di vario genere, datori di luci, eccetera. Per ciascuno di loro, per dire, c'è il cosiddetto "medico competente" che ne esamina lo stato di salute prima delle riprese.

Una normativa complessa?

Il set è equiparato ad un cantiere edile, in termini di infortunistica. La differenza è che i set si spostano spesso e ogni volta dobbiamo metterli in sicurezza. E ogni volta i problemi maggiori ce li provocano i lavoratori.

In che senso?

Vede, questo lavoro, specie oggi che di soldi ne girano pochi, si fa per passione. Le maestranze tecniche italiane, famose in tutto il mondo, sono orgogliose di quello che fanno e sono pronte a tutto per soddisfare i desideri del regista e del direttore di fotografia. Infischandosene della si-

curezza. Nonostante ciò siamo il settore con il minor numero di incidenti seri. Uno di questi è toccato ad un acrobata che, contro il parere dell'ispettore di produzione, ha ripetuto una volta di troppo una scena. Ora il mio collega è nei guai, perché legalmente è responsabile la produzione. Ed è una pecca della legge, perché spesso è il regista a spingere in una certa direzione, mentre l'ispettore, magari, sta sbrogliando un altro impiccio. Non puoi essere dovunque contemporaneamente e gli artisti sono ancora molto indisciplinati.

Cosa la spaventa di più?

Il fuoco. Ogni volta che c'è una scena col fuoco l'adrenalina va a mille. E poi ricordi: lavoriamo con la pellicola, che è incendiabile.

Ma anche l'acqua non dev'essere una passeggiata.

L'acqua è in assoluto l'elemento più pericoloso. Ho seguito a Linosa la lavorazione di "Terraferma" di Emanuele Crialese. C'è una scena in cui una trentina di extracomunitari, di notte, si aggrappa ad una barca. Sotto la superficie del mare c'erano quindici sommozzatori e una gabbietta a trame fitte proteggeva il motore della barca. In più avevamo un pontile mobile con una gru di 70 metri dov'erano montate le luci.

Anche le riprese di "Quando la notte" di Cristina Comencini, a Macugnaga sul Monte Rosa, non sono state semplici.

A 2500 metri tutto diventa pericoloso. La località era raggiungibile solo in elicottero: abbiamo dovuto battere la neve per non provocare valanghe. Claudia Pandolfi, la protagonista, doveva correre su un crinale strettissimo: aveva sulla testa un elicottero e sui due lati del crinale abbiamo costruito una specie di parapetto di acciaio che l'avrebbe salvata da un'eventuale caduta.

Ora l'attende "Piazza Fontana" di Marco Tullio Giordana.

Lì saranno tre i punti critici: l'esplosione della bomba, la manifestazione in cui morì Annarumma, la caduta di Pinelli. Stiamo studiando le soluzioni. •



Le scene girate sull'acqua sono tra le più pericolose

Il set, in termini di infortunistica, è equiparato ad un cantiere edile

Astri, contrasti e “buchi neri” della ragione

di Antonio Gulli

Perché crediamo? Perché crediamo, e ci convinciamo, ad esempio, che possa esistere un’“intelligenza superiore” che governa e indirizza le nostre vite? Perché tendiamo con facilità a credere nel sovrannaturale, nelle religioni, nella telecinesi, negli angeli o nel destino? La risposta, per il biologo Lewis Wolpert, risiede nella nostra par-

ticolarissima evoluzione di specie animale, precisamente nello sviluppo dei concetti di causa ed effetto, e nel modo in cui la nostra mente è stata “geneticamente programmata”. Questa risposta può risultare persuasiva? A ben vedere anche il ritenere la nostra mente

“programmata” può risultare una credenza. Se andiamo indietro nel tempo scopriamo che quando l’uomo ha sviluppato la capacità di costruire strumenti e oggetti appositamente creati per ottenere uno scopo (accendere un fuoco, macinare i semi per mangiarli o cacciare gli animali), i nostri antenati hanno scoperto di poter estendere tale tratto, unico nel regno animale, a sfide intellettuali sempre più complesse e insidiose.

Forse lo spazio dove portare la riflessione sta nel concetto di estendibilità. Una volta che l’uomo ha scoperto come accendere il fuoco si è accorto che ogni volta che faceva quelle operazioni raggiungeva lo scopo. E ogniqualvolta svolgeva le medesime operazioni raggiungeva lo stesso fine. In sostanza, sottoponendo a verifica quelle specifiche azioni – dato un obiettivo –, per quante volte potesse svolgere quelle stesse azioni, il risultato era lo stesso. Si può dire che la scienza è nata così: sperimenta, osserva e estendi: proprio attraverso l’esperienza ripetuta è nata la legge scientifica. Con il passare del tempo le cose si sono complessificate. Si è scoperto che pur facendo determinate operazioni non si poteva raggiungere il fine desiderato se il contesto, le condizioni e tante altre variabili non si ponevano – diciamo – in maniera funzionale al raggiungimento della meta. Fino a dire – oggi – che una cosa certa non è assolutamente sicura ma solo altamente probabile.

Allora si può dire che anche la scienza è una credenza? Sostanzialmente sì. La differenza di fondo è che ciò che si crede in scienza si sottopone continuamente alla prova dei fatti. Ma se alle “verità” scientifiche possiamo accordare – per le ragioni appena ricordate – una certa credibilità, per tutte le altre credenze, che non certo possono trovare conforto nella “prova dei fatti”, perché accordiamo fiducia?

Prendiamo ad esempio una cosa a noi estremamente familiare: l’oroscopo. L’astrologia “lavora” nella maniera inscritta sulla Tabula Smaragdina o, anche detta, Tavola di Smeraldo. Questa Tavola fu fatta oggetto di studio da parte di Galileo, Newton ed Einstein. Le sue origini sono avvolte nel mistero: per la prima volta citata in età Alessandrina, nel III secolo a.C., in Egitto, in sintesi af-



ferma che ciò che è in basso è come ciò che è in alto. E ciò che è in alto è come ciò che è in basso, per perpetuare il miracolo della Cosa Unica. La posizione del cielo in un dato momento, riflettendo le qualità di quel momento, riflette anche le qualità di qualunque cosa nata in quel momento. Una non causa l'altra; sono sincroniche e si specchiano l'una con l'altra. Seppur presentate in maniera suggestiva, le cose non sembrano essere così. Tutta la scienza astronomica, a partire da Talete fino a Copernico, ci mostra in maniera inequivocabile che tutte le attribuzioni di significato che fa l'astrologia ai pianeti sono prive di qualsiasi fondamento. Allora perché ancora si consulta l'oroscopo? E, peggio ancora, perché lo si prende in considerazione per disconfermarlo? E nel cercare di dimostrare che tutto ciò che dicono i "maghi delle stelle" sono fandonie intervengono fior fior di scienziati. Si pensi, per esempio, al Cicap (Comitato per il controllo delle affermazioni sul paranormale) che annualmente – a dicembre – si "diverte" a contare tutte le fesserie dei veggenti. Il risultato alla fine di ogni anno è sempre il medesimo: nessuno ha previsto quello che è successo, mentre molti hanno previsto quello che non è successo. Eppure ben 18 milioni di italiani seguono, ascoltano o in parte credono all'oroscopo. Nel 2010 gli strafalcioni sono stati tanti. Per i veggenti, l'Italia avrebbe dovuto fare una bella figura ai mondiali di calcio e Lippi – in estate – avrebbe dovuto vivere un periodo meraviglioso; le squadre vincenti dovevano essere l'Argentina o il Brasile; per Nostradamus arabo... e per tutti gli altri astrologi Obama doveva – nell'estate del 2010 – avere una fine improvvisa e tragica; ci sarebbe dovuto essere un blackout tecnologico attorno al 7 agosto in Giappone, Svezia e Canada.

Secondo inoltre un mensile tra i più diffusi di astrologia nel nostro paese, il mercato automobilistico doveva avere una forte ripresa. Non risulta: anzi la flessione è stata del 30 per cento. E, non in ultimo, Berlusconi presentandosi alle camere non doveva ottenere la fiducia (si consulti il sito www.cicap.org). Non sembra che sia andata proprio così. Ma allora: come mai una persona su tre continua a seguire l'oroscopo?

A consultare i maghi e a credere – addirittura – che se un numero del lotto non esce da svariato tempo su una ruota qualsiasi ha maggiori probabilità di essere estratto nel concorso successivo? E, rispetto alla vera e propria truffa perpetrata a danno dei più creduloni, – come è chiaro nell'ultimo caso – perché non intervengono le forze di polizia a fermare tale abuso?

La tesi di Wolpert è che una conseguenza dell'evoluzione del cervello umano è stata quella di diventare un vero e proprio "generatore di credenze", un meccanismo utile ed essenziale per la sopravvivenza della specie. Più

La scienza si serve di concetti troppo generali per poter soddisfare la ricchezza soggettiva della vita singolarmente vissuta

in generale si può dire che né la fede né la scienza hanno a che fare con la verità, perché la fede "crede" proprio perché "non sa", e la scienza non ha mai preteso di dire la verità, perché è consapevole che le sue conclusioni sono deduzioni dalle ipotesi che ha anticipato ed è disposta a cambiarle quando ne trova di migliori.

Come placare, allora, l'angoscia dell'imprevedibile? Come fare fronte a quella che si può definire l'indifferenza della Natura rispetto alle nostre vite che è il caso? Racconta Platone che Zeus presa pietà per gli uomini incaricò Prometeo (colui che vede in anticipo) di donare ai mortali la sua virtù. È probabilmente in questo "dono" che occorre rintracciare i rimandi astrologici o di varie credenze che "abitano i nostri sogni, le nostre passioni, le nostre angosce e che percorrono gli itinerari incerti e bui della nostra anima, dove ognuno deve vedersela da solo con demoni e dèi" (U. Galimberti, 2010:194). Tutte le credenze svolgono la funzione di determinare l'indeterminabile. Si può avanzare l'ipotesi che dare la colpa alle stelle piuttosto che alla concreta realtà in presenza di situazioni spiacevoli può essere letto come un esercizio di libertà. Una forma di arbitrio che, seppur falso, fa credere sulla possibilità di aggirare la realtà. E la scienza si serve di concetti troppo generali per poter soddisfare la ricchezza soggettiva della vita singolarmente vissuta. Il bisogno da parte dell'uomo di protezione e di conservare la fiducia nella Provvidenza è qualcosa che si lega profondamente alla ricerca di senso che nutre anche la sopravvivenza della ragione. Anche Kant dovette accettare che non si poteva possedere solo una conoscenza fisica del mondo. E Kant era del Toro, ovvero appartenente a un segno astrologico che si caratterizza per una spiccata concretezza.

Scriva il filosofo tedesco Windelband qualche secolo dopo: "La legge e l'evento rimangono l'una accanto all'altro come le ultime incommensurabili grandezze della nostra rappresentazione del mondo". L'importante è non scambiare queste rappresentazioni con il mondo reale. •

Una conseguenza dell'evoluzione del cervello umano è stata quella di diventare un vero e proprio "generatore di credenze"



HO PRESENTATO DOMANDA DI RICONGIUNGIMENTO

Egregio Presidente,

volevo avere da Lei alcune indicazioni in merito alle domande da me effettuate di ricongiungimento, relative a lavori effettuati prima della laurea e di tre anni da me svolti in ospedale da assistente. Inoltre, relativamente alla mia domanda del 2010 di riscatto anni universitari di cui aspetto il prospetto, vorrei sapere da Lei quali vantaggi posso ottenere se presumibilmente andassi in pensione a 65 anni, continuando con il versamento degli attuali contributi. Sono laureata dal '86 e iscritta all'Ordine nell'87, sono medico di base dal '94. La ringrazio se vorrà darmi dei chiarimenti dato che ho ricevuto opinioni contrastanti sulla convenienza di effettuare tali esborsi. Saluto e ringrazio cordialmente.

(lettera firmata)

Cara Collega, in via preliminare, devo precisarti che la evasione della tua domanda di riscatto degli anni del corso di laurea è vincolata alla definizione del procedimento di ricongiunzione. Le norme regolamentari in vigore presso questa Fondazione, infatti, stabiliscono che non è possibile procedere al conteggio del contributo di riscatto, in presenza di una istanza di ricongiunzione presentata precedentemente.

Ciò premesso, ho trasmesso la tua nota ai competenti Uffici della Fondazione, che provvederanno a sollecitare la gestione previdenziale interessata all'invio del prospetto contenente i dati contributivi necessari alla definizione della pratica. Non appena l'I.N.P.D.A.P. provvederà ad inviare i tabulati necessari, sarà possibile effettuare i conteggi e sottoporli una proposta di ricongiunzione, nella quale, oltre all'eventuale onere da sostenere, ti saranno dettagliatamente illustrati i benefici pensionistici connessi con la definizione del procedimento. Qualora dovessi giudicare non convenienti le condizioni rappresentate, hai facoltà di non dare alcun seguito alla procedura. Successivamente, sarà possibile procedere al conteggio del riscatto degli anni di laurea. Come per la ricongiunzione riceverai una lettera a titolo di proposta, che sarai libera di accettare o di lasciar decadere. Per quanto riguarda la convenienza dell'operazione in parola, ti rappresento che l'effettuazione del riscatto degli anni del corso di laurea determina un incremento sia della misura del futuro trattamento di quiescenza, che dell'anzianità contributiva utile al conseguimento dello stesso. Le somme corrisposte a tale titolo, inoltre, sono interamente deducibili dall'imponibile determinato ai fini fiscali.

Riguardo alla stima della entità del futuro trattamento pensionistico, ti informo che sulla base dei contributi ad oggi

accreditati presso il Fondo Medici di Medicina Generale, la rendita che percepirai al compimento del 65° anno di età è quantificabile in circa € 3.300,00 lordi mensili. Nel caso decidessi di convertire in capitale il 15% della pensione maturata, come consentito dalle vigenti norme regolamentari, ti verrebbe erogata una indennità pari a circa € 72.000,00 al lordo delle ritenute, congiunta ad un trattamento pensionistico mensile ammontante a circa € 2.800,00 lordi. Nel merito, ti informo che tali importi sono stati determinati utilizzando la media contributiva riferita all'ultimo quinquennio di attività professionale e che potranno essere oggetto di incremento, derivante dalla accettazione delle proposte di riscatto e ricongiunzione che ti verranno formulate. Devo precisarti, infine, che a fronte di eventuali modifiche della normativa previdenziale di riferimento le proiezioni sopra rappresentate potrebbero subire variazioni. Colgo l'occasione per salutarti.

E. P.



QUALE SARÀ IL MIO TRATTAMENTO PREVIDENZIALE?

Caro Presidente,

sono laureato dal 1977 e convenzionato per la medicina generale dal 1978. Nel 2013 avrò 35 anni contributivi e 65 anni di età. Con quale retribuzione andrò in pensione? Vista la normativa volendo proseguire fino a 70 anni quale sarà il trattamento a me riservato?

(lettera firmata)

Caro Collega, supponendo la cessazione dell'attività professionale svolta in convenzione con gli Istituti del Ssn al compimento del 65° anno di età, come da te indicato, l'ammontare della rendita pensionistica che percepirai a carico del Fondo Medici di Medicina Generale è quantificabile in circa € 2.900,00 lordi mensili. Nel caso decidessi di convertire in capitale il 15% della pensione maturata, come consentito dalle vigenti norme regolamentari, ti verrebbe erogata una indennità pari a circa € 64.000,00 al lordo delle ritenute fiscali, congiunta ad un trattamento pensionistico, lordo mensile, ammontante a circa € 2.500,00.

Nel caso, invece, optassi per il collocamento a riposo al compimento del 70° anno di età, il trattamento di quiescenza ammonterebbe a circa € 3.700,00 lordi mensili. Nel caso optassi per l'indennità in capitale, la stessa sarebbe pari a circa € 68.000,00 lordi e la rendita pensionistica, lorda mensile, ammonterebbe a circa € 3.200,00.

Nel merito, ti preciso che gli importi indicati sono stati determinati sulla base della media contributiva riferita all'ultimo quinquennio di attività professionale, supponendo una contribuzione costante fino alle date indicate.

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

L'occasione è gradita per salutarti.

Eolo Parodi



UNA DOMANDA UN PO'... "BIZZARRA"

Caro Presidente,
sono medico dal 1978 e specialista dal 1981; svolgo la libera professione presso il mio studio e lavoro anche come specialista ambulatoriale presso un ambulatorio Asl. Il mio quesito è il seguente: dando per scontato il riconoscimento del trattamento pensionistico al compimento del 65° anno di età, se dovessi chiudere l'attività libero-professionale, ad esempio, a 62 anni, potrei continuare con una contribuzione (Quota B) diciamo così "volontaria" al-

l'Enpam per tre anni? Ed in tal caso su quali basi verrebbe calcolata?

Mi scuso per la domanda forse un po' "bizzarra" ma so per certo che anche altri colleghi, intenzionati magari a chiudere lo studio a 60 anni, sarebbero interessati ad una risposta in tale senso. Grazie e cordiali saluti.

(lettera firmata)

Caro Collega,
Preliminarmente ti preciso che le norme regolamentari in vigore presso il Fondo di Previdenza Generale, al quale sei iscritto, non consentono l'effettuazione di versamenti volontari.

Devo precisarti, altresì, che i contributi che confluiscono presso la "Quota B" della gestione in parola, sono calcolati sulla base del reddito professionale che gli iscritti sono tenuti a dichiarare annualmente a questa Fondazione. Pertanto, nel caso decidessi di non esercitare più la libera professione a decorrere dal compimento del 62° anno di età, l'obbligo contributivo nei confronti della "Quota B" del Fondo di Previdenza Generale cesserebbe a decorrere dall'anno immediatamente successivo.

Nel merito, ti informo che avendo maturato una anzianità contributiva superiore ai 15 anni, la rendita pensionistica derivante dai contributi relativi all'esercizio della libera professione, ti verrebbe comunque riconosciuta al compimento del 65° anno di età, anche nel caso revocassi la tua iscrizione al Fondo.

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

E. P.



QUANDO POSSO ANDARE IN PENSIONE?

Caro Presidente,
ti sarei grato se potessi rispondere ai miei quesiti sia privatamente, sia sul Giornale della Previdenza che leggo e ricevo puntualmente. Premesso che la scrivente ha conseguito la laurea in medicina nel '79, iscritta nello stesso anno all'Ordine dei medici, successivamente ho svolto il tirocinio pratico ospedaliero presso l'ospedale dal 1979 al 1980; sono convenzionata con il Ssn dal 1981 e svolgo a tutt'oggi l'attività di medico di medicina generale. Ho riscattato parzialmente gli anni di laurea del '92. Tutto ciò premesso, volevo sapere quando potrei pensionarmi e con che cifra, prendendo in considerazione il termine minimo, il termine massimo e i 65 anni. Inoltre se sia possibile optare per una parziale liquidazione immediata e in che misura. In quest'ultimo caso come varierebbe l'importo della mensilità pensionistica.

Nel ringraziarti per la gentile disponibilità che vorrai accordarmi, in attesa di una tua risposta ai quesiti, sono ad inviarti i miei più cordiali saluti.

(lettera firmata)

Cara Collega,
sulla posizione previdenziale in essere presso il Fondo dei Medici di Medicina Generale risultano accreditati contributi, dal maggio 1981 al giugno 2010, pari ad € 232.593,44. Ti confermo, inoltre, che hai parzialmente riscattato il periodo della laurea.

Sulla scorta dei suesposti dati, ti informo che, in costanza

di contribuzione alla gestione, maturerai tutti i requisiti per il pensionamento di anzianità nel terzo trimestre del 2015. Tuttavia, in ottemperanza al disposto della L. 449/97, che prevede un differimento nel godimento della prestazione rispetto alla data di raggiungimento dei requisiti (le c.d. "finestre di uscita"), potrai accedere all'effettiva erogazione del trattamento a partire dal 1° aprile 2016. L'importo cui avrai diritto è stato stimato in circa € 3.500,00 lordi mensili.

Come richiesto, all'atto del collocamento a riposo potresti optare per la conversione in capitale del 15% della pensione maturata. In tale ipotesi ti verrà riconosciuta, una tantum, un'indennità di circa € 81.000,00 lordi, con un rateo mensile residuo pari a circa € 2.900,00 lordi.

Qualora, invece, decidessi di proseguire l'attività in convenzione fino a 65 anni, avrai diritto ad un trattamento mensile di vecchiaia di circa € 3.900,00 lordi. Usufruendo del 15% del montante maturato, l'indennità cui avrai diritto è stata ipotizzata in circa € 86.000,00 lordi e la prestazione mensile scenderà a circa € 3.300,00 lordi.

Infine, nell'ipotesi del tuo definitivo pensionamento a 70 anni, termine ultimo previsto dalla normativa vigente, la proiezione effettuata ha determinato un trattamento lordo erogato in tuo favore di circa € 5.100,00 mensili. Con il trattamento misto avrai un'indennità di circa € 92.000,00 ed una pensione mensile di circa € 4.300,00.

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

Ti saluto cordialmente.

E. P.



Foglietto Vaticano - Italia

a cura di
Gian Piero Ventura Mazzuca (*)

Non importa rischiare di essere monotoni, ma questo 2011 è l'anno che festeggia il 150° anniversario dell'Unità d'Italia e, credetemi, è davvero difficile scostarsi dall'argomento... e forse neanche lo vogliamo.

Eccoci allora a parlare dell'emissione più importante dell'anno, almeno dal punto di vista politico e diplomatico, ovvero quella effettuata a marzo dallo Stato della Città del Vaticano proprio per commemorare ed onorare tale manifestazione.

In realtà Roma è Capitale dal 1871, un anno dopo la breccia di Porta Pia, ma fa comunque un certo effetto constatare che bella serie filatelica sia stata pensata oltre Tevere.

L'emissione è composta da un foglietto e da sei valori, ognuno di quest'ultimi mostra un'immagine antica della capitale degli stati entrati a far parte del nuovo Regno tra il 1859 e il 1861: Torino per il Regno di Sardegna, Milano per il Regno Lombardo Veneto, Firenze per il Granducato di Toscana, Napoli per il Regno del-



Emissione vaticana con i sei valori

le Due Sicilie ed infine Parma e Modena per i due Ducati. Su ogni valore è presente inoltre la riproduzione del primo francobollo emesso dal relativo stato.

Il bollettino ufficiale che accompagna l'emissione cita testualmente *"Il percorso che portò all'unificazione venne completato soltanto nel 1870 dopo la terza guerra d'indipendenza"*.

In effetti tra i sei non c'è quello dello Stato Pontificio, che infatti ha emesso in proprio sino al 1870, ma forse questo sarebbe stato un po' troppo...

Il foglietto è invece un'emissione congiunta

con la Repubblica Italia e mostra un'immagine di Piazza del Popolo con le due "chiese gemelle", così come vengono chiamate Santa Maria in Montesanto e Santa Maria dei Miracoli, costruite nella seconda metà del XVII secolo per volere di Papa Alessandro VII.

I due edifici vengono iniziati da Carlo Rainaldi e completati da Gian Lorenzo Bernini, con la collaborazione di Carlo Fontana. Le chiese cambiarono profondamente l'aspetto della famosa piazza costituendo così i due poli del *Tridente*, formato da via del Babuino, via del Corso e via di Ripetta.

Vaticano, un'emissione celebra l'Unità d'Italia

Importante iniziativa commemorativa che prevede anche una Congiunta. A seguire Poste Italiane farà lo stesso con San Marino

Questo foglietto però non sarà il solo "congiunto" previsto da Poste Italiane che, infatti, replica insieme all'Amministrazione Postale della Repubblica di San Marino il 3 giugno, proprio il giorno dopo l'emissione solo da parte Italiana di altri otto francobolli, questa volta con i volti dei protagonisti dell'Unità.

Infine un augurio buon lavoro, con tanto di complimenti per un anniversario molto più giovane e neanche di cifra tonda, per gli 8 anni di attività di Vaccari News. La principale agenzia di stampa in ambito filatelico, col suo direttore Fabio Bonacina instancabile punto di riferimento, ci dicono: "All'inizio era un po' una scommessa. Non c'erano testate analoghe con cui confrontarsi e gli obiettivi erano molto elevati: fornire almeno una notizia al giorno, in tempo reale, rispettando sempre i criteri di puntualità e attendibilità delle informazioni. Poi si è trasformata in una realtà che è andata ben oltre le migliori aspettative".

(*) gp.ventura@enpam.it



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

Secundo 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. Infatti, 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. A tale conclusione si è giunti attraverso un lungo percorso, al quale non sono state estranee suggestioni culturali provenienti da altre nazioni, tuttavia, in Italia partendo dalle indicazioni di principio ricavabili dagli artt. 2, 13 e 32 della Cost. si è riconosciuto un ruolo preminente alla volontà del paziente nell'am-

bito del rapporto di cura. In particolare l'art. 33 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, ribadisce che il diritto del paziente a formulare un consenso informato all'intervento appartiene ai diritti inviolabili della persona, ed è espressione del diritto di autodeterminazione in ordine a tutte le sfere e gli ambiti in cui si svolge la personalità dell'uomo, fino a comprendere anche la consapevole adesione al trattamento sanitario. Pertanto, nel nostro ordinamento si è affermato il diritto all'autodeterminazione terapeutica del malato consentendo al paziente di esprimere il proprio consapevole consenso alle cure proposte dal sanitario, in contrasto con la visione tradizionale del rapporto di cura in cui il medico con le sue scelte terapeutiche era il fulcro fondamentale dell'attività medica.

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 scusabile 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.

Invero, non sono mancate interpretazioni di segno contrario volte a puntualizzare e a ridimensionare il ruolo e la portata del consenso informato. Infatti, vi sono alcune pronunce che hanno riconosciuto al medico la legittimazione ad effettuare il trattamento terapeutico giudicato necessario per la salvaguardia del paziente anche in mancanza di un esplicito consenso, essendosi ritenuto insuperabile solo l'espresso, libero e consapevole rifiuto di cure manifestato dal malato. E' possibile affermare tale orientamento solo muovendosi dal presupposto che la liceità dell'attività medi-

ca dipenda dalla natura stessa di quest'ultima, ribaltando la visione dominante fondata sul consenso. La strada intrapresa dalla giurisprudenza per ridimensionare la portata del consenso informato è stata anche quella di considerare quest'ultimo quale causa di giustificazione ex art. 50 c.p., così che la dichiarazione di volontà del paziente, non soltanto non sarebbe necessaria al ricorrere di situazioni di urgenza terapeutica, ma risulterebbe soggetta al limite previsto dall'art. 5 del c.c. (atti di disposizione del proprio corpo). In effetti, la giurisprudenza prevalente afferma che l'art. 5 del c.c. è estraneo all'ambito dei trattamenti sanitari volontari, perché dichiarando il contrario, la disposizione in esame rischierebbe paradossalmente di precludere al paziente l'accesso a cure salvavita, danneggiandone la salute. Nondimeno, proprio il limite del divieto di menomazione permanente individuato dall'art. 5 del c.c. è stato ribadito anche dalla giurisprudenza penale che qualifica il consenso non come scriminante tipica ma come presupposto di liceità dell'atto medico.

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

**La liceità dell'atto medico dipende
non dall'esito bensì dalla previa acquisizione
del consenso informato del paziente**

Organi Collegiali

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

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

COMITATO ESECUTIVO

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

COLLEGIO SINDACALE

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

Bambole di stoffa per salvare i bambini

Una bambola di stoffa di quelle di una volta, una Pigotta. “Io le faccio talvolta la sera, o nei ritagli di tempo”, racconta Rossella Borrelli, giovane architetto romano che si occupa specialmente di ristrutturazione di ambienti. “E’ divertente e rilassante, libera la fantasia. E soprattutto, l’idea di utilizzare un po’ del proprio tempo libero per aiutare bambini che soffrono è una cosa che mi fa sentire bene”. Già, perché realizzare queste bambole è una forma di volontariato, prima ancora che un hobby. La Pigotta è infatti la bambola ufficiale dell’Unicef, che in 12 anni ha raccolto 20 milioni di euro e ha salvato più di un milione di bambini nei paesi più poveri del mondo. Ora, una nuova iniziativa, “Per ogni bambino nato un bambino salvato”, coinvolgerà le Amministrazioni Comunali: regalando una Pigotta a ogni nuovo nato nel loro comune, aiuteranno a crescere sano un bambino in un’altra parte del mondo. Costa 20 euro una bambola: quanti ne servono, cioè, per fornire a un bambino di un paese in via di sviluppo un kit salvavita, per ridurre il pericolo di mortalità nei suoi primi cinque anni di esistenza.

“E’ qualcosa di più e di diverso che limitarsi a offrire un po’ di soldi, così c’è un maggiore coinvolgimento”, racconta l’architetto. “E poi mi piace pensare che una bambina possa giocare con una bambola fatta con le mie mani e che sappia che è un giocattolo un po’ speciale. Perché non è solo uno slogan: la Pigotta avrà pure un cuore di pezza, ma ogni anno salva migliaia di bambini”.

E.Pas

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

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

Editore: Fondazione ENPAM

DIREZIONE E REDAZIONE

Via Torino, 38 - 00184 Roma

giornale@enpam.it

Direttore: EOLO PARODI

Direttore responsabile: GIULIANO CRISALLI

PROGRAMMAZIONE E COORDINAMENTO REDAZIONALE

Carlo Ciocci

email: c.ciocci@enpam.it

CULTURA

Claudia Furlanetto

email: c.furlanetto@enpam.it

CONGRESSI, CONVEGNI E CORSI

ARCHIVIO E DOCUMENTAZIONE

Andrea Meconcelli: Tel. 06 48294513

Fax 06 48294260/793

email: congressi@enpam.it

SCIENZA E SOCIETÀ

Andrea Sermoni

email: andrea.sermoni@gmail.com

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Paola Boldreghini: Tel. 06 48294258 - Fax 06 48294260

email: giornale@enpam.it

Foto: Archivio ENPAM - THINKSTOCK

**MENSILE - ANNO XVI - N. 3
DEL 21/03/2011**

**Di questo numero sono
state tirate 448.756 copie**

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

Stampa: COPTIP Industrie Grafiche
41100 Modena (MO) - v. Gran Bretagna, 50
tel: 059 312500 - fax: 059 312252
email: centralino@coptip.it

Servizio Accoglienza Telefonica

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

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

NOTIZIE FLASH

Quota A - pagamento contributi 2011

Nel 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 inoltrata ad Equitalia Esatri S.p.A., tramite fax al numero **02.6416.6617** o all'indirizzo e-mail taxtel@equitaliaetr.it, un'apposita richiesta completa di nome, cognome, codice fiscale, indirizzo, recapito telefonico, accompagnata da copia di un valido documento di identità.

Anche quest'anno gli utenti registrati nell'area riservata www.enpam.it potranno reperire direttamente un duplicato dei bollettini RAV. In questo caso il pagamento potrà essere effettuato presso gli Istituti di Credito oppure con carta di credito mediante il servizio TAXTEL:

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

Iscritti nati nel 1946 - Anche gli iscritti nati nel 1946 che compiono 65 anni nel corso dell'anno 2011 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 deve 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 2010, Equitalia Esatri S.p.A. invierà, in tempo utile per gli adempimenti fiscali, un riepilogo annuale dei versamenti effettuati;
- gli utenti registrati presso il portale www.enpam.it, accedendo all'Area riservata, potranno reperire diretta-

mente un duplicato della certificazione dei pagamenti effettuati mediante RID;

-le eventuali variazioni successive alla trasmissione riguardanti il codice Iban dovranno essere segnalate a Equitalia Esatri S.p.A. - Ufficio RID a mezzo fax al n. 02.6416.6619 oppure alla casella rid@equitaliaesatri.it, indicando il codice fiscale dell'intestatario dell'avviso.

Duplicato CUD

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

Per ricevere il duplicato CUD ad un indirizzo diverso da quello risultante negli archivi dell'Enpam come luogo di residenza, ovvero a mezzo fax, occorre allegare all'istanza copia di un valido documento di identità 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 recapito telefonico.

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 di delegante e delegato, indicando il numero di fax o l'indirizzo di posta elettronica per la ricezione.

Stampa automatica del duplicato CUD e modulo detrazioni d'imposta 2011 - 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.

Unitamente al modello CUD è stato trasmesso, **soltanto ai pensionati che già lo scorso anno fruivano di detrazioni per familiari a carico**, il modulo per rinnovare la richiesta di applicazione delle predette detrazioni anche per il corrente anno 2011. Tale modulo deve essere compilato in carattere stampatello, sottoscritto e restituito, entro il termine del **31 maggio 2011**, 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



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

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

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

**Fondazione ENPAM:
80015110580**

GRAZIE!