

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



Salvatore Luria, premio Nobel per la medicina "per le scoperte sul meccanismo di replicazione e sulla struttura genetica dei virus", ha ricevuto l'alto riconoscimento nel 1969 insieme a Max Delbruck e Alfred Day Hershey

PARODI
Assicurare
la nostra salute

2

PREVIDENZA
Ricetta
dell'evoluzione

6

NORMATIVA
Permessi
e assenze retribuite

8

FONDI SPECIALI
Elezione
delle Consulte

64

POLIZZA SANITARIA
Nuova scadenza
precisazioni e testo

26



un futuro di certezze.

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

Sei giovane? sfrutta la capitalizzazione!

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

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

Come pagare MENO TASSE

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

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



Per aderire:

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



PER INFORMAZIONI:

Tel. 06 48294333 Sig.ra DANIELA BRIENZA

Tel. 06 48294337 Sig.ra PAOLA CINTIO

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

www.fondosanita.it

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

in questo numero

2	Polizza sanitaria, continuiamo insieme
3	Parliamo di noi
4	L'Enpam, "una casa di vetro"
5	Congresso Federspev
6-7	Ricetta dell'evoluzione
8	Normativa: permessi e assenze retribuite
9	Disostruire le arterie
10-11	L'intervista/1: tumore della prostata
12-13	L'intervista/2: medicina di genere
14-15	L'intervista/3: lipofilling in medicina
16-17	Nuovi farmaci e tecniche terapeutiche
18	Terapia dell'emicrania
19	Tomografia a coerenza ottica
20-21	Psiche e disturbi ossessivi compulsivi
22-23	Sanità in Europa, la Spagna
24-25	112, numero unico per chiedere aiuto

26-38	Polizza sanitaria Enpam
39-42	Congressi, convegni, corsi
43	Atrofia muscolare spinale
44-45	Vita degli Ordini
46-47	Medici illustri, Andreas Vesalio
48	Accadde a... Maggio
49	Race for the Cure
50-51	Recensioni libri
52-53	Società, la serendipità
54-55	Arte, De Chirico e Hopper
56	Cinema, la Family di Salvatores
57	Musica, Nicola Arigliano
58-61	Lettere al Presidente
62	Filatelia
63	L'avvocato
64	Elezioni Comitati consultivi

IN COPERTINA



Salvatore Luria - Premio Nobel per la Medicina nel 1969 con Max Delbruck e Alfred Hershey – nasce a Torino il 13 agosto 1912; muore il 7 febbraio 1991. Dopo aver studiato Medicina a Torino, Fisica e Radiologia a Roma, in seguito alle leggi razziali del Fascismo si rifugia a Parigi, dove Enrico Fermi (con il quale aveva studiato a Roma) gli procura un posto alla Medical School della Columbia University. Ma sarà l'incontro con un altro rifugiato politico antinazista, Max Delbruck, ad imprimere una svolta decisiva alla sua attività scientifica. I due decideranno infatti di lavorare insieme (e con A. Hershey) sui meccanismi di replicazione dei virus, creando quello che passerà alla storia come il "Gruppo del Fago", un'équipe interdisciplinare (un medico, un fisico ed un chimico) da cui prenderà il via la biologia molecolare.

Un trio ideale: da un lato Luria (medico) e Delbruck (fisico), dediti all'analisi teorica, dall'altro Hershey (chimico), provetto sperimentatore. La loro estrazione era completamente diversa (un italiano, un tedesco, un americano), come diversa era la loro formazione. Tre amici "sotto" lo stesso premio.

Foto di copertina: Courtesy of the National Library of Medicine



di Eolo Parodi

Il 31 maggio di quest'anno scade la polizza sanitaria per il rimborso delle spese degli interventi chirurgici effettuati in strutture sanitarie private e al di fuori del Servizio Sanitario Nazionale.

Questa Convenzione voluta dall'Enpam a significare la possibilità di avere un servizio spesso più rapido e sicuramente per molti aspetti migliorativo nei confronti di chi deve essere ricoverato per un intervento chirurgico e con l'intento di offrire una scelta e un più diretto contatto nel rapporto con i chirurghi curanti oltre ad una migliore collocazione di tipo alberghiero, ha avuto dall'anno 2000, data del primo contratto, una evoluzione positiva nel tempo, per i continui miglioramenti normativi e per l'ampliamento delle garanzie, ma anche di preoccupazione per l'insostenibilità negli ultimi anni dei costi da parte della Compagnia Generali che ha dovuto disdettare la Convenzione a termini di Legge.

Siamo riusciti a mantenere questa Convenzione con un'altra Compagnia, Unisalute, accettando un aumento dei premi e una limitazione dei massimi rimborsabili per i diversi tipi di in-

terventi, i cosiddetti tetti di rimborso.

Siamo però anche riusciti ad introdurre una diaria per l'evento malattia mai prima compreso nelle garanzie.

Questa Polizza identificata negli iscritti come Polizza Enpam ha avuto motivo di notevole gradimento nei primi anni e un pò meno in questi ultimi 2 anni.

Sono evidenti questi aspetti quando si pensi ai bassi premi e alle estese garanzie iniziali contro l'aumento dei premi dovuto alle esigenze del mercato assicurativo che non può sopportare certi livelli di perdite economiche. Quando ci è stato comunicato che la Compagnia Generali aveva posto formale disdetta per l'anno successivo della polizza in atto ho avuto personale preoccupazione che chi si era assicurato tramite l'Ente, rinunciando al quella personale molto più costosa, venisse a trovarsi in difficoltà per avere perso una continuità assicurativa che gli consentiva il riconoscimento del rimborso delle spese sostenute per patologie pregresse che invece gli sarebbe stato precluso a partire dalla sottoscrizione di una polizza nuova.

E' stata mia ferma volontà quindi che a chi avrebbe inteso sottoscrivere una nuova polizza fosse garantita una continuità con la precedente. E così è stato.

Ho pertanto sottoscritto una

Convenzione che tutelasse al meglio gli iscritti che ci hanno di fatto delegato a continuare.

Ma occorre anche far presente che nella gestione della polizza in questi anni si sono fatte preziose esperienze che ci fanno sentire in grado di ribaltare il modo di trattare e di acquisire una valida assicurazione.

Non vogliamo più impostare delle trattative su bozze presentate dalle Compagnie ma vogliamo essere noi a presentare un progetto sul quale ci vengano date risposte per costi e garanzie.

Questo progetto, si ribadisce, non può prescindere dalla continuità dei diritti assicurativi a partire dalla data di primo ingresso della Convenzione, dal contenimento dei costi relativi ai premi, dalla validità economica dei richiamati tetti di rimborso, dall'allargamento della possibilità dell'assistenza diretta a numerosi Istituti di prestigio. Senza dimenticare, poi, la necessità di una campagna di informazione valida e chiara a ciascun nucleo iscritto mediante una tessera card di iscrizione e un elenco dei centri convenzionati per l'assistenza diretta e i moduli per farvi ricorso, oltre a recapiti telefonici disponibili e operativi per l'intera giornata.

Su questa progettualità che ho indicato il Consiglio di Amministrazione ha delibe-

rato di prorogare la scadenza della attuale polizza al 31 dicembre 2010 per consentire di concludere il progetto che presenteremo al fine di avere risposte dai soggetti interessati ad ottenere questa nuova nostra proposta di Convenzione che migliorerà in modo significativo i vantaggi per i medici sottoscrittori.

Verrà quindi inviato a ciascuno degli attuali iscritti il modulo di pagamento del premio relativo al periodo di prolungamento al **31 dicembre 2010** di questa attuale polizza e vi invito calorosamente ad accettare questa proroga perché così verranno mantenuti i diritti acquisiti che brevemente vi rammento: continuità di garanzie per la patologia preesistente, nessuna limitazione di iscrizione relativa all'età degli assicurati e netto contenimento dei premi rispetto a quelli richiesti nel mercato assicurativo per similari polizze personali.

Nel contempo si avrà sufficiente tempo per portare a termine il progetto migliorativo sinteticamente anticipato.

Mi sento personalmente gratificato per l'impegno speso per aver inteso dare la mia attenzione alla grande famiglia dei medici che si chiama Enpam.

Devo infine, ancora una volta, ringraziare il prof. Aurelio Grasso che, con molta professionalità e tantissima pazienza, risponde puntualmente alla delega che gli ho conferito. In questo numero del giornale raccomando la lettura del suo articolo sulla polizza sanitaria, molto importante per tutti voi. •

FondoSanità, approvato il bilancio 2009



Nella seduta del 26 marzo il Consiglio di Amministrazione di FondoSanità ha approvato il bilancio consuntivo al 31 dicembre 2009.

Le risultanze del documento contabile danno conto dell'incoraggiante incremento del numero degli aderenti registrato in corso d'anno (+5%), ma soprattutto evidenziano gli ottimi rendimenti finanziari conseguiti dai tre comparti.

A fronte di performance macroeconomiche negative sia in termini di Pil, sia in termini di occupazione, consumi finali e investimenti, i mercati finanziari hanno invertito il trend negativo dei primi tre mesi dell'anno 2009 ed hanno messo a segno una delle migliori performance degli ultimi anni.

In questo quadro FondoSanità ha realizzato nel corso dell'esercizio 2009 risultati molto lusinghieri.

Nel complesso e su base annua, i dati ufficiali forniti dal Service Amministrativo (Fonte Previnet) indicano le seguenti performance:

comparto Scudo:
4.686%

comparto Progressione:
11.987%

comparto Espansione:
20.348%

Sarà cura del Consiglio di Amministrazione anche per il prossimo esercizio

porre in essere ogni ulteriore utile attività intesa a favorire lo sviluppo del Fondo partendo dai segnali positivi provenienti, nel decorso anno 2009, sia dai mercati finanziari che dalla maggiore attenzione dimostrata dalla platea dei potenziali aderenti nei confronti della previdenza complementare di categoria. •

*Luigi Mario Daleffe,
Presidente
FondoSanità*

“World Finance”, Enpam miglior Fondo pensione

“Italy's praiseworthy pension fund” è il titolo dell'articolo pubblicato su “World Finance” dove si mette in evidenza che l'Enpam è il vincitore dell'edizione 2010 del premio “World Finance Awards”, come miglior Fondo pensione 2010 per l'Italia.

Un premio che ci ha riempito di orgoglio perché rappresenta, tra l'altro, un riconoscimento internazionale a quanti quotidianamente sono impegnati a far progredire, nei vari campi di sviluppo, il nostro Ente di previdenza.

La valutazione della giuria ha guardato, infatti, di-

versi aspetti dell'attività dell'Ente relativi, in particolare, alla gestione del patrimonio ed al processo di controllo e gestione dei rischi finanziari.

Il Comitato organizzatore del World Finance, ha tenuto a sottolineare che la giuria ha preso in considerazione, elogiandola, l'attività che l'Enpam svolge nel difficile campo della comunicazione con i propri iscritti, medici e odontoiatri, grazie anche alla gestione delle cosiddette “risorse umane” che riscuotono plausi e consensi per la cura che l'Ente dedica alla crescita professionale ed al benessere dei singoli dipendenti.

In questo campo si è pro-gredito favorendo e sostenendo lo sviluppo delle capacità relazionali, intellettive, organizzative e tecniche di ogni persona. Il premio World Finance al miglior

Fondo pensione 2010 rappresenta quindi per l'Enpam il riconoscimento di un impegno profondo e costante in ogni area della propria attività e diventa uno sprone per dedicare la massima attenzione all'arricchimento ed al perfezionamento del valore prezioso che viene ogni giorno prodotto da chi in questo Ente lavora. •





di Mario Falconi (*)

Nell'articolo dal titolo "L'Enpam: Fondazione da tutelare" pubblicato nel precedente numero di questo giornale scrivevamo: "Nella certezza che tutti sapranno privilegiare l'onestà intellettuale e il senso di responsabilità, auguriamo al Presidente Parodi pieno successo nel portare a compimento il delicato mandato che gli è stato affidato".

Siamo perfettamente coscienti che "volare alto", privilegiando interessi generali, sia difficile e anche scarsamente apprezzabile in un Paese in cui sono sempre più marginali i valori fondanti di un sano consesso civile e, purtroppo, prevalenti i "disvalori".

Pur tuttavia, è proprio in un contesto di tal genere che occorre far sì che tutti gli uomini onesti e di buona volontà facciano sentire forte e chiara la propria voce, pena la resa finale.

Se la gran parte dei medici italiani avesse realmente impostato la propria vita civile e professionale sui dettami del nostro codice deontologico oggi saremmo la

più potente e coesa "lobby etica" del mondo.

Purtroppo così non è e tali affermazioni devono rimanere confinate nell'alveo di una "folle utopia".

D'altra parte i "disvalori" non potevano non contagiare anche il nostro mondo.

Infatti, nell'approssimarsi della scadenza elettorale per il rinnovo del CdA della Fondazione, sentiamo crescere le turbolenze, le parole in libertà, le maldicenze, tutte finalizzate, verosimilmente, ad acquisire, prima di tutto, potere personale, costi quel che costi. Abbiamo l'assoluta consapevolezza e serenità che la fisiologia della democrazia, soprattutto se vissuta in piena onestà intellettuale, impone a tutti coloro che occupano cariche elettive l'assunto che esse sono comunque temporanee.

Ci piacerebbe molto che nessuno si lasciasse andare a comportamenti poco etici, ma purtroppo riteniamo che anche questa sia una "folle utopia".

Siamo adulti, vaccinati e corazzati. Non possiamo dimenticare che, in un passato non molto lontano, alla vigilia di una tornata elettorale ordinistica, fummo

L'Enpam, "una casa di vetro"

Tutti i medici possono apprezzarne l'assoluta trasparenza di cui è custode il presidente Eolo Parodi al quale auguriamo di portare a compimento il delicato mandato che gli è stato affidato dalla federazione degli Ordini

accusati, insieme ad altri autorevoli colleghi, attraverso una lettera anonima, di avere cospicue somme di denaro depositate in banche di varie parti del mondo. Purtroppo la lettera non diceva la verità!

Vogliamo chiudere come abbiamo iniziato. Il mandato che il Presidente Parodi ha ricevuto dal Consiglio Nazionale della Fnomceo è chiaro e difficilmente adattabile ad interpretazioni di parte.

Siamo certi che Egli saprà espletarlo correttamente e compiutamente, nel consueto rispetto che ha sempre dimostrato nei riguardi dei Presidenti degli Ordini ed anche per dare continuità alla sua reiterata affermazione che l'Enpam è una "casa di vetro" della quale tutti possano apprezzarne l'assoluta trasparenza. •

(*) Vice presidente vicario Enpam



A fine maggio il congresso Federspev

di Eumenio Miscetti (*)

“Per i pensionati dignità di vita e riconoscimento dei loro diritti”: è lo slogan che la Federspev, la (longeva) Federazione nazionale di sanitari pensionati e vedove che presiedo, ha scelto per il suo 47° Congresso Nazionale. I lavori congressuali si svolgeranno a Caserta al Grand Hotel Vanvitelli che accoglierà dal 29 maggio al 2 giugno prossimo i pensionati medici, veterinari, farmacisti e i loro superstiti, iscritti alla nostra Associazione, provenienti da tutte le provincie italiane.

Inoltre, in sintonia con lo spirito e i principi di solidarietà che ci animano, domenica 30 maggio, assisteremo a cinque orfani, il cui genitore superstite sia iscritto alla federazione da almeno un anno, i premi studio per un lavoro originale in medicina e chirurgia, farmacia, veterinaria, giurisprudenza e scienze economiche, nonché il rituale premio letterario.

**Una pensione
che ha perso
il 50% del suo valore
rispetto
a dieci anni fa**



La Federspev è nota per la sua tenace ostinazione nella difesa dei diritti dei pensionati sanitari (ma non solo), un obiettivo che perseguiamo con energia e determinazione da lungo tempo, ben 47 anni.

Ma... il calendario cambia, i problemi restano. L'età media si è considerevolmente allungata, la popolazione invecchia e il valore della rendita previdenziale col passare degli anni si assottiglia sempre più azzerando i minimi diritti di garanzia sul potere d'acquisto di tutte e delle nostre pensioni, avvicinando anche noi pensionati appartenenti al ceto medio alla soglia di povertà. In tal caso, uno Stato civile ha il dovere di assicurare ai cosiddetti

quiescenti il mantenimento del reddito per poter vivere dignitosamente, o meglio, in altre parole, lo Stato ha il dovere di restituirci i (cospicui) contributi che abbiamo versato durante la vita attiva. In questo Congresso, il dibattito verterà sì sulle gravi (ma non insolubili...) ingiustizie che subiamo: pensioni d'annata, defiscalizzazione del reddito previdenziale, (in)adeguamento ISTAT, abolizione della decurtazione per la pensione di reversibilità e così via, ma vorremmo focalizzare l'attenzione sulla figura del pensionato, al quale nessuno sembra prestare ascolto. Il "pensionato vero" è colui che ha maturato il sacrosanto e intan-

gibile diritto alla pensione, poiché ha versato nel corso della vita lavorativa contributi sostanziosi che dovrebbero tradursi in stipendi differiti nell'età avanzata. Noi non siamo e non vogliamo essere considerati degli "assistiti". E qui vorrei ribadire per l'ennesima volta la differenza tra previdenza ed assistenza: colui che beneficia dell'assistenza non è un pensionato, ma un soggetto che lo Stato mantiene con l'apporto di tutti i cittadini. Noi, che con il nostro onesto lavoro abbiamo contribuito alla crescita sociale ed economica del Paese negli ultimi cinquant'anni, pur avendo versato fior di contributi percepiamo oggi una pensione che ha perso il 50% del suo valore rispetto a dieci anni fa. Il debito pubblico, gli sprechi e tutti i problemi che ci affliggono non possono gravare sulle spalle dei pensionati, tartassati fino all'ultimo centesimo, calpestati nei loro diritti e ridotti all'inopia proprio nella fase della vita in cui si è più fragili e bisognosi di aiuti concreti e urgenti. Riprendiamoci la nostra dignità. •

(*) *Presidente Federspev*

Info: FEDER.S.PEV

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



di Alberto Olivetti (*)

Nel significato del termine ricetta c'è implicito il concetto di rimedio oltre che quello letterale di prescrizione. E quali rimedi possiamo ipotizzare per far fronte agli scenari prossimi futuri che si presentano alla nostra Fondazione Enpam?

L'invecchiamento progressivo della popolazione e la trasformazione delle economie mondiali sono fattori che influenzeranno profondamente la gestione della Fondazione. Un problema montante sarà l'approvvigionamento dei contributi in un contesto di riduzione numerica della classe medica e di modificazione profonda della medicina sulla base della evoluzione tecnologica, delle nuove

**In definitiva
siamo oggi
chiamati a garantire
una maggior tenuta
dei conti nel tempo**

Ricetta dell'evoluzione

*“Non sono le specie
più forti a sopravvivere,
né le più intelligenti,
ma sono quelle che riescono
a rispondere con maggior
prontezza ai cambiamenti”*

(Charles Darwin)

frontiere della medicina rigenerativa e predittiva su base molecolare e del prevedibile afflusso di capitali finalizzati al profitto sul mercato salute, che verosimilmente indurrà forme di esercizio professionale elusive della contribuzione individuale.

Cambieranno gli equilibri? I nuovi profili sanitari sottrarranno risorse contributive al prevedibile maggior consumo di sanità in una popolazione che invecchia? Riusciremo in definitiva a garantire i necessari flussi contributivi per pagare le pensioni più a lungo?

Altro fattore da considerare è il rischio politico di scelte a noi avverse, come lo sono la perdurante tassazione della capitalizzazione dei contributi e l'innalzamento eccessivo ed improvviso – a tipo “accadde in una notte” – dell'asticella dei criteri di riferimento per la sostenibilità.

L'instabilità dell'attuale assetto legislativo potrà condizionare la marcia della Fondazione per garantire alle generazioni successive l'adeguatezza delle pensioni e l'equità del trattamento rispetto ai precedenti contribuenti, soprattutto se tale instabilità si interfaccia con l'ibrido previdenziale che oggi siamo, tra finalità pubblica, controllo di garanzia dello Stato e mezzi privati.

Riusciremo a completare la trasformazione in un vero ente privato, con una Autorità che valuti i risultati dell'esercizio della funzione assegnata, e non entri nel merito delle singole attività necessarie all'espletamento della funzione?

Riusciremo in questa situazione mutevole e poco definita, a cancellare, prima o poi, la sensazione di subire gli svantaggi di un sistema e dell'altro senza averne i vantaggi, in pri-

mis il paracadute della fiscalità generale?

La Costituzione prevede il ricorso alla fiscalità generale - le imposte dei cittadini in ragione della loro capacità contributiva - per la redistribuzione del reddito verso il bisogno.

In nome dell'equilibrio e della sostenibilità, ci è stato imposto un aumento dell'arco temporale di equilibrio ad almeno trent'anni, poi però il Patrimonio, obbligatoriamente costituito a garanzia del pagamento delle pensioni, è tassato come quello di una impresa speculativa, ed ogni anno un flusso finanziario importante è sottratto alle pensioni ed alla solidarietà intracategoriale, cioè alla funzione propria demandata da quella privatizzazione che affidandoci le sorti previdenziali di una categoria ci ha sottratto la possibilità di usufruire di trasferimenti di risorse pubbliche.

Il fatto che i Ministeri stessi lo ritengano iniquo aggiunge la beffa al danno.

Trovare il massimo riscontro finanziario in un mercato mondiale fluttuante tra recessione e volatilità non appare per i prossimi anni un percorso semplice. Quello che si è capito dalla recente crisi è che nessuno sa trarre dal passato modelli efficaci per anticipare il futuro, per cui parlare di redditività significativa con investimenti poco rischiosi, prontamente liquidabili

ma a capitale garantito, diversificati ma equilibrati può apparire alla fine solo una evidente serie di osimori.

Perseguire la finalità previdenziale negli investimenti patrimoniali significa pianificazione tra attività e passività della gestione finanziaria strettamente collegata alle caratteristiche dei Fondi, e comporta l'adattamento degli investimenti alle dinamiche demografiche e tecnico previdenziali specifiche di ognuno di essi. Probabilmente i Fondi sono troppi, anche se pare difficile costituirne uno solo, specie se pensiamo che il Fondo Generale si rifà a contributi derivanti dal rapporto diretto medico paziente, mentre i Fondi Speciali, di maggior consistenza economica, hanno a che fare con un terzo pagante.

Insomma, poco importa avere una splendida villa se i soldi mi servono domani mattina, come d'altro canto avere tanta carta moneta in tasca se tra vent'anni poi, con inflazione galoppante, da questa carta mi potrà uscire un monolocale.

La gobba previdenziale e l'età di pensionamento.

Una intera folta generazione di cinquanta-sessantenni si pensionerà nei prossimi quindici anni, alterando per lungo tempo il rapporto tra attivi e pensionati. Ce la farà la futura generazione di medici a sostenere con la propria



contribuzione il sistema, se dal lavoro non arriveranno redditi sufficienti e se il Patrimonio non garantirà proventi sostanziosi?

La via del rigore attuariale pare obbligata, dato che non si gode del piè di lista del trasferimento fiscale. Continuando a cercare di ottenere il massimo possibile dal patrimonio, va consolidato il patto tra generazioni evitando di ritardare l'approccio al problema.

Si deve aprire prima possibile la stagione delle riforme previdenziali dei Fondi, e quella del confronto politico sulle modalità e sui tempi di applicazione delle regole di sostenibilità.

Aumentare la contribuzione con una valorizzazione coerente all'obietti-

vo della sostenibilità, dell'adeguatezza, dell'equità e della convenienza del patto intergenerazionale. Si potrebbe anche evitare di agire sul prolungamento dell'età pensionabile, se si identificasse, nell'attuale range di possibilità di pensionamento, un opportuno coefficiente che commisuri l'entità del rateo pensionistico alla aspettativa di vita post lavorativa, nell'opportunità data di lavorare di più per avere di più, evitando invece, in un sistema rigido le ipotesi di interventi sulle pensioni per necessità estreme. In altre parole, una volta definita la pensione, possibilmente rivalutata al meglio, non si tocca più. In definitiva, siamo oggi chiamati a garantire una maggior tenuta dei conti nel tempo, mentre si vive

sempre di più, in un mondo in recessione, con un grosso esodo nei prossimi anni, rimpiazzati in misura forse quantitativamente insufficiente in uno scenario professionale mutevole che potrebbe non garantire flussi contributivi adeguati.

La ricetta è di aprire prima possibile la stagione delle riforme, al di là del rinnovo elettorale, per renderle meno impattanti, adoperando l'opportuno rigore attuariale per garantire a tutti i contribuenti la proporzionalità tra i contributi versati e le prestazioni garantite, riforma da impostare nella condivisione, concertazione e corresponsabilità di tutti i portatori di legittimi interessi. •

(*) *Consigliere Enpam*

Stretta sui permessi per l'assistenza ai disabili

di Marco Perelli Ercolini (*)

Un giro di vite sui permessi e altri benefici previsti dall'articolo 33 della legge 104/92, peraltro già modificato da successivi provvedimenti, per l'assistenza ai disabili. Infatti, con la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale (disegno di legge 3 marzo 2010, n. 1167-B), diventeranno operanti importanti modifiche che riducono la platea di quanti potranno accedere ai permessi retribuiti previsti per l'assistenza a parenti handicappati e ai benefici in materia di mobilità.

In particolare, il diritto a fruire di tre giorni di permesso mensile retribuito e coperto agli effetti previdenziali da contribuzione figurativa sarà riconosciuto al solo dipendente (pubblico o privato) che ha un rapporto di parentela con la persona da assistere di secondo grado, anziché di terzo.

Il rapporto di parentela fino al terzo grado rimane solo qualora i genitori o il coniuge della persona handicappata abbiano compiuto il 65esimo anno di età oppure siano essi stessi affetti da patologie invalidanti oppure siano deceduti o mancanti.

Inoltre il diritto verrà riconosciuto solo a "una" persona e non come prima a

più lavoratori per l'assistenza di una stessa persona con handicap, tranne il caso dei genitori (anche adottivi) di un figlio handicappato che invece potranno fruirne alternativamente.

Il nuovo testo puntualizza infatti che, successivamente al compimento del terzo anno di vita del bambino con handicap in stato di gravità e non ricoverato, il diritto a fruire dei permessi sia rico-

nosciuto ad "entrambi" i genitori, anche adottivi, che potranno beneficiarne alternativamente, anche in maniera continuativa nell'ambito del mese.

Altra modifica sulla scelta, ove possibile, della sede di lavoro: la scelta andrà fatta sulla sede più vicina al domicilio della persona da assistere. •

(*) Consigliere Enpam

Ospedalieri, assenze retribuite

Assai spesso l'ospedaliere per assenze brevi ricorre alle ferie o ai recuperi orari o di festività non godute, ignorando che per determinate circostanze può assentarsi conservando il diritto alla retribuzione, maturando l'anzianità di servizio e senza ridurre le ferie. Infatti ha diritto per contratto a:

8 giorni all'anno per partecipare a convegni, congressi o corsi di aggiornamento, perfezionamento o specializzazione (può anche ricorrere, ove concesso, al raggruppamento delle ore di studio cioè alle 4 ore settimanali per l'orario di servizio di 38 ore nella settimana). Ha anche diritto di usu-

fruire di questo istituto per la partecipazione a concorsi o ad esami, limitatamente ai giorni delle prove, pertanto nulla aspetta per il viaggio;

3 giorni consecutivi per ogni lutto: decesso del coniuge (anche separato), convivente (stabile convivenza da certificazione anagrafica), parenti entro il secondo grado e affini entro il primo grado da effettuarsi entro 7 giorni dal decesso con presentazione del certificato di morte o con l'autocertificazione. Tale permesso sospende anche l'eventuale godimento delle ferie;

3 giorni all'anno per particolari motivi personali e fa-

miliari, compresa la nascita di un figlio;

3 giorni lavorativi all'anno in caso di documentata grave infermità del coniuge, di un parente entro il secondo grado o del convivente (stabile convivenza da certificazione anagrafica); altre assenze previste da disposizione di legge (donazioni di sangue o midollo, ecc.).

Inoltre, come qualsiasi altro lavoratore dipendente, ha diritto:

15 giorni consecutivi in occasione del matrimonio previa richiesta motivata con impegno a produrre in seguito, al datore di lavoro o alla amministrazione, la relativa documentazione (certificato di matrimonio o autocertificazione).

Il godimento del congedo deve essere goduto entro 30 giorni dal matrimonio salva differente pattuizione.

Successivi congedi matrimoniali per nuovi matrimoni possono essere concessi in seguito a decesso del coniuge o a divorzio.

Ricordiamo poi le assenze connesse alla maternità e alla assistenza ai disabili, della quali abbiamo già scritto in precedenza. •

m.p.e.

Parentela

Sono parenti
di primo grado: padre e figlio
di secondo grado: nonno e nipote, fratelli e sorelle
di terzo grado: nipote e zio, bisnipote e bisnonno

Affinità

È il vincolo tra il coniuge e i parenti dell'altro coniuge. Gli affini di ciascun coniuge non sono affini tra loro. Il grado di affinità è lo stesso che lega i parenti.

Disostruire le arterie con una dieta appropriata

di Giorgio Spagnolo (*)

Da tempo immemorabile la medicina italiana conosceva, apprezzava e raccomandava le diete ipocaloriche in genere e la “dieta mediterranea” in particolare, e gli effetti benefici di questi regimi sull’incidenza e sull’evoluzione delle malattie cardiovascolari erano da tempo stati confermati da una miriade di studi epidemiologici, senza lasciare adito ad alcun dubbio e tanto meno al bisogno di ulteriori conferme. Tuttavia siamo stati profondamente e positivamente colpiti dai risultati di uno studio israeliano comparso su “Circulation” nello scorso mese di marzo, con il quale la dr.ssa Iris Shai, epidemiologo nutrizionista dell’Università Ben Gurion di Beersheva, Negev, in collaborazione con il dott. Robert H. Heckel dell’Università di Denver, Colorado, è riuscita a dimostrare per la prima volta che “alcune diete popolari possono disostruire

le arterie”, ed in particolare che ciascuna delle tre diete utili per il cuore, quella a basso contenuto di grassi, quella a basso contenuto di carboidrati e la dieta mediterranea, “sono capaci di far regredire i restringimenti della parete arteriosa che possono condurre all’infarto e allo stroke”.

“Una volta che hai iniziato una dieta adeguata, anche se ne ricavi solo una modesta perdita di peso, se la continui abbastanza a lungo, puoi ottenere una regressione dell’aterosclerosi”, afferma infatti inequivocabilmente su *Circulation* la dott.ssa Iris Shai, ed è a tutti noto che l’aterosclerosi produce un restringimento dei vasi sanguigni, e che quando tale restringimento arriva a produrre un blocco totale del flusso sanguigno il risultato è un infarto o uno stroke.

Nel loro studio Shai e collaboratori hanno assegnato 140 soggetti di media età, uomini e donne, ad una delle tre diete a basso contenuto calorico:

quella a basso contenuto di grassi, quella a basso contenuto di carboidrati e la dieta mediterranea, che esalta la frutta, le verdure, ed i grassi utili alla salute come quelli che si trovano nell’olio di oliva. Circa un terzo dei partecipanti allo studio assumeva farmaci antipertensivi ed un quarto erano in trattamento con farmaci anti-colesterolo, prevalentemente statine. I ricercatori hanno tenuto sotto controllo l’aderenza dei partecipanti alla dieta prescritta, il loro peso e la pressione arteriosa, ed inoltre, a mezzo di ecografie tridimensionali, hanno registrato il volume ed il restringimento delle arterie carotidi, i maggiori vasi sanguigni che portano sangue al cervello. Dopo due anni, nei pazienti che hanno seguito le diete, è stata rilevata una significativa riduzione del 5% nello spessore medio dell’arteria carotide, ed una riduzione dell’1,1% nel restringimento della parete arteriosa. Sono state inoltre rilevate modiche riduzioni della pressione arteriosa e del peso medio. La dott.ssa Shai ha quindi potuto affermare che “con una dieta sana, una modesta perdita di peso ed un lieve abbassamento della pressione ar-

teriosa, si può ottenere una regressione della placca, che invece tenderebbe a crescere nel corso degli anni”. Tutte e tre le diete saggiate hanno certi elementi in comune: un aumentato consumo di frutta e verdura ed un diminuito consumo di grassi pericolosi come quelli presenti nei cibi cotti.

E il dott. Eckel, professore di medicina all’Università del Colorado e past-president dell’American Heart Association, ha confermato che “il messaggio che se ne può trarre è che la perdita di peso, indipendentemente da come la si ottenga, è utile per l’arteria carotide, e che anche se l’abbassamento pressorio è risultato il più importante effetto della dieta, con la perdita di peso molte cose cambiano nella giusta direzione”. E’ comunque molto importante che chiunque intenda seguire una dieta di questo genere sia pronto a farlo per un lungo periodo.

Da parte nostra possiamo concludere questa breve nota affermando che, mentre è superfluo aggiungere che i dati di questo studio necessitano ancora di ulteriori conferme, appare comunque indiscutibile che un nuovo fiore di speranza è sbocciato... nel deserto del Negev! •

(*) *Presidente Consulta del Fondo degli specialisti esterni*

**Con una dieta sana si può ottenere
una regressione della placca
che invece tenderebbe
a crescere nel corso degli anni**



Il professor Mauro Dimitri, urologo, è presidente della World Foundation of Urology, costituita nel 2001 e presente in Italia come Organizzazione non lucrativa di utilità sociale (Onlus). La Fondazione è composta da 1286 urologi presenti in Europa, Stati Uniti, America del Sud e Giappone, interviene in tre settori fondamentali: la Formazione e la Ricerca per gli Urologi, e l'Informazione per il pubblico. Il professor Dimitri ha conseguito nel corso degli anni numerosi premi e onorificenze tra i quali il Premio Città di Los Angeles per la ricerca e la scienza, il Premio D'Aquino Foundation per la medicina (USA), il Premio Neo-Kidney Project (USA), la menzione su Who's Who in the World per il settore della Scienza nel 2007

Prevenzione, l'arma contro il tumore della prostata

di Carlo Ciocci

Quali sono le principali armi per combattere il tumore della prostata?

Per combattere il tumore della prostata, primo tumore che colpisce l'uomo, è essenziale la diagnosi precoce. È stato osservato negli ultimi cinque anni un aumento in Italia di questo tumore dovuto, principalmente, alla dieta. Una dieta a base di proteine e grassi di origine animale favorisce l'insorgenza e l'aumento di mortalità per il tumore della prostata ed anche altri tumori quali il tumore della mammella e del colon, l'obesità, l'ipertensione, il diabete ed una serie di patologie cardiovascolari che possono seriamente compromettere l'aspettativa di vita.

Qual è l'incidenza in Italia del tumore della prostata?

In Italia il tumore della prostata provoca 9mila decessi

l'anno e circa 33mila nuovi casi vengono registrati. Il tumore della prostata rappresenta il 12 per cento dei tumori maschili, superando il tumore del polmone (poco più del 10 per cento) che era sino a poco tempo prima il primo per incidenza negli uomini. Ulteriore dato su cui è importante riflettere è che tra quanti vengono colpiti dal tumore della prostata il 20 per cento circa dei pazienti è alla diagnosi già allo stadio di metastasi.

Che cosa è necessario fare quando c'è il sospetto di un tumore della prostata?

L'esplorazione digito-rettale, il dosaggio del PSA e l'ecografia prostatica transrettale fanno sospettare un tumore quando almeno due di questi esami concorrono persistentemente ad indicare un sospetto. Il PSA può aumentare in corso di prostatite, di ipertro-

fia prostatica benigna o in caso di tumore della prostata; dovrà sempre essere l'urologo a richiedere l'esame successivo rappresentato dalla biopsia prostatica. È necessario considerare che oltre due terzi delle biopsie prostatiche vengono oggi eseguite senza una reale indicazione. Una volta confermata la diagnosi di tumore della prostata, la terapia al di sotto dei 70 anni è quella chirurgica con la prostatectomia radicale (chirurgica o laparoscopica) con la quale si rimuove completamente il tumore se ben confinato nella prostata. La tecnica operatoria è migliorata al punto che si riesce a mantenere l'erezione per un gran nu-

mero di pazienti, più facilmente nei giovani. I pazienti più anziani possono invece avere già alterazioni dell'erezione per problemi vascolari preesistenti. Comunque la riabilitazione vascolare dopo l'intervento viene oggi iniziata precocemente.

Tra le conseguenze dell'intervento l'incontinenza può rappresentare una problematica reale?

Per quanto concerne l'incontinenza – psicologicamente molto temuta dai pazienti sia se si debbano operare di ipertrofia prostatica benigna, che per tumore della prostata – possiamo dire che in mani esperte è rara, e può peraltro essere risolta con trattamento endoscopico minimamente invasivo.

Se il paziente è un ultrasettantenne?

Oltre i 70 anni è stato osservato che la terapia medica di tipo ormonale è capace di mantenere la stessa sopravvivenza rispetto all'intervento chirurgico, con le stesse garanzie senza dover affrontare un intervento chirurgico.

Si parla anche della radioterapia come scelta terapeutica...

La radioterapia come scelta terapeutica è riservata ai pazienti che rifiutano l'in-



World
Foundation of
Urology



SETTIMANA PREVENZIONE TUMORE PROSTATA

tervento chirurgico nonostante una corretta informazione ed ai pazienti che non possono essere sottoposti all'intervento chirurgico, ma bisogna ricordare che la radioterapia non garantisce le stesse sopravvivenze della prostatectomia radicale: se a 4-5 anni possono essere in parte comparabili, ma sempre con un vantaggio della prostatectomia radicale, successivamente si è osservato che c'è una riduzione della sopravvivenza molto importante a 10 anni per chi esegue la radioterapia.

Veniamo alla prevenzione.

Dai 45 anni in su tutti gli uomini dovrebbero sottoporsi alla visita urologica ed eseguire il test del PSA annualmente; mentre l'ecografia prostatica trans-rettale, e l'ecografia renale, possono essere eseguite ogni 2-3 anni a giudizio dell'urologo. Va anche ricordato che i pazienti che hanno familiarità con il tumore della prostata incorrono in un aumentato rischio di sviluppare lo stesso tumore su base genetica. Per queste persone l'indicazione è di iniziare a controllarsi dai 40 anni, annualmente.

Per quanto riguarda, poi, la prevenzione primaria, si è osservato che in paesi asiatici dove prevale la dieta ricca di proteine di soia, fibre,

verdure, ortaggi, cereali e legumi, si registra una bassissima incidenza di tumori della prostata: di conseguenza un giapponese che si reca negli Stati Uniti dopo dieci anni ha la stessa incidenza di tumore della prostata dell'americano. Anche i fattori razziali sono importanti: sappiamo che la razza nera ha circa quattro volte di più la possibilità di ammalarsi di tumore della prostata su base genetica.

Come dicevo l'alimentazione, al di là della genetica, rimane importantissima per prevenire questo tipo di tumore che è in costante aumento. Alcuni fattori riconosciuti, fortemente protettivi per il tumore della prostata, per una corretta alimentazione integrata, sono rappresentati dal licopene (presente soprattutto nei pomodori), il tè verde, l'aglio, il melograno.

Recentemente avete anche organizzato una Settimana di prevenzione...

Siamo orgogliosamente alla quarta edizione della "Settimana di prevenzione del tumore della prostata 2010" (12-19 marzo, www.prevenzionetumoreprostata.it) organizzata dalla World Foundation of Urology, che ha ottenuto i più alti patrocinii. *"Se tutto è normale fagli fare un check-up, il tumore della prostata non ti*

avvisa" è stato il messaggio dello spot girato dal regista Gianfranco Rosi che è stato trasmesso da tutte le televisioni; sempre per un'intera settimana, spot di sensibilizzazione sono stati trasmessi da radio a diffusione nazionale; sono stati realizzati anche degli sticker adesivi che grazie all'Ente cinema e l'Associazione Nazionale Bersaglieri sono stati distribuiti in tutta Italia.

Alcuni consigli pratici contro il tumore della prostata?

Dobbiamo mantenere la dieta mediterranea e prediligere sostanze che hanno micronutrienti protettivi per il tumore della prostata. A tal proposito abbiamo contribuito a lanciare, insieme all'Istituto di Chimica Biomolecolare del Consiglio Nazionale delle Ricerche di Napoli, il "Super-pomodoro": si tratta di una ricerca italiana attraverso la quale è stato fatto un incrocio fra tre varietà di pomodoro nero con il San Marzano, con il risultato che ne è scaturito un prodotto con aumentate quantità di licopene, di vitamina C che era parzialmente presente nel San Marzano tipico e antiocianine, una nuova varietà di potenti antiossidanti presenti nel pomodoro nero. Questa miscela antiossidante globale e anti-radicali liberi può svolgere un grande effetto con-

tro il tumore della prostata e verso altre malattie dismetaboliche.

La ricerca in questo campo cosa promette per il futuro?

Per il futuro abbiamo la recente ricerca italiana svolta all'Harvard Medical School e pubblicata su Nature, che ha dimostrato che disattivando il gene SKP2 in cellule di tumore della prostata umana, oltre che nelle cavie, le cellule rallentano la loro velocità di divisione, invecchiano e muoiono. Si tratta di una ricerca estremamente promettente per quanto riguarda la terapia genica con la quale potremo in futuro, una volta scoperta una neoplasia, attuare una terapia che fa regredire il tumore perché dà la possibilità di "addormentare" il gene che è responsabile della progressione cellulare. Ma ciò che più mi preme ribadire è che il tumore della prostata è quello più facilmente individuabile e più facilmente curabile, presto sarà disponibile nella pratica clinica il PCA3, un test che si affiancherà al PSA e che viene dosato nelle urine dopo massaggio prostatico. Il primo impegno dovrà essere quello di alimentarsi correttamente e praticare dell'attività fisica: a tal proposito uno studio americano riferisce che l'attività fisica riduce del 50 per cento il rischio di sviluppare un tumore della prostata. Nessuna paura dunque: alimentazione corretta, attività fisica, diagnosi precoce e...se necessario la terapia giusta. •



Francesca Merzagora, presidente e fondatrice dell'Osservatorio nazionale sulla salute della donna (ONDa), è anche presidente del Comitato promotore della Fondazione Umberto Veronesi. Fondatrice del forum italiano di Europa Donna, di cui è stata presidente per dieci anni, e di "Sottovoce", associazione di volontari a favore dell'Istituto Europeo di Oncologia (IEO). Nel 2005 ha ricevuto il Premio Bellisario "Donna e salute" sezione manager e nel 2007 l'Ambrogino d'oro, Civica benemerita del Comune di Milano

La salute **al femminile**

L'Osservatorio nazionale per la salute della donna (ONDa) nasce per promuovere una cultura della medicina di genere e combattere la discriminazione nelle cure, nell'assistenza medica e nella ricerca clinica

di **Claudia Furlanetto**

Era il 1991 quando Bernardine Healy, direttrice del National Institutes of Health statunitense, scrisse in un famoso editoriale pubblicato sul *New England Journal of Medicine* della *Yentl syndrome*. Il nome, quello di una ragazzina ebrea costretta a travestirsi da uomo per poter studiare la Torah presso una scuola maschile nella Polonia del XIX secolo, protagonista di un racconto breve del premio Nobel Isaac Bashevis Singe, passerà alla storia della medicina come quello che definisce la tendenza dei cardiologi a discriminare le pazienti cardiopatiche in termini di strategie diagnostiche e terapeutiche offerte in maniera dissimile a uomini e donne. L'editoriale fu solo l'inizio. Il mondo scientifico cominciò ad interrogarsi su cosa significhi essere donna nel trattamento

di diverse patologie. Stava nascendo la medicina di genere. "Con medicina di genere – chiarisce Francesca Merzagora, presidente di ONDa, l'Osservatorio nazionale sulla salute della donna – intendiamo la distinzione in campo medico delle ricerche e delle cure in base al genere di appartenenza, quindi non solo dal punto di vista anatomico. Il termine sesso infatti differenzia l'uomo e la donna solo sulla base delle loro caratteristiche biologiche, mentre con genere uomo e genere donna ci si basa su tutti i fattori che li caratterizzano, biologici, culturali, ambientali e sociali."

Dal 1991 ad oggi che cosa è cambiato?

La salute femminile non è più solo concentrata sugli aspetti riproduttivi, ma c'è una presa in carico di tutti gli aspetti della condizione fisica. È un processo molto lento e in Italia, ancora og-

gi, la medicina di genere non si è affermata.

Quale è la situazione nel nostro Paese?

Anche se oggi possiamo affermare che la prevenzione è ritagliata sul mondo femminile, purtroppo non possiamo dire la stessa cosa per le cure e i trattamenti: le donne vivono più a lungo, si ammalano più spesso, usufruiscono maggiormente del servizio sanitario e consumano il 20-30 per cento dei farmaci in più; farmaci che però il più delle volte sono testati sugli uomini.

Il sintomo del braccio sinistro dolente tipico dell'infarto venne rilevato durante uno studio condotto su 103 persone di cui cento erano uomini e tre donne. In quest'ultime l'insorgenza dell'infarto differisce: si presentano sintomi quali mal di schiena e nausea, spesso non riconosciuti. Anche se oggi questa situazione si sta lentamente evolvendo, come nel caso dell'oncologia in cui

anche le donne vengono arruolate negli studi clinici, la stessa cosa non avviene in campo psichiatrico o per le patologie cardiovascolari. Un recente studio inglese, inoltre, ha confermato che nelle donne l'approccio terapeutico e diagnostico delle malattie cardiovascolari è ancora meno aggressivo che negli uomini.

Perché queste differenze?

Arruolare le donne è più costoso, senza contare problemi come la minore disponibilità di tempo, le interferenze ormonali, il pericolo di danneggiare il feto in caso di gravidanza.

Lo scorso anno avete pubblicato la nuova edizione del Libro bianco sulla salute femminile. Quale situazione emerge dalle vostre ricerche?

La salute delle donne italiane è tendenzialmente buona ma ci sono ancora delle differenze tra Nord e Sud, che continuano ad aumentare, con le donne meridionali, e con un livello socio-economico basso, costantemente svantaggiate. Nel meridione c'è una evidente prevalenza di donne diabetiche, obese e in sovrappeso, ma anche una diversa estensione dei programmi di screening (mammella, cervice uterina, colon, ecc.). Solo in riguardo ai tumori si assiste ad un livellamento tra Nord e Sud: il trend di incidenza medio delle principali forme tumorali è aumentato notevolmente nel meridione al punto che nel 2010 si ipotizza il raggiungimento dei valori del Nord.

A livello nazionale si è rilevato inoltre un aumento delle patologie psichiatriche, soprattutto della depressione. Da un'indagine effettuata con il professor Mencacci, direttore del dipartimento di Psichiatria A.O. Fatebenefratelli di Milano, è emerso che le donne temono la depressione più del tumore al seno: infatti grazie all'azione di advocacy e di lobby la patologia tumorale, se presa precocemente, viene percepita dalla donna come affrontabile e guaribile. La depressione, al contrario, incute sensi di colpa, è una patologia di cui non si parla e di cui si prova vergogna. Per questo ONDa sta promuovendo una importante campagna da lanciare sulla depressione post partum che coinvolge le parlamentari ed anche il ministero della Salute. La collaborazione con le istituzioni è sia a livello nazionale che regionale: infatti con la Lombardia abbiamo già attivato numerosi progetti di ricerca.

Che cos'è il progetto Bollini Rosa?

È un programma di segnalazione delle strutture ospedaliere "a misura di donna". ONDa assegna uno, due o tre bollini ai centri – auto-candidatisi – che mostrano attenzione nei confronti delle patologie femminili e delle esigenze specifiche delle donne ricoverate. Lo scopo è facilitare la scelta del luogo di cura da parte delle donne; premiare le strutture che già possiedono le caratteristiche richieste e incentivare le altre ad ade-

guarsi nel tempo (*n.d.r. per i requisiti di assegnazione consultare la tabella*).

Perché nonostante l'analgesia epidurale sia un diritto dal 2008 solo il 16 per cento degli ospedali italiani la offre?

È un problema prettamente economico. Pur essendo stata inserita nei Livelli Essenziali di Assistenza, l'applicazione è di competenza regionale. Se le Regioni non stanziavano dei fondi ad hoc da dare agli ospedali non è possibile pagare un anestesista che sia a disposizione 24 ore su 24. Inoltre è da rilevare che laddove non viene offerta l'epidurale la percentuale delle donne che ricorre al cesareo è molto più alta, la paura di soffrire è quindi un fattore decisivo nella scelta.

Infatti ove disponibile l'anestesia viene richiesta dal 90 per cento delle mamme, un dato che indica come la gestione del dolore sia percepita come una necessità.

Quindi l'aumento dei cesarei è collegato alla mancata disponibilità di anestesia epidurale?

Anche, ma non solo. L'aumento è stato anomalo e non riconducibile alle sole ragioni mediche se si considera che negli anni '80 la percentuale era del 10 circa e negli anni '90 del 20. L'Italia oggi, con il 38,3, ha una delle percentuali di cesarei più elevate d'Europa senza considerare che la quota suggerita dall'Organizzazione mondiale della sanità non dovrebbe superare il 15.

Tra i motivi evidenziati dagli esperti c'è il timore dei medici per eventi legati alla "malpractice"; le richieste delle donne legate ad età o alla mancanza di epidurale per alleviare il dolore del parto naturale; la carenza di informazioni sull'argomento e le forme organizzative adottate dai punti nascita. È, in altre parole, una disfunzione del sistema. Un esempio eclatante è la Campania che con il 61 per cento di tagli cesarei è la Regione meno virtuosa ma allo stesso tempo ospita una realtà come l'ospedale di Castellammare di Stabia dove i cesarei praticati non superano il 19 per cento. Esistono quindi delle resistenze che vanno al di là

delle ragioni mediche e bisogna lavorare molto per modificare la situazione.

Avete progetti in tal senso?

Stiamo collaborando con l'OMS, con la Partnership, con la SIGO (Società italiana di Ostetricia e Ginecologia) e con un gruppo di parlamentari italiane per discutere i fattori critici della salute materno-infantile in Italia. In questo ambito, dopo l'incontro avvenuto a Ginevra, nel gennaio 2009, il cui obiettivo era la formulazione di soluzioni per ridurre i parti cesarei in Italia e aumentare gli aiuti internazionali per la salute materna ai Paesi in via di sviluppo, le proposte a queste problematiche sono state tradotte in due Mozioni approvate in Senato nel giugno 2009. Sempre con l'Oms, inoltre, stiamo organizzando tavole rotonde in varie Regioni italiane per sensibilizzare le Istituzioni sulle azioni da intraprendere per un appropriato ricorso al parto con taglio cesareo ed informare la popolazione sui vantaggi e sugli svantaggi del ricorso a questo tipo di intervento. •

I CRITERI DI ATTRIBUZIONE DEI BOLLINI ROSA 2010

- **1 BOLLINO ROSA:** presenza di unità operative (da 1 a 3) che curano patologie femminili specifiche, applicazione dei LEA (livelli essenziali di assistenza) con particolare riferimento all'appropriatezza delle prestazioni, accreditamento e certificazione per i requisiti alberghieri e strutturali
- **2 BOLLINI ROSA:** requisiti per ottenere 1 bollino rosa + Comitato Etico con almeno tre componenti femminili, donne in posizioni apicali, personale infermieristico prevalentemente femminile, caratteristiche strutturali architettoniche e servizi a misura di donna, caratteristiche multietniche
- **3 BOLLINI ROSA:** requisiti per ottenere 2 bollini rosa + pubblicazioni scientifiche su patologie femminili, applicazione della normativa vigente sull'Ospedale senza dolore (Gazz. Uff. Rep. 29/6/2001), controllo del dolore nel parto e analgesia ostetrica



Il professor Nicolò Scuderi è professore ordinario di Chirurgia plastica e ricostruttiva e direttore della Scuola di specializzazione in Chirurgia plastica e ricostruttiva dell'Università 'La Sapienza' di Roma. È stato segretario, tesoriere e presidente della Società italiana di Chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica e membro per otto anni del Comitato esecutivo della sezione europea dell'IPRAS, ha ricoperto dal 1993 al 2001 la carica di coordinatore della Confederazione europea in Chirurgia plastica ricostruttiva ed estetica. Ha una casistica operatoria estesa a tutti i settori di interesse della Chirurgia plastica di oltre 15 mila interventi

Il lipofilling in medicina

L'importanza di ricorrere a questa particolare tecnica di riempimento che utilizza come materiale il proprio tessuto adiposo anziché una sostanza estranea, possibile fonte di reazioni allergiche o da corpo estraneo. Con il vantaggio della crioconservazione del proprio grasso

di **Andrea Sermonti**

Un futuro già alle porte e in molti casi, come nel *lipofilling*, entrato nell'uso comune almeno nel campo della chirurgia. Una metodologia importante, ad esempio, per la chirurgia plastica – sia ricostruttiva che estetica – perché consente di asportare e reinserire in varie zone del viso e/o del corpo gli accumuli localizzati di grasso corporeo per reintegrare il tessuto adiposo venuto a mancare in seguito a traumi o al semplice invecchiamento, per ottenere un aumento volumetrico di specifiche aree corporee. “Una tecnica cui si può ricorrere in alcuni casi anche per la chirurgia del seno – conferma il professor Nicolò Scuderi – utilizzando il proprio grasso per dare volume e quindi ricostruire parte di una mammella asportata o danneggiata dopo interven-

ti demolitivi”. È possibile dunque, aumentare modicamente il seno senza l'utilizzo di protesi.

Lipofilling solo per la mastoplastica additiva, quindi?

No, la metodica può essere applicata anche per interventi rigenerativi della cute foto-danneggiata del volto, con il vantaggio di essere priva dei potenziali rischi dei *filler* sintetici e di quelli di origine animale. È indirizzata a correggere “in sicurezza” difetti del tessuto sottocutaneo profondo caratterizzati da antiestetici avvallamenti: alcune rughe, atrofie, solchi o esiti di liposuzioni, e viene utilizzata con successo per ottenere aumenti volumetrici di zigomi, labbra e mento, senza ricorrere all'utilizzo di protesi artificiali. Questa tecnica trova inoltre indicazione primaria in pazienti con radiodermite, necrosi tessu-

terapici, necrosi tessutali complicate di interventi chirurgici, piaghe da decubito, esiti cicatriziali da traumi o interventi chirurgici o ustione, correzione delle cicatrici retraenti e deformanti, fibrosi tessutali, modellamento dopo chirurgia conservativa mammaria, riempimento mammario moderato, riempimento di aree atrofiche e/o depresse, anche cicatriziali a seguito di ricostruzione mammaria dopo mastectomia.

Come si esegue questo intervento?

Può essere necessario più di un trattamento per ottenere il risultato ottimale, perché parte delle cellule trasferite qualche volta non riesce ad attecchire; ulteriori riempimenti possono però essere eseguiti a distanza di almeno tre mesi dal precedente. Una tecnica evoluta di *lipofilling* ormai universalmente riconosciuta è la

cosiddetta “lipostruttura secondo Coleman”, che prevede il prelievo di tessuto adiposo con una sottile cannula dotata di una punta disegnata appositamente per non danneggiare il grasso, la centrifugazione e l'innesco del tessuto ottenuto nella zona desiderata con una cannula ancora più piccola. Il grasso viene depositato a tutti i livelli in piccoli *tunnel* in modo da creare un aumento strutturale e favorire il massimo attecchimento.

Perché è ritenuta così importante questa tecnica?

Studi recenti hanno posto in evidenza che il tessuto adiposo è una fonte preziosa di cellule staminali nell'adulto, le cosiddette *Adipose Derived Stem Cells* (ADSC). Lo sviluppo delle tecniche di ingegneria tissutale aprirà la strada ad un uso sempre più raffinato del *lipofilling* anche nella riparazione dei tessuti e nella guarigione delle ferite. Dal tessuto adiposo prelevato con una lipoaspirazione è possibile ottenere cellule staminali mesenchimali (ADSC). Il prelievo di grasso, una volta effettuato, viene ritirato dalla *Cell Factory* che provvede ad estrarre le ADSC per poi accedere alle procedure di congelamento ed espansione cellulare.

Con quale obiettivo?

In seguito al prelievo si potrà decidere se crioconservare le cellule estratte per un eventuale impiego futuro oppure richiedere subi-



to ad una temperatura di -196° interrompe il proprio processo di invecchiamento e sopravvive per almeno 20 anni; il congelamento, infatti, causa l'interruzione delle funzioni metaboliche cellulari e l'inibizione della produzione di radicali liberi.

Utilizzando, quindi, in età più matura il grasso raccolto in età giovanile.

La crioconservazione biologica delle ADSC offre la possibilità di ripetere per almeno 10 volte il trattamento, senza dover effettuare ulteriori lipoaspirazioni. Non solo: i processi necessari allo scongelamento ed espansione delle ADSC conferiscono addirittura una maggiore vitalità alla cellula rispetto al momento del prelievo. •

RIPARARE IL PROPRIO CORPO UTILIZZANDO LE STAMINALI

Sì è recentemente tenuta a Roma la terza edizione del congresso nazionale di CO.R.TE. (Conferenza italiana per lo studio e la ricerca sulle ulcere, piaghe, ferite e la riparazione tissutale), un'associazione cui aderiscono circa 40 società scientifiche che si propone di contribuire al progresso scientifico e tecnico nell'ambito del trattamento delle ferite difficili (cicatrici patologiche, cheloidi, piede diabetico, ulcere da decubito, ma anche ferite di guerra e da incidenti stradali) e della riparazione dei tessuti, diffondendo e promuovendo le conoscenze in maniera interdisciplinare e trasversale ai diversi settori della chirurgia e della medicina interessati da queste problematiche. Una particolare attenzione è stata dedicata alle cure in condizioni critiche: "Si è parlato del terremoto dell'Aquila – spiega Nicolò Scuderi, presidente del congresso – delle missioni umanitarie e di molte situazioni critiche ambientali o del paziente". Sono così state indicate le migliori strategie mediche da utilizzare, all'interno di un percorso formativo con tavole rotonde, corsi pratici di aggiornamento, report sulle esperienze fatte 'anche dalla sanità militare', e numerosi confronti interdisciplinari. Un congresso che coinvolge diverse discipline – dai chirurghi plastici a quelli generali, dagli ortopedici ai dermatologi – dall'uso delle nuove tecnologie per la sala operatoria, alle metodiche innovative per guarire le ferite a quelle per migliorare la cicatrizzazione, fino all'utilizzo delle cellule staminali per riparare le articolazioni o migliorare le cicatrici. Novità importanti, ma che vanno valutate anche rispetto alla 'sostenibilità' da parte del Servizio sanitario nazionale. "La ricerca propone ogni giorno cose nuove, ma serve valutare quali di queste possono essere messe a disposizione del Ssn e il rapporto tra costo e beneficio", conclude Scuderi.

to l'espansione per eventuali trattamenti. Le ADSC espanse possono essere utilizzate per trattare tutte le patologie e/o inestetismi che, fino ad oggi, hanno visto l'impiego del *lipofilling*. Numerosi studi scientifici hanno dimostrato che una cellula umana posta in azo-

Dove c'era l'erba, ora c'è... una "città" per la ricerca

A Chieti Scalo la Fondazione "Gabriele d'Annunzio" ha reso operativi tre centri dove si studiano le più avanzate tecniche terapeutiche e i nuovi farmaci per la cura di importanti patologie, specialmente quelle legate all'invecchiamento della popolazione

di Orfeo Notaristefano

CESI, ITAB, CRC. Sigle, acronimi da esplicitare, per capire immediatamente di che parliamo, di quale livello di ricerca scientifica si tratta, in tre centri di eccellenza che fanno capo alla Fondazione "Gabriele d'Annunzio", una "creatura" dell'omonima Università di Chieti-Pescara.

Occorre arrivarci a Chieti Scalo, seguire le indicazioni, e finalmente approdare lì dove sorgono l'Istituto di Tecnologie Avanzate Biomediche (ITAB), il Centro di scienze dell'invecchiamento (CESI), il Centro di ricerca clinica (CRC), praticamente una città nella città, una città della scienza, della medicina, della ricerca più avanzata.

Tutto è nato da un'intuizione di Franco Cuccurullo (intervistato da noi sul numero precedente), Rettore dell'Università di Chieti-Pescara, che, studiando in forte anticipo i trend di invecchiamento della popolazione italiana, cominciò a pensare, già quindici anni fa, che era necessario dare risposte



concrete al bisogno di cura proveniente dai cittadini, spesso anziani, spesso soli. E si avviò così un percorso che ha portato, negli ultimi anni, a risultati ben visibili.

Dove oggi operano CESI e ITAB non c'era nulla, solo campagna aperta e un albero in mezzo a delle sterpaglie. Oggi, gli edifici CE-

SI e ITAB, a cui si è aggiunto recentemente il CRC, rappresentano, anche visivamente, il senso dell'evoluzione di situazioni che sembravano immutabili, e che invece sono cambiate in meglio, consegnando alla comunità scientifica internazionale, al Paese e al territorio tre strutture di eccellenza

per la ricerca made in Italy. E ora il viaggio dentro CESI, ITAB e CRC può cominciare.

L'avventura del CESI parte il 16 aprile del 2003, giorno dell'inaugurazione con l'allora Ministro dell'Istruzione, Università e Ricerca Letizia Moratti. Proprio in quel giorno si capì la consistenza del CESI, il vedere realizzato quel che fino a qualche anno prima era solo un'intuizione. Il "silenzio della mente" che colpisce gli anziani con malattie neurodegenerative, Alzheimer ed altre, non conosce ancora risposte terapeutiche risolutive. L'innalzamento della vita media nei Paesi occidentali ha fatto dilatare la casistica di malattie cardiovascolari ed oncologiche. E a Chieti sono proprio queste le tre aree elettive a costituire l'obiettivo strategico del CESI, riconosciuto centro di eccellenza dal Miur, che finanziò il progetto con 30 milioni di euro. Una superficie di 13.500 metri quadri; un'articolazione funzionale su quattro livelli concepita, anche visivamente, come sostegno della ricerca clinica alla ricerca di base; 27 unità di ricerca (8 unità cardiovascolari; 5 oncologiche; 4 neurodegenerative; 6 nell'area bioservizi; 2 di genomica; 2 di proteomica); strumentazione scientifica di alto livello tecnologico; una struttura capace di ospitare quasi 300 ricercatori, mentre a oggi ve ne sono 150 in piena attività.

In quella circostanza, Letizia Moratti ebbe a dire: “È chiaro fin da oggi che la struttura di Chieti non è un fatto locale. Essa costituisce di per sé un grande evento per il Paese e si colloca, di diritto e per competenze scientifiche e professionali, nei circuiti internazionali della ricerca”. Dopo neanche due mesi, arriva un altro importante riconoscimento. Il CESI entra a far parte delle strutture afferenti all'ONU per le materie di sua competenza, vale a dire la ricerca nell'ambito delle malattie dell'invecchiamento della popolazione. Piero Musiani, direttore del CESI, è anche responsabile dell'Unità operativa di Immuno-oncologia: fornisce dati per far comprendere la straordinaria realtà della struttura da lui diretta. Tanti dati sulla produzione scientifica del CESI e delle sue collaborazioni internazionali, tanti dati sull'impact factor delle pubblicazioni. Ma qui occorre dare un'idea dell'insieme, un'idea della mission del CESI, così riassunta nella relazione sull'attività 2009: “Nel campo delle malattie cardiovascolari, vengono condotti studi volti ad indagare alcuni dei principali meccanismi che, nell'età avanzata, contribuiscono ad amplificare gli effetti dei fattori di rischio dell'aterotrombosi e delle sue complicanze. L'attività di ricerca dell'area oncologica mira all'individuazione di nuovi possibili marker diagnostici e prognostici per i prin-

cipali tumori dell'anziano e al miglioramento del trattamento delle neoplasie tipiche dell'età avanzata. La ricerca sulle malattie neurodegenerative riguarda patologie largamente diffuse nella popolazione anziana, quali le demenze senili, la malattia di Alzheimer e le sindromi parkinsoniane, con particolare attenzione allo sviluppo di nuove strategie di trattamento”. Ricerca, ricerca, ricerca, dunque. E, su questa impostazione, il CESI va avanti, accreditandosi progressivamente tra le strutture più interessanti nel panorama della ricerca a livello internazionale. In altre parole, in una realtà di provincia del Centro-Sud del Paese, si è tentata e vinta la sfida della globalizzazione prima che questa espressione diventasse di moda, a volte anche a sproposito. Di pari passo si è sviluppata l'attività dell'ITAB, coerente con la sua missione: “L'Istituto è dedicato principalmente alla ricerca di base e clinica nell'ambito dell'imaging funzionale. La struttura è dotata di diverse tecnologie innovative, quali la Risonanza Magnetica, la Risonanza Magnetica funzionale abbinata alla Elettroencefalografia, la Magnetoecefalografia e la Magnetocardiografia, la Stimolazione Magnetica Transcranica a singolo, doppio impulso e ripetitiva – anch'essa abbinata alla Elettroencefalografia –, nonché di una strumentazione per



Teletermografia di ultima generazione per imaging dinamico, che rappresentano oggi la punta più avanzata della strumentazione utilizzata nella diagnostica per immagini. Ridotte così le liste di attesa. Infatti il tempo medio di attesa per pazienti ospedalizzati per effettuare un esame presso l'ITAB è di 7 giorni contro un dato di sistema molto più elevato. Con l'installazione delle nuove apparecchiature, all'imaging funzionale si è aggiunta la possibilità di eseguire esami spettroscopici in vivo del cervello, della mammella e della prostata. Gli esami di Risonanza magnetica, hanno generato nel 2008 un fatturato pari a 833.600 euro (642.000 nel 2007). L'incremento del 30% rispetto al 2007, conseguente all'aumento dell'attività lavorativa reso possibile dall'entrata in funzione dei nuovi tomografi, che peraltro hanno

richiesto l'assunzione di nuovo personale. L'incremento del numero degli esami è stato tale che nel mese di settembre 2008 è stata superata la soglia di 3.000 esami effettuati nell'arco dell'anno, prevista dalla convenzione in essere con la ASL di Chieti; oltre tale soglia, è previsto un ulteriore sconto del 5% da applicarsi sugli ulteriori esami svolti, ad ulteriore conferma dei vantaggi che una struttura come l'ITAB rappresenta per la collettività locale. Questa esperienza straordinaria si è andata consolidando ed estendendo negli anni, fino a istituire il CRC, Centro di Ricerca Clinica, diretto dal professor Andrea Mezzetti, che ha nella sua mission garantire le cure con criteri di eccellenza, implementare la ricerca di base e i trattamenti innovativi della pratica clinica, la formazione di giovani ricercatori. •

Stimolatore magnetico nella terapia dell'emicrania

Livio Frittella

L'hi-tech viene in aiuto di chi soffre di cefalea cronica, in particolare di emicrania con aura, caratterizzata da sintomi che "annunciano" l'arrivo del mal di testa. Questa patologia affligge il 30 per cento dei malati di cefalea, vale a dire – nel mondo – il 18 per cento delle donne e il 6 per cento degli uomini. In Italia gli affetti da emicrania sono 6 milioni.

Un apparecchio portatile, simile a un computer palmare, potrebbe costituire una valida alternativa alla terapia farmacologica, specialmente per quelle persone che soffrono di un'emicrania resistente al trattamento coi medicinali. Lo hanno scoperto i ricercatori di un'équipe dell'Albert Einstein College of Medicine di New York, coordinata da Richard Lipton. Si tratta di un dispositivo elettronico che opera una stimolazione magnetica transcranica (TMS) con singolo impulso, una metodologia non invasiva e indolore già molto impiegata in medicina, specialmente per la cura della depressione (quest'ultima e l'emicrania hanno molti punti in comune). L'apparecchio viene appoggiato a ridosso di



una determinata zona cerebrale, localizzata alla base della testa: da esso scaturisce un campo elettromagnetico di bassa intensità capace di modificare l'onda di depolarizzazione elettrica che si genera dall'area occipitale del cervello e che poi si diffonde verso la fronte, causando i disturbi distintivi dell'emicrania, cioè il dolore intenso, pulsante e disabling, associato a nausea, vomito, fotofobia e fastidio per rumori e suoni. Nella sperimentazione – che ha avuto tanto successo da diventare oggetto di una pubblicazione sulla rivista "Lancet Neurology" – è stata presa in considerazione una versione portatile dello stimolatore, molto facile da maneggiare grazie ai due manici e

quindi perfettamente utilizzabile dal paziente stesso, in grado quindi di gestire in piena autonomia la terapia al sopraggiungere di ogni terribile attacco. L'apparecchio è stato testato in doppio cieco, per un periodo di tre mesi, su 201 pazienti emicranici. Una parte di loro, dunque, è stata sottoposta a una falsa stimolazione. Nel 40 per cento dei soggetti, l'impulso magnetico – che fra l'altro non avrebbe alcun effetto collaterale – si è dimostrato molto più efficace del placebo, eliminando il dolore per 2 ore (39% dei casi), per 24 e per 48. Una sperimentazione simile fu condotta anche in Italia, qualche anno fa, presso l'Ospedale Valduce di Como, ma allora venne usato un macchinario di

grandi proporzioni, poco pratico e definito scomodo dai soggetti partecipanti al test.

Contro l'emicrania, comunque, esistono molte terapie farmacologiche. Il problema è che – quando funzionano – possono provocare effetti indesiderati molto gravi, ad esempio a carico del sistema cardiovascolare. Allora sarebbe importante capire in anticipo chi non è sensibile alle cure convenzionali, per evitargli i problemi collaterali. Di recente è stato individuato un test genetico utile proprio a questo scopo. La scoperta del test in questione si deve a Paolo Martelletti, direttore del centro di riferimento regionale per le cefalee presso l'ospedale di Roma Sant'Andrea. La ricerca, pubblicata dal Journal of Headache and Pain e condotta su 102 pazienti, ha stabilito che la risposta ai triptani – la classe di farmaci più comune usata per l'emicrania – dipende da un preciso segmento del Dna. Nel 50% dei casi il paziente non risponde o risponde in minima parte al trattamento perché non possiede i geni adatti, e questo causa la cronicizzazione della patologia spesso accompagnata da fenomeni di dipendenza dai farmaci. Chi non può essere curato con i medicinali tradizionali, dunque, può passare subito a un altro tipo di terapia. Magari – ci si augura al più presto – quella che vede coinvolta la TMS. •

Tomografia a coerenza ottica

Il dottor Francesco Urso, responsabile della divisione di Oftalmologia dell'ospedale Umberto I di Siracusa, spiega il funzionamento di questa recente tecnica di imaging diagnostico per la retina

di Enzo Gallo

Dottor Urso, che cos'è la tomografia a coerenza ottica (Oct)?

L'Oct è uno strumento ottico computerizzato che genera immagini in sezione della retina con una risoluzione assiale di 3/5 micron, mediante una tecnica chiamata interferometria in bassa coerenza. Il principio è simile a quello dell'ecografia eccetto il fatto che al posto del suono viene utilizzata la luce. La differenza fondamentale è che la velocità della luce permette di misurare strutture distanti nell'ordine dei 3/5 micron contro i 100 degli ultrasuoni e non richiede contatti col tessuto in esame.

Come funziona?

L'Oct proietta sulla retina un fascio di lunghezza d'onda nel vicino infrarosso (820nm) generato da un diodo superluminescente. Quindi compara i tempi di propagazione dell'eco di luce riflessa dalla retina con quelli relativi allo stesso fascio di luce riflesso da uno specchio di riferimento posto a distanza nota. Quando l'interferometro combina gli impulsi provenienti dalla retina e dallo specchio di riferimento, si produce un fenomeno chiamato interferenza che viene rilevata e misurata da



un fotorilevatore. La distanza percorsa dagli echi viene determinata tramite la variazione della distanza dallo specchio di riferimento. Questa determinazione genera un intervallo di tempi di ritardo della luce di riferimento, che vengono utilizzati per il confronto.

Per poter effettuare l'esame è necessaria la midriasi oculare?

Non è necessaria la midriasi, difficile o impossibile eseguirlo in presenza di poca trasparenza dei mezzi diottrici principali. Una limitazione all'esecuzione è data dal fatto che si studia bene solo il polo posteriore. L'esame permette così di evidenziare e misurare un'alterata morfologia retinica mediante i fenomeni di riflettività, iperreflettività, aumentata riflettività superficiale intra-retinica e profonda ipo-reflettività, diminuita reflet-

tività, zone d'ombra con effetto schermo anteriore, posteriore e profonda.

È vero che l'Oct è stato acquisito dalla vostra divisione di Siracusa prima che in altri centri anche del Nord Italia?

Sì è vero, siamo stati i primi in Sicilia ad esserne dotati, insieme ad altri Centri italiani di riferimento.

È una tecnica particolarmente importante per la diagnosi e la prognosi del foro maculare e della membrana epi-retinica e di quali altre eventuali patologie?

Oltre ai Fori e alle Membrane epi-retiniche è utilissimo per evidenziare gli Pseudofori maculari, le lesioni dell'interfaccia vitreo-retinica e sua trazione, gli Edemi maculari, i distacchi sierosi o emorragici della retina e dell'EP, le degenerazioni maculari le epitelio-patie acute e croniche, le

neovascolarizzazioni sottoretiniche ed infine il glaucoma con lo studio delle fibre nervose del nervo ottico e della sua testa, lo studio e il follow-up della retinopatia diabetica.

L'ospedale Umberto I di Siracusa è considerato uno dei nosocomi più importanti in Sicilia e la vostra divisione di Oftalmologia è stata individuata come uno dei Centri pilota in Italia nella lotta alla Degenerazione maculare senile. Un bel riconoscimento...

Abbiamo ottenuto questo status dalla Regione Siciliana avendo fatto parte a suo tempo, circa 10 anni fa, del gruppo di dieci centri in Italia che si sono occupati della sperimentazione del farmaco Verteporfina allora giudicato una nuova frontiera della ricerca nella lotta alla degenerazione maculare senile. Oggi tale terapia è stata soppiantata dalla terapia antiangiogenica intravitreale mediante farmaci appositi anti-VEGF, che hanno la finalità di chiudere i neovasi formati in sede maculare.

Nei soggetti colpiti da degenerazione maculare, il rischio di ammalarsi al secondo occhio è molto frequente?

Nella popolazione colpita da DMLE circa il 12 per cento può sviluppare la patologia nell'occhio contralaterale. E in considerazione del progressivo innalzamento dell'aspettativa di vita, è ragionevole pensare a un numero di casi tre volte superiore a quello attuale nei prossimi 25 anni. •

Dr. Jekyll e Mr. Hyde

Lo sfogo della bestialità e della cattiveria, che l'uomo sprigiona quando è sopraffatto dalla sua personalità oscura, celata nella psiche, è spesso frutto di patologie derivate da condizionamenti nati in ambito familiare



Hyde massacrare un gentiluomo. Illustrazione di Charles Raymond Macauley per l'edizione del 1904 di "Lo strano caso del Dr. Jekyll e Mr. Hyde" di Robert Louis Stevenson. New York Scott-Thaw

di Maurizio Zomparelli

Il lato oscuro della mente umana, il bivio tra bene e male, il lecito e l'illecito, il mistero dell'omicidio e del delitto, la capacità di tra-

sformarsi in qualcosa o qualcuno che non si immagina mai di essere o divenire, ma che è lì pronto a manifestarsi ed a sostituirsi quando l'occasione si presenta, improvvisa, affasci-

nante e subdola, la tentazione e l'essere tentati a perdere la ragione ed entrare nell'oblio della bestialità. Nell'opera di Stevenson, Spencer Tracy, attore dagli occhi chiari, sguardo rassi-

curante, un angelo, dai tratti somatici tranquilli e pacifici, si trasforma in un essere mostruoso, cattivo, dal pelo irsuto, dallo sguardo allucinato e malvagio, tanto da uccidere e seviziare chiunque si avvicini a lui. Una pozione o medicina era la chiave della trasformazione in negativo, un antidoto, invece, lo riportava alla normalità ed al bene.

Ma quanti mostri meno famosi, misconosciuti, ben camuffati nella società, esistono e portano a termine violenze ed efferati delitti per sfogare la bestialità e la cattiveria che sprigionano quando sono sopraffatti dalla personalità oscura, celata nella loro psiche. Tanti, questa è la risposta, anche se sconvolgente, tanto da preoccuparci tutti, tanti quanti sono quelle personalità deviate e confinate nei disturbi borderline ed ossessivi compulsivi.

Queste patologie derivano da condizionamenti nell'ambito della educazione familiare, condizionamenti che si manifestano già nella prima infanzia e successivamente nell'adolescenza. I rapporti patologici a livello affettivo con un genitore od entrambi, sia per un eccesso di presenza ed interferenza, sia per un'assenza, come spesso accade, può portare un bambino e poi un ragazzo o ragazza a manifestare disturbi comportamentali più o meno gravi, a volte asociali, a volte fobici con isolamento e rifiuto ambientale, a volte con disturbi dell'alimentazione e deviazioni della sfera sessuale. La maggior parte dei serial



killer sono persone che nell'infanzia o nell'adolescenza hanno subito abusi sessuali o sevizie, soprattutto nell'ambito familiare, da parte dei genitori o parenti prossimi, venendo ricattati per conservare il loro segreto con l'omertà, pena la denuncia o la derisione pubblica. Il timore di essere denunciati ed il dubbio su una consensuale partecipazione all'atto sessuale, ha condizionato la mente di queste vittime innocenti a desiderare la vendetta o la condisione e trasmissione della pena a loro inflitta dalla sorte e replicarla, in futuro, ad altre vittime selezionate se-

condo uno standard comportamentale calzante con i loro aguzzini.

La fantasia omicida non è altro che un rituale prestabilito ed immaginato per riprodurre il dolo subito, trasformando se stessi da vittime a carnefici inesorabili ed impietosi. Il desiderio compulsivo di dominare la scena, esserne i registi, formulare la sceneggiatura, dà loro quel senso di sovranità e di potere che inebria le loro coscienze e li pone in un'altra dimensione dissociata e pericolosamente volta a colpire e fare del male.

Il ricorso a materiale pornografico, alla letteratura, quella che narra storie di violenza e sadismo; il cinema horror, anche le ideologie politiche estremiste ed il fanatismo religioso o l'esoterismo, sono argomenti di studio, veri cult da emulare e da cui attingere per le depravazioni da attuare.

Già nell'infanzia questi soggetti manifestano disturbi precognitivi, come incendiare o distruggere le cose senza motivazioni apparenti, episodi di zoo sadismo, enuresi a letto durante il sonno, anche durante l'adolescenza. Successivamente, questi soggetti, sviluppano una vera e propria ossessione ideativa, quella di immaginare e perpetuare il delitto attraverso un rituale più o meno ordinato o casuale a seconda del loro livello sociale e culturale, più impulsivi quelli di basso ceto sociale, più organizzato e complesso quelli di ceto sociale e culturale superiore.

Il mostro prende forma e si

manifesta in tutta la sua nefasta potenzialità con il primo delitto, che viene così consumato. Da questo momento, se non si interviene, il desiderio compulsivo di ripeterlo, diviene una costante nel tempo, anche se a volte viene consumato in periodi di latenza brevi, altre volte nel corso di anni, senza quindi una regola apparente.

Le motivazioni e le modalità con cui si manifestano i rituali sono molteplici, si va dai mitomani, convinti di emulare personaggi tristemente famosi della storia, ai cosiddetti missionari che, in nome di una religione o di un ideale politico, compiono omicidi per una pulizia etnica e sociale; e poi i visionari, quasi sempre schizofrenici, che ubbidiscono a voci interiori che li istigano a compiere i delitti senza una motivazione apparente; gli angeli della morte, quelli che a fin di bene uccidono le loro vittime per liberarli dalle loro sofferenze terrene; i dominatori (i peggiori per sadismo e cattività), che potenziano la loro personalità e l'autostima, sopprimendo le loro vittime dopo averle immobilizzate o rese impotenti a qualsiasi reazione e quindi finendole dopo atroci ed agonizzanti torture.

Attenzione, quindi, a quello che accade nelle mura domestiche, lontano dagli occhi di tutti, lontano da qualsiasi sospetto su chi afferma di essere un amorevole genitore che si dedica e si sacrifica per la propria famiglia. Il mestiere di essere ge-

Già nell'infanzia questi soggetti manifestano disturbi precognitivi

nitore, quello di sposarsi, senza una preparazione della coppia, senza una denuncia precoce a valutare disturbi del comportamento da parte di uno od entrambi i componenti del matrimonio, potrebbe risultare fatale per i nascituri ed anche per la società. Sarebbe necessario un patentino, non solo per guidare gli automezzi, ma anche e soprattutto per essere idonei a formare e guidare una famiglia, dando una giusta e sana educazione alla prole, non più patrimonio del nucleo familiare ma di tutta la società che ne beneficia e ne può abbracciare e condividere i problemi. Tanti giovani di oggi che vivono allo sbando lasciandosi convincere a drogarsi ed ubriacarsi, potenziali Mr. Hyde, potrebbero essere reintegrati ad un modello di vita più consoni alle loro aspettative se tutti concordiamo nel rivalutare una giusta e sana educazione familiare ed un giusto intervento sociale, qualora i genitori rappresentino un modello erraneo all'educazione degli stessi ragazzi e ragazze. •

La fantasia omicida è un rituale prestabilito ed immaginato per riprodurre il dolo subito

Spagna, molta ricerca ma anche file d'attesa

Il giovane sistema sanitario iberico si basa su un modello universalistico, solidale con principi di sussidiarietà.

Il primato nella donazione di organi in Europa ed il problema dell'invecchiamento della popolazione

di Daniele Romano

Nei sistemi sanitari non è uno svantaggio avere una storia recente come nel caso della Spagna. Si impara dagli errori altrui nel tentativo difficile di evitare i periodi dell'allocazione con poco criterio delle risorse. Poco considerato come modello europeo perché non blasonato e nato quando tutti gli altri si riorganizzavano (1986), il modello spagnolo ha ereditato una discreta struttura di presidi e ambulatori territoriali del periodo "franchista", evitando gli errori dei modelli pesanti "ospedalecentrici" con grandi costi da sovrapproduzione.

Ha attuato una rapida devoluzione con attribuzione di competenze sanitarie e capacità impositiva fiscale alle 17 regioni, persino sul reddito e l'IVA (Comunità Autonome con tre a statuto speciale come i Paesi Baschi, la Navarra e la Catalogna).

Il tasso di occupazione dei posti letto ospedalieri supera l'80 per cento con una delle medie di posti letto per migliaia di abitanti tra le più basse d'Europa.

Nel 2008, in una indagine

compiuta a livello europeo su tutti i paesi, la soddisfazione dei pazienti risulta cresciuta al 70 per cento, cioè 7 su 10 considerano molto buono e buono il Servizio Sanitario.

Il modello, universalistico, solidale con principi di sussidiarietà, assicura tutta la popolazione con la "Cartera de Servicios" che elenca le prestazioni sanitarie garantite.

In pochi lustri il SSN spagnolo è passato da un modello di finanziamento della sicurezza sociale fondato sul contributo dei salari, ad un sistema basato sulla fiscalità generale.

Nel 2002 sono stati aumentati i trasferimenti per

le Regioni ed è stato costituito il Fondo di Coesione, per compensare le disparità regionali e uniformare i livelli di assistenza: così l'assistenza sanitaria è entrata a pieno titolo nella legge finanziaria.

Va sottolineato che l'aspettativa di vita è tra le più elevate in Europa e la mortalità infantile tra le più basse.

Un sistema abbastanza snello che tuttavia ha lunghe file d'attesa che vengono drasticamente ridotte per chi dispone di una polizza di assicurazione privata (oltre il 16 per cento).

Il numero dei medici è circa la metà rispetto all'Italia, per migliaia di abitanti.

I prezzi dei farmaci vantano il primato dei più bassi d'Europa in quanto negoziati direttamente con il ministero, con una quasi gratuità di quelli per i pazienti affetti da patologie croniche ed un ticket minimo per gli altri.

Questo è un Paese che in pochi anni ha acquisito la prima posizione in Europa per trapianti e donazioni: è un aspetto che possiamo considerare una "cartina al tornasole" del funzionamento e del buon rapporto medico-personale infermieristico e famiglia del paziente donatore.

La Spagna sta investendo molto sulla ricerca, soprattutto sul futuro della medicina, le cellule staminali, ed è entrata nell'occhio del ciclone bioetico avendo approvato la clonazione solo a fini terapeutici e non riproduttivi, sollevando le dure critiche del Vaticano e suscitando un dibattito, comunque d'avanguardia, nella Comunità europea.

Nonostante la giovane età del sistema e del piano di

I dieci Paesi o aree territoriali con la più alta aspettativa di vita alla nascita nel mondo

2005-2010		2045-2050	
Paesi	anni	Paesi	anni
1. Giappone	82,6	1. Giappone	87,1
2. Cina, Hong Kong SAR	82,2	2. Cina, Hong Kong SAR	86,7
3. Islanda	81,8	3. Svizzera	86,1
4. Svizzera	81,7	4. Islanda	86,1
5. Australia	81,2	5. Australia	86,0
6. Spagna	80,9	6. Cina, Macao SAR	85,7
7. Svezia	80,9	7. Spagna	85,4
8. Israele	80,7	8. Israele	85,4
9. Cina, Macao SAR	80,7	9. Canada	85,3
10. Francia	80,7	10. Svezia	85,2

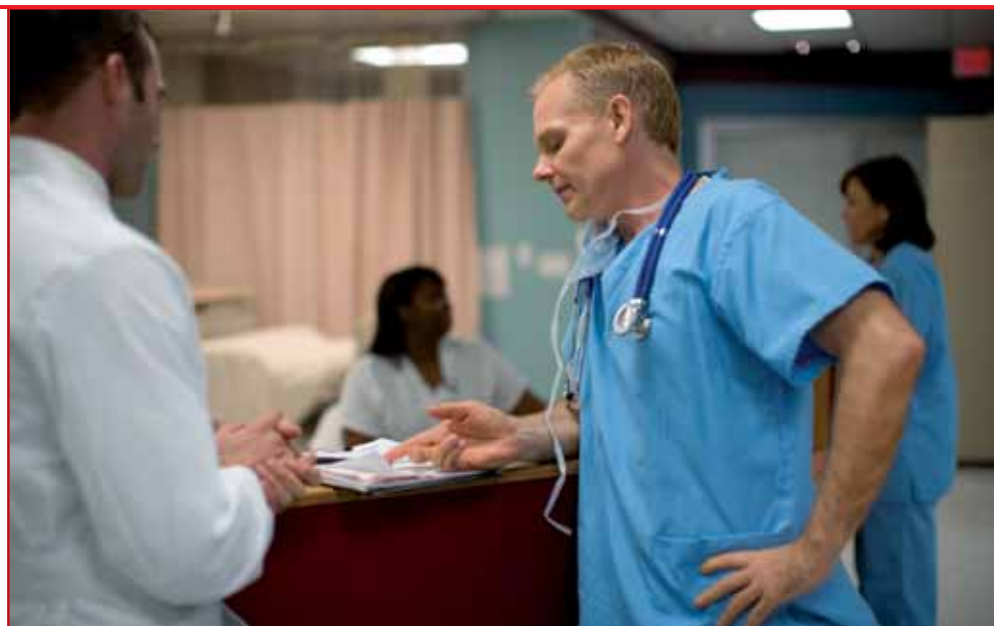
Fonte: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat (2007). World Population Prospects: The 2006 Revision, Highlights. New York: United Nations.

qualità nazionale che scadrà nel 2011, le forme di adeguamento dei modelli di Health Technology Assessment, (cioè il governo e la pianificazione delle tecnologie, includendo i farmaci in questa dizione), sono state già avviate.

Le strutture universitarie accusano il sistema di non aver previsto che nel 2050 la popolazione ultra sessantatreenne sarà di 11 milioni, oltre il 30 per cento della popolazione.

Tutti i paesi sviluppati sono sotto scacco e maggiormente quelli che già spendono il 12-15 per cento del Pil e hanno eroso i margini per arrivare al livello fisiologico previsto del 18-20 per cento.

Tra l'altro, solo pochi paesi europei si sono attrezzati con l'assistenza domiciliare su vasta scala per reggere lo "tsunami" della domanda di salute di una popolazione che invecchia e pochi possono dare lezioni di capacità d'anticipazione sulle patologie che "mangeranno" il Pil, come l'osteoporosi che ha visto dagli inizi del 2000 solo gli Stati Uniti pronti ad attuare un piano di adeguamento delle prestazioni su un arco temporale programmato per diversi decenni. Tutti i sistemi sanitari eu-



ropei stanno facendo in ritardo i conti con gli anziani e la coperta finanziaria non si può allungare, o si lasciano fuori i piedi o la testa.

Una sana programmazione delle risorse prevede un accordo con la Casse Mutue Professionali anche per l'assistenza sanitaria e le "long term care", le cure a lungo termine per gli anziani cronici, cominciando per tempo, quando si entra nel mercato del lavoro.

Probabilmente la Spagna ed anche l'Italia e altri paesi europei dovranno fare i conti con nuove risorse che debbono essere negoziate rigorosamente dalle istituzioni con le società assicurative, con principi di mutualità e non solo con criteri di sinistralità (tasso e probabilità di sinistro), con criteri flessibili di compensazione che il sistema consente per non danneggiare nessun soggetto artefice o beneficiario della copertura della prestazione.

Il nuovo Welfare non può

gravare solo sulle spalle pubbliche almeno nelle democrazie mature.

Un altro difetto imputato dagli analisti universitari al sistema sanitario spagnolo è lo scarso controllo dei costi. Nei servizi pubblici indispensabili, come la sanità, il bilancio è sociale e non consente troppe ristrettezze sulla risposta alla domanda di salute che tra l'altro ha compiuto 22 anni dalla riforma Bindi del '78, ma ancora oggi di ricerche puntuali sulla domanda di salute che siano strumento base della programmazione sanitaria, se ne vedono poche e su basi generiche. La cultura manageriale spagnola dovrà probabilmente crescere, ma in Europa non ci sono molti buoni esempi.

Il personale medico che incarna il servizio e dovrebbe guidare la tecnologia, non è presente negli studi sui sistemi sanitari se non sui dati quantitativi generali. È come se invitati ad un cena salutissimo tutti fuorché il pa-

drone di casa. Perché nella sanità, ricordiamolo, è l'uomo professionista l'erogatore della prestazione all'uomo paziente.

Il cuore della prestazione è il percorso terapeutico, che nell'ultimo decennio è stato impropriamente considerato standardizzato, trasgredendo le regole cliniche: la definizione dei percorsi terapeutici non può essere, se non genericamente, standardizzabile perché anche se molte patologie hanno un decorso simile, è la capacità del medico di verificare se è corretta la correlazione tra sintomo e causa e se sta virando la patologia (qui conta l'arte medica).

Su questi due soggetti, medico e paziente, i dati sul livello di soddisfazione, preparazione professionale, capacità di leadership, condivisione ed efficacia del percorso terapeutico, contano poco nell'analisi dei sistemi sanitari europei. Per il momento in Spagna se ne discute. •

Il numero dei medici è circa la metà rispetto all'Italia per migliaia di abitanti

Numero unico per chiedere aiuto

Chiamando il 112 sarà possibile avere risposte per tutte le emergenze. Si parte con un esperimento di oltre sette mesi a cominciare dal Varesotto. Ce lo impone la UE per la quale siamo in ritardo “multato”

di Mauro Miserendino

Addio, vecchi 113, 115 e 118. L'Italia avrà entro i prossimi due-tre anni un numero unico per tutte le emergenze, a partire da Varese, Ravenna e Palermo. Con il 112 potremo chiamare i medici dell'emergenza se ci sentiamo male di notte, i vigili del fuoco per domare gli incendi, e anche polizia, carabinieri e protezione civile. Cose che in altri paesi d'Europa si fanno già, ordinariamente, sempre con il 112. Già, perché dal 2008 tutti i ventisette paesi dell'Unione Europea hanno l'obbligo di far filtrare da un numero unico tutte le chiamate di emergenza. Il nostro arranca: la prima direttiva di Bruxelles è del 1991 e nel 2006 contro i ritardi dell'Italia è stata aperta una procedura di infrazione dal commissario europeo alle telecomunicazioni Viviane Reding. A partire da questa primavera, però, la riscossa: il 112 inizierà ad essere utilizzato dai cittadini del Varesotto in una sperimentazione che durerà fino a dicembre. Poi, mentre il filtro unificato va a regime in altre province lombarde, è prevista l'estensione delle sperimentazioni in Sicilia – a Palermo e Trapani – e in Emilia Romagna, a Ravenna. La “testa” dei vari servi-

zi sarà situata nella centrale operativa del 118 di Varese. La sperimentazione è a cura dell'Agenzia regionale lombarda (Areu) dell'Emergenza-Urgenza guidata da Alberto Zoli, una macchina che ha dato prova delle sue qualità, proprio a Varese, ai Mondiali di ciclismo nel 2008. Previa campagna di sensibilizzazione, sarà servita la popolazione della provincia varesina (tranne alcune zone montane e confinanti con la Svizzera) più l'area posta a metà strada con la provincia Milano (Legnano e Busto Arsizio) e una parte della bassa Comasca. Qui non si comporranno più il 112 per avvisare i Carabinieri, il 113 per contattare la polizia, il 114 (numero per l'infanzia) il 115 (pompieri) il 117 (Fiamme Gialle) e il 118 ma tutto confluirà più semplicemente nel 112.

“Finalmente”, sbotta un me-

dico del 118 lombardo, che preferisce restare anonimo per quanto sta per dire. “Già oggi se un cittadino residente in Italia acquista un telefonino scandinavo di ultima generazione e prova a chiamare il 118 per le emergenze la chiamata è deviata e purtroppo non risponde nessuno. Secondo lei, è colpa dei finlandesi che si sono dotati per tempo di un numero unico da dove passa il 99 per cento delle chiamate di emergenza, o nostra che ci abbiamo messo 15 anni ad estendere un numero per le emergenze già vecchio in tutte le province e 38 anni per adeguarci alla prima raccomandazione sul numero unico?”. Già, Bruxelles scommette sul 112 dal 1972. Dal 1998, poi, le norme UE impongono agli Stati membri di garantire che tutti gli utenti di telefoni fissi e mobili possano chiamare il 112 gra-

tuitamente nel loro e in qualsiasi altro paese. E dal lontano 2003 gli operatori di telecomunicazioni devono fornire ai servizi di emergenza informazioni sulla localizzazione del chiamante per consentire di reperire rapidamente le vittime di incidenti. La risposta è stata inizialmente frammentaria e tuttora lamentano disinformazione sette europei su dieci. Ma l'Italia ha fatto fin qui davvero poco. E nel 2006, ricevuto l'avviso di procedura di infrazione, il nostro Governo lo ha girato alle Regioni. Nella sanità, che esse gestiscono, il livello di integrazione informatica è più alto che nelle caserme. Ma il compito è arduo: dell'esistenza di un numero europeo per le emergenze, sono al corrente quattro italiani su cento; siamo sotto il 10 per cento come inglesi e greci; poco sopra ci sono i ciprioti, invece la conoscenza è elevata nel Nord e nell'Est Europa. In generale, solo il 24 per cento di 40 mila cittadini Ue – interpellati nel sondaggio di Eurobarometro pubblicato l'11 febbraio scorso (giornata europea del 112) e giunto alla terza edizione – sa del numero unico. In realtà, nella maggior parte dei ventisette paesi, il 112 coesiste con altri numeri per le emergenze; ma a differenza che nel nostro si trova sempre qualcuno a rispondere, e spesso nella lingua del malcapitato che chiama, anche se si tratta di uno straniero.



Fin qui, il 112 è stato reso passaggio obbligato per tutte le emergenze solo in Danimarca e Olanda; subito dopo l'entrata nell'Unione, si sono aggiunte Romania e Slovacchia e stanno arrivando Finlandia, Svezia e Portogallo. Nei paesi scandinavi, che hanno promosso campagne conoscitive sulla popolazione, le chiamate passano ormai tutte per il 112 anche ove ci fossero numeri alternativi; i neoacquisti dell'Europa dell'Est e in particolare Slovacchia e Romania hanno invece subito puntato su servizi multilingue di risposta. Se gli inglesi mettono a disposizione interpreti per 170 lingue, romeni, sloveni, slovacchi, polacchi hanno istituzionalizzato le 6-7 lingue principali dell'Unione Europea dotando le centrali operative di interpreti quasi ovunque. L'inglese è utiliz-

zato in diciassette paesi. Tuttavia, il 28 per cento degli autori di chiamate provenienti da altri paesi dichiara di avere ancora problemi di lingua durante la conversazione con l'operatore del paese ospite. In tutti i paesi si può accedere a un operatore che smista l'interlocutore – all'infermiere "triagista" in caso di problemi di salute come alla centrale di polizia – nel giro di 20 secondi quale che sia la postazione da dove si chiama (il 53 per cento delle chiamate avviene da telefono fisso, il 45 da mobile) possibilmente senza problemi di roaming. Altrimenti detto, in un paese dell'UE il telefonino dello straniero dovrebbe sempre agganciarsi ai ripetitori locali – e quasi ovunque per fortuna è così – e non ci dovrebbe essere bisogno di togliere la scheda Sim o di utilizzarne un'altra

locale perché la chiamata vada a buon fine (invece persino in Francia e Regno Unito su quest'ultimo aspetto resistono sacche di inadeguatezza).

Un altro problema identificato è l'accesso dei disabili; gli olandesi lo additano come limite principale del servizio nel 73 per cento dei casi, e nel 2007 l'European Emergency Number Association è stata incaricata da Bruxelles di promuovere un programma di sperimentazioni di conversazioni video o scritte da telefono fisso più noto con l'acronimo di REACH 112 (REACH sta per responding to all citizen needing help), attualmente in corso in Spagna e Svezia. Un capitolo a sé merita la protezione civile, servizio governativo e su scala nazionale che la direttiva sull'Early Warning approvata dal par-

lamento UE nel 2008 affida al 112, rimarcando l'importanza dell'allarme tempestivo in chiave di prevenzione delle crisi e di organizzazione dei soccorsi. La sperimentazione lombarda, che da Varese si estenderà nel 2011 a Como, Lecco e Sondrio, dovrà tenere conto di tutti gli aspetti segnalati. E dovrà tenere presente un particolare: almeno un cittadino UE su dieci fa ricorso nell'anno ai servizi di emergenza del suo o di altri paesi. Con l'arrivo della presidenza Belga dell'Unione, dovrebbe essere approvata la direttiva che favorisce lo spostamento di cittadini negli stati membri per motivi di salute, e tale approvazione dovrebbe incrementare il numero di chiamate di emergenza da parte di cittadini stranieri. Il tempo stringe e non bisogna più perderne. •

LO STATO DEL 112 NEI 27 PAESI DELL'UNIONE EUROPEA

Fonte Rapporto Commissione UE sulla società dell'informazione

PAESE	STATO DEL 112	LINGUE DISPONIBILI OLTRE LA LOCALE E L'INGLESE	CAMBIO SCHEDA SIM
Austria	Presenti altri numeri em.	-	non necessario
Belgio	Presenti altri numeri em.	-	necessario, problemi di roaming
Bulgaria	Presenti altri numeri em.	Francese, tedesco	non necessario, problemi di roaming
Cipro	Presenti altri numeri em.	-	non necessario
Repubblica Ceca	Presenti altri numeri em.	Francese, tedesco, polacco	non necessario
Danimarca	Numero Unico	-	non necessario
Estonia	Presenti altri numeri em.	Russo, finlandese	necessario
Finlandia	Numero Unico*	Svedese, francese, tedesco	non necessario
Francia	Presenti altri numeri em.	-	necessario
Germania	Presenti altri numeri em.	-	necessario
Grecia	Presenti altri numeri em.	Francese	non necessario
Ungheria	Presenti altri numeri em.	Romeno, serbo, russo, tedesco, slovacco	non necessario
Irlanda	-	-	-
Italia	Presenti altri numeri em.	-	non necessario
Lettonia	Presenti altri numeri em.	Russo	non necessario
Lituania	Presenti altri numeri em.	-	non necessario
Lussemburgo	Presenti altri numeri em.	Francese, tedesco	non necessario
Malta	Presenti altri numeri em.	Arabo, maltese	non necessario
Olanda	Numero Unico	Francese, tedesco	non necessario
Polonia	Presenti altri numeri em.	Tedesco, russo, slovacco	non necessario
Portogallo	Numero Unico*	-	non necessario
Romania	Numero Unico	Ungherese, tedesco italiano, russo, spagnolo	necessario
Slovacchia	Numero Unico	Ungherese, russo polacco, francese, tedesco	non necessario
Slovenia	Presenti altri numeri em.	Ungherese, tedesco, italiano	necessario
Spagna	Presenti altri numeri em.	Francese, portoghese arabo, tedesco, italiano	non necessario
Svezia	Numero Unico*	-	non necessario
Regno Unito	Presenti altri numeri em.	Servizio interprete 170 lingue	necessario

* Anche se il numero ufficiale è diverso, le chiamate passano tutte per il 112

In vista del rinnovo della Polizza Sanitaria

di Aurelio Grasso (*)

Siamo come ogni anno in questi tempi a fare bilanci che come sempre richiedono una fase consuntiva ed una preventiva.

Per quanto concerne il consuntivo è difficile esprimere un parere in quanto i gradimenti e le insoddisfazioni sono in un piano di accettabile equidistanza, con leggera prevalenza degli insoddisfatti.

I molti anni di vita della polizza, i molti suggerimenti ricevuti insieme alle lagnanze e la lunga esperienza acquisita nella gestione ci pongono delle riflessioni.

In primo luogo abbiamo perduto i grandi vantaggi dei quali per molti anni abbiamo goduto con la Compagnia Generali e il perché è molto semplice: costi dei rimborsi insostenibili per qualsiasi compagnia a fronte di premi pagati assolutamente insufficienti per rendere bilanci almeno in parità.

Abbiamo visto in Commissione Paritetica onorari e costi di degenza così elevati da ringraziare il Servizio Sanitario Nazionale per la sua presenza, pur con tutti i suoi limiti, che almeno salva il nucleo familiare dalla vendita dei gioielli di famiglia in caso di ricorso ad intervento chirurgico.

Abbiamo anche compreso il perché dei costi elevati in questo tipo di polizze quando sottoscritte personalmente e il perché vi siano limitazioni e tetti di età per gli assicurati.

Dobbiamo però anche rilevare che i rimborsi previsti nelle garanzie debbano essere tali da garantire da un lato le spese occorse nell'evento chirurgico da parte del paziente e dall'altro un onorario congruo e dignitoso per gli operatori.

È doveroso riconoscere che le garanzie attuali non rispettano questo aspetto.

Allora dobbiamo rivedere questa situazione e portare quei correttivi che debbono ancora rendere gradita questa polizza che ormai è considerata molto importante visto anche il grande numero dei sottoscrittori attuali e

dei molti altri che ci richiedono di entrare o di ritornare nella Convenzione.

L'esperienza acquisita in questi anni consente a noi di essere propositivi invece di essere soggetti passivi di proposte di altri.

La nuova polizza che stiamo preparando e che vogliamo presentare alle Compagnie interessate deve avere la serie di questi capisaldi.

Essere continuativa per diritti acquisiti con le precedenti a partire dalla prima data di iscrizione, non avere limiti di età per l'iscrizione e per il mantenimento, prevedere limiti per i massimali di rimborso chiari e congrui e possibilmente di riscontro immediato della cifra prevista per il rimborso, dare a ciascun iscritto mediante un opuscolo una informazione precisa che riguardi i contenuti della polizza, il tariffario degli interventi, acquisire una vasta platea di Istituti convenzionati per l'assistenza diretta rintracciabile in un allegato, conseguire la presenza agibile in un lungo arco temporale quotidiano di un centro di informazioni e di prenotazione con un sistema di facile contatto per l'invio della documentazione richiesta e per la rapida liquidazione dei rimborsi.

Riguardo il tariffario dei rimborsi per gli interventi, si prospetta che un grande aiuto per una gestione corretta della polizza che consenta il contenimento dei costi per mantenere una lunga continuità assicurativa possa essere dato dal singolo assicurato che può, in un certo senso, contrattare con l'operatore prospettando con precisione la cifra di rimborso ottenibile.

Vi è nel contesto della categoria medica, al di fuori di anacronistici dettati deontologici, un rapporto di solidarietà e di disponibilità che deve favorire il contenimento economico della prestazione, come del resto avviene in altre categorie.

L'osservanza di questo semplice suggerimento consentirà di ottenere massimali rimborsabili più che sufficientemente remunerativi e sarà espressione di vera partecipazione dell'interesse generale di tutta la categoria.

Vi invitiamo pertanto ad accettare la proroga proposta (31.12.2010) sia per non perdere diritti acquisiti, sia per consentirci di portare a termine quel progetto che darà sicuramente luogo ad una polizza decisamente migliorativa dell'attuale. •

(*) Consigliere Enpam

**I rimborsi previsti nelle garanzie
devono essere tali da garantire
le spese dell'evento
chirurgico e un onorario
congruo e dignitoso**

Polizza sanitaria Enpam

di Pietro Ayala (*)

È stata sottoscritta una proroga al 31.12.2010, della convenzione per la polizza sanitaria, con la Compagnia di Assicurazione UniSalute Spa (che fa capo a Unipol Gruppo finanziario Spa). La scadenza al 31.12.2010 consente di allineare il periodo assicurativo all'anno solare, come sicuramente preferito dalla Compagnia e dagli iscritti.

I premi sono stati così determinati:

- 1) **€ 180,00** se il medico o il superstite aderisce solo per se stesso;
- 2) **€ 410,00** se il medico o superstite aderisce per sé e per il proprio nucleo familiare (se composto da una sola persona);
- 3) **€ 535,00** se il medico o superstite aderisce per sé e per il proprio nucleo familiare (se composto da due persone);
- 4) **€ 605,00** se il medico o superstite aderisce per sé e per il proprio nucleo familiare (se composto da tre persone);
- 5) **€ 650,00** se il medico o superstite aderisce per sé e per il proprio nucleo familiare (se composto da quattro o più persone).

MODALITÀ DI ADESIONE

Gli attuali assicurati, che riceveranno a casa il bollettino Mav per il pagamento del premio di importo corrispondente all'adesione compilata lo scorso anno, se vorranno apportare modifiche dovranno compilare il modulo di adesione pubblicato sul sito www.enpam.it ed attendere un nuovo Mav se l'importo dovuto sarà differente da quello ricevuto.

I nuovi aderenti, dopo aver preso visione del testo della polizza, pubblicato sulla rivista, dovranno:

- compilare il modulo di adesione (disponibile sul sito internet www.enpam.it o sul “Giornale della Previdenza” a partire dal prossimo numero o presso le sedi degli ordini della propria città);
- spedire il modulo a: FONDAZIONE E.N.P.A.M. – Casella postale 7216 – 00100 ROMA NOMEANTANO entro e non oltre il 30.06.2010;
- successivamente riceveranno il bollettino Mav per il pagamento del premio che dovrà essere **pagato entro la data di scadenza indicata sul Mav.**

PER ULTERIORI INFORMAZIONI

Sul sito della Fondazione verrà pubblicato il testo della nuova convenzione, i centri clinici convenzionati con UniSalute Spa, una serie di faq con le domande più frequenti.

Tutti gli iscritti potranno, inoltre, rivolgersi per ulteriori informazioni e chiarimenti al n. 0648294829 (tutto l'anno), via mail all'indirizzo di posta elettronica poliz-zasanitaria@enpam.it o al call-center 199168311* messo a disposizione dalla Società Previdenza Popolare (attivo dal 01.5.2010 al 31.07.2010 dal lunedì al venerdì esclusivamente per informazioni circa le modalità di adesione).

** Per il numero 199168311, il costo al minuto da telefono fisso di Telecom Italia senza scatto alla risposta è di 14,26 centesimi di euro Iva inclusa in fascia intera e di 5,58 centesimi di euro iva inclusa in fascia ridotta. La tariffa massima da telefono fisso di altro operatore è di 26,00 centesimi di euro e 12,00 centesimi di euro di scatto alla risposta; da telefono mobile è variabile a seconda del operatore e del piano tariffario prescelto.*

(*) Vice direttore generale Enpam

Il testo della “Polizza” a partire da questa prima pagina, per comodità, si può estrarre dalla rivista



Contratto polizza

Piano sanitario – 31.05.2010 – 31.12.2010

Convenzione E.N.P.A.M.

Agenzia 4083 – Ramo 194 – N. polizza 10004762

Agli effetti dell'articolo 1341 II comma C.C. la Contraente dichiara di approvare espressamente le disposizioni contenute negli articoli seguenti delle condizioni generali di assicurazione:

Art. 18a (Istituzione della Commissione Paritetica. Deferralmento di controversie ad un collegio medico arbitrale).

Art. 19 (Deroga alla competenza per territorio dell'Autorità Giudiziaria).

Art. 20.1 (Facoltà di recedere dal contratto alla scadenza. – Tacito rinnovo annuale del contratto in mancanza di disdetta sessanta giorni prima della scadenza).

Art. 20.2 (Risoluzione dell'assicurazione del singolo aderente che non abbia corrisposto il premio di rinnovo entro 30 giorni dalla scadenza annuale).

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

SEZIONE I – DEFINIZIONI

Art.1

Nel testo delle presenti Condizioni Generali di Assicurazione si definiscono con:

- **Contraente:** Fondazione E.N.P.A.M. per conto di chi spetta, e a favore degli Assicurati.
- **Società:** UniSalute s.p.a. Compagnia di Assicurazioni
- **Assicurato:** Colui il quale abbia aderito (e abbia versato il premio di polizza) alla presente Assicurazione e abbia delegato l'E.N.P.A.M. ad accettare, nel proprio interesse con effetto vincolante, modifiche di carattere generale alla Polizza-Convenzione, a valere all'annualità successiva. L'Assicurazione è riservata ai seguenti soggetti:
 - 1) il medico e l'odontoiatra iscritto all'E.N.P.A.M. (in attività o pensionato);
 - 2) i suoi superstiti con diritto a pensione indiretta o di reversibilità;
 - 3) i componenti degli Organi Statutari dell'E.N.P.A.M. e della F.N.O.M.C. eO.;
 - 4) il personale in servizio all'E.N.P.A.M., alla F.N.O.M.C.eO., agli Ordini Provinciali, all'ONAOSI e alle Organizzazioni Sindacali mediche firmatarie di contratti e convenzioni con diritto di rinnovo della polizza anche dopo la cessazione del rapporto di lavoro;

5) l'insieme dei componenti il nucleo familiare dei soggetti indicati al punto 1), 2), 3), 4) che abbiano aderito alla presente assicurazione sottoscrivendo l'apposito modulo di adesione, e per i quali sia stato versato il relativo premio di polizza, a condizione che venga assicurata la totalità dei familiari risultanti dallo stato di famiglia o da autocertificazione. Quali componenti il nucleo familiare si intendono: il Coniuge non legalmente separato convivente o il Convivente more uxorio e i Figli conviventi fiscalmente a carico. In deroga al requisito della convivenza si intendono assicurati anche:

- a) i componenti del nucleo familiare del medico e/o pediatra di base che abbia la residenza nel luogo di prestazione del servizio, come richiesto dalle vigenti normative;
- b) i figli del medico legalmente separato o divorziato per i quali esiste a suo carico obbligo di mantenimento economico.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Premio

La somma dovuta dai singoli aderenti alla polizza alla Società per il tramite della Contraente.

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Malattia

Qualunque alterazione dello stato di salute, che non sia malformazione o difetto fisico, anche non dipendente da infortunio.

Malformazione

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Massimale

L'importo stabilito negli specifici articoli di polizza che rappresenta la spesa massima che la Società si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Difetto fisico

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite quali, ad esempio, perdita di arti, segmenti di arti, ecc.

Istituto di Cura

Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Struttura sanitaria convenzionata

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui UniSalute ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

Ricovero

La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.

Day hospital chirurgico

Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche praticate in Istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.

Intervento chirurgico

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero con intervento chirurgico e di day hospital chirurgico o di ricovero per Grave Evento Morboso corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero o il day hospital stessi.

Intervento chirurgico ambulatoriale

Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.

Accertamento diagnostico

Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Franchigia

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato. Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.

Scoperto

La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.

SEZIONE II – PRESTAZIONI

Premessa

Si specifica che, sebbene in presenza di una durata del periodo di copertura di 7 mesi, quindi inferiore all'annualità, tutti i massimali annui previsti dal presente piano ed, in particolare, i *plafond* specifici relativi agli interventi chirurgici effettuati in Strutture non convenzionate con la Società di cui all'art. 3.1.7 “**Interventi specifici a seguito di malattia e infortunio**”, vengono prestati integralmente.

Art.2) – Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio che hanno luogo durante l'operatività del contratto per le spese sostenute dall'Assicurato per:

- **ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico compreso parto cesareo;**
- **ricovero in Istituto di cura senza intervento chirurgico reso necessario da grave evento morboso;**
- **indennità giornaliera in caso di ricovero senza intervento chirurgico non reso necessario da Grave Evento Morboso;**
- **day hospital chirurgico;**
- **intervento chirurgico ambulatoriale;**
- **protesi ortopediche e acustiche;**
- **cure oncologiche ospedaliere e ambulatoriali;**
- **servizi di consulenza.**

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Assicurato può rivolgersi, con le modalità riportate alla voce “Sinistri” delle Condizioni Generali, a:

- a) **Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società.**
- b) **Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società.**
- c) **Servizio Sanitario Nazionale.**

Le modalità di utilizzo delle strutture sopraindicate vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

Art.3) – Ricovero

3.1) RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA CON INTERVENTO CHIRURGICO A SEGUITO DI MALATTIA O DI INFORTUNIO

a) Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 30 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

Le prestazioni possono essere attivate in strutture convenzionate con la Società, esclusivamente alle modalità indicate all'art. 14 "Sinistri in strutture convenzionate con la Società"; diversamente la garanzia verrà prestata in forma rimborsuale.

b) Intervento chirurgico

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento escluse le endoprotesi.

c) Endoprotesi

Sono comprese nella garanzia le endoprotesi applicate durante l'intervento.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate e/o personale non convenzionato, viene previsto per il costo dell'endoprotesi un sottolimito di € 4.500,00, fermo restando quanto previsto al punto 3.1.7 "Interventi specifici a seguito di malattia e di infortunio" Il capoverso.

d) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

e) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

f) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera.

In caso di ricovero in struttura sanitaria convenzionata e con personale medico convenzionato, viene effettuato il pagamento diretto alla struttura della retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore ospitato nell'Istituto di cura convenzionato; qualora, per mancanza di disponibilità di accoglienza nella struttura convenzionata, venga utilizzata una struttura alberghiera, il costo sostenuto per il vitto e il pernottamento nella struttura alberghiera verrà anticipato dall'Assicurato e successivamente rimborsato dalla Società.

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 100,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

g) Post-ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 60

giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

Le spese per le prestazioni infermieristiche, le cure termali e i medicinali vengono previste esclusivamente in forma rimborsuale. Le prestazioni possono essere attivate in strutture convenzionate con la Società, esclusivamente alle modalità indicate all'art. 14 "Sinistri in strutture convenzionate con la Società"; diversamente la garanzia verrà prestata in forma rimborsuale.

3.1.1) Trasporto sanitario

La Società rimborsa: le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 1.550,00 per ricovero.

3.1.2) Day hospital chirurgico a seguito di malattia e di infortunio

Nel caso di day hospital chirurgico, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico a seguito di malattia o di infortunio" e 3.1.1 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

3.1.3) Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico a seguito di malattia o di infortunio" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Endoprotesi", d) "Assistenza medica, medicinali, cure", g) "Post-ricovero" e 3.1.1 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

3.1.4) Trapianti a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società liquida le spese previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico a seguito di malattia o di infortunio" e 3.1.1) "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assicura le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo

di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

3.1.5) Parto cesareo

In caso di parto cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata sia in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 “Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico a seguito di malattia o di infortunio” lett. b) “Intervento chirurgico”, d) “Assistenza medica, medicinali, cure”, e) “Retta di degenza”, f) “Accompagnatore; g) “Post-ricovero”, e 3.1.1 “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 5.000,00 per anno assicurativo e per ogni assicurata, sia in strutture convenzionate sia in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia “Trasporto sanitario”.

3.1.6) Interventi per correzione dei vizi di rifrazione

Nel caso di interventi per correzione dei vizi di rifrazione effettuati sia in struttura sanitaria convenzionata sia in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 “Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico a seguito di malattia o di infortunio” lett. a) “Pre-ricovero”, b) “Intervento chirurgico”, d) “Assistenza medica, medicinali, cure”, e) “Retta di degenza”, f) “Accompagnatore”; g) “Post-ricovero”, e 3.1.1 “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 4.000,00 per anno assicurativo e per ogni persona assicurata, sia in strutture convenzionate sia in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia “Trasporto sanitario”.

La garanzia è operante secondo i parametri indicati al punto 2 dell'articolo 7 “Esclusioni dall'assicurazione”.

3.1.7) Interventi specifici a seguito di malattia e infortunio (operanti esclusivamente in strutture sanitarie non convenzionate o con equipe mediche non convenzionate)

Se indennizzabili a termini di polizza, per i seguenti interventi chirurgici effettuati in regime di ricovero o di day hospital o come intervento chirurgico ambulatoriale:

INTERVENTO CHIRURGICO	MASSIMALE PER OGNI INTERVENTO
Isteroscopia operativa	€ 2.500,00
Rinosettoplastica	€ 2.500,00
Cataratta	€ 2.500,00
Rimozione mezzi di sintesi	€ 2.500,00
Interventi a carico dell'ano	€ 3.500,00
Ernie e/o laparoceli della parete addominale	€ 3.500,00
Interventi sul piede	€ 3.500,00
Interventi chirurgici a carico di spalla e ginocchio, non per protesi	€ 4.500,00
Asportazione cisti ovariche	€ 6.000,00
Miomectomia	€ 4.500,00
Colecistectomia	€ 4.500,00
Cistectomia	€ 4.500,00
Riduzione e sintesi fratture singole o multiple	€ 4.500,00
Interventi per asportazione di tumori benigni e maligni della mammella comprensivo di protesi	€ 6.000,00
Isterectomia	€ 6.000,00
Ernia del disco*	€ 8.000,00
Tiroidectomia	€ 6.000,00
Interventi per protesi (anca, spalla, ginocchio)*	€ 8.000,00
Interventi sulla prostata	€ 6.000,00
Interventi su fegato, pancreas, esofago, stomaco, colon, intestino e retto per via laparoscopica o laparotomica, eccetto interventi di appendicectomia	€ 8.000,00
Interventi chirurgici sul cuore con applicazione di stent	€ 8.000,00
Interventi per via craniotomica	€ 8.000,00
Interventi sull'apparato respiratorio per via toracotomica	€ 8.000,00
Nefrectomia	€ 10.000,00
Ogni altro intervento chirurgico sul cuore	€ 10.000,00
Interventi chirurgici sul cuore con sostituzione valvolare	€ 16.000,00

la Società, relativamente alle prestazioni previste al punto 3.1 “Ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico a seguito di malattia o di infortunio”, provvede al rimborso delle spese sostenute nell'ambito del massimale indicato per ogni singolo intervento.

Relativamente al costo delle endoprotesi eventualmente applicate durante l'intervento, si precisa che esso si intende incluso nel relativo *plafond*, ad eccezione delle voci “ernia del disco”* e “interventi per protesi (anca, spalla, ginocchio)”*, per le quali viene previsto un mas-

simile aggiuntivo di € 4.500,00 al *plafond* indicato per l'intervento.

Qualora l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società e a medici con essa convenzionati, i massimali sopra indicati si intendono non operanti.

3.1.8) Indennità sostitutiva

Se l'Assicurato non richiede alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di € 200,00 per i primi 10 giorni (pernottamenti) e di € 100,00 dall'11° al 30° giorno per un massimo di 30 giorni (pernottamenti) per ricovero.

Nel caso di day hospital chirurgico l'indennità verrà corrisposta nella misura del 50%.

3.1.9) Modalità di erogazione delle prestazioni

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione delle seguenti:

punto 3.1.1) "Trasporto sanitario";

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati, e delle seguenti:

punto 3.1.5) "Parto cesareo";

punto 3.1.6) "Interventi di correzione dei vizi di rifrazione";

che vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti ai punti indicati.

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 25%, con il minimo non indennizzabile di € 1.000,00 ed un massimo non indennizzabile di € 7.000,00 ad eccezione delle seguenti:

punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico a seguito di malattia o di infortunio":

– lett. f) "Accompagnatore";

punto 3.1.1 "Trasporto sanitario";

punto 3.1.7 "Interventi specifici a seguito di malattia e infortunio";

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

Per le garanzie di cui ai punti:

3.1 "Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico a seguito di malattia o di infortunio" lett c) "Endo-protesi";

3.1.5 "Parto cesareo";

3.1.6 "Interventi di correzione dei vizi di rifrazione"

operano i sottolimiti indicati ai relativi articoli fermo lo scoperto e il minimo non indennizzabile indicato al primo capoverso della presente lett. b).

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.1.8 "Indennità Sostitutiva".

Qualora l'Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva.

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati" o b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società".

3.2) RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA SENZA INTERVENTO CHIRURGICO A SEGUITO DI GRAVE EVENTO MORBOSO (come da elenco di cui all'Allegato A)

a) Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 30 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Le prestazioni possono essere attivate in strutture convenzionate con la Società, esclusivamente alle modalità indicate all'art. 14 "Sinistri in strutture convenzionate con la Società"; diversamente la garanzia verrà prestata in forma rimborsuale.

b) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

c) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

d) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera.

In caso di ricovero in struttura sanitaria convenzionata e con personale medico convenzionato, viene effettuato il pagamento diretto alla struttura della retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore ospitato nell'Istituto di

cura convenzionato; qualora, per mancanza di disponibilità di accoglienza nella struttura convenzionata, venga utilizzata una struttura alberghiera, il costo sostenuto per la struttura alberghiera verrà anticipato dall'Assicurato e successivamente rimborsato dalla Società.

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 100,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

e) Post-ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 60 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto.

Le spese per le prestazioni infermieristiche, le cure termali e i medicinali vengono previste esclusivamente in forma rimborsuale. Le prestazioni possono essere attivate in strutture convenzionate con la Società, esclusivamente alle modalità indicate all'art. 14 "Sinistri in strutture convenzionate con la Società"; diversamente la garanzia verrà prestata in forma rimborsuale.

3.2.1) Trasporto sanitario

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 1.550,00 per ricovero.

3.2.2) Indennità sostitutiva

Se l'Assicurato non richiede alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di € 100,00 per ogni giorno di ricovero con pernottamento per una durata massima di 30 giorni per ricovero.

3.2.3) Modalità di erogazione delle prestazioni

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione di quelle di cui al punto 3.2.1 "Trasporto sanitario" che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti al punto medesimo.

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 25%, con il minimo non indennizzabile di € 1.000,00 ed un massimo non indennizzabile di € 7.000,00 ad eccezione di quelle di cui ai seguenti:

punto 3.2. "Ricovero in istituto di cura senza intervento chirurgico a seguito di grave evento morboso":

lett. d) "Accompagnatore";

punto 3.2.1 "Trasporto sanitario";

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.2.2 "Indennità Sostitutiva".

Qualora l'Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva.

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati" o b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società".

3.3) MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie di cui agli artt. 3.1 "Ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico a seguito di malattia e di infortunio" e 3.2 "Ricovero in istituto di cura senza intervento chirurgico a seguito di Grave Evento Morboso" corrisponde a € 400.000,00 per nucleo familiare.

3.4) INDENNITÀ DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA SENZA INTERVENTO CHIRURGICO NON A SEGUITO DI GRAVE EVENTO MORBOSO

Nel caso di ricovero senza intervento chirurgico non conseguente a Grave Evento Morboso come da elenco di cui all'Allegato A, la Società corrisponde un'indennità di € 65,00 per ogni giorno di ricovero con pernottamento per un massimo di 15 giorni per ogni ricovero.

Art.4) - Protesi ortopediche e acustiche

La Società rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche nel limite annuo di € 2.000,00 per nucleo familiare.

Le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del 20% e con un minimo non indennizzabile di € 50,00 per fattura.

Art.5) - Cure oncologiche ospedaliere e ambulatoriali

Nei casi di malattie oncologiche la Società liquida le spese relative a chemioterapia e terapie radianti effettuate in regime ospedaliero o ambulatoriale con massimale autonomo.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 25% e un minimo non indennizzabile di € 1.000,00.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 8.500,00 per persona assicurata.

Art.6) - Servizi di consulenza

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde **800822444** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con la Società.

SEZIONE III DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Art.7

Esclusioni dall'assicurazione

L'assicurazione non è operante per:

1. le spese relative a ricoveri / interventi / prestazioni che siano la conseguenza di situazioni patologiche manifestatesi, cioè diagnosticate o curate, precedentemente alla data di adesione da parte di ciascun Assicurato alla presente polizza-convenzione.

Per gli aderenti già assicurati precedentemente dalla Convenzione E.N.P.A.M., ancorché prestata da altra compagnia di assicurazione e preesistente alla presente polizza, si intendono esclusi i ricoveri / gli interventi / le prestazioni che siano la conseguenza di situazioni patologiche manifestatesi, cioè diagnosticate o curate, precedentemente alla data di prima adesione da parte di ciascun assicurato alla Convenzione E.N.P.A.M., ancorché prestata da altra compagnia di assicurazione e preesistente alla presente polizza, senza soluzione di continuità o precedentemente alla data di successiva adesione qualora vi sia stata interruzione.

Relativamente agli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo, si intendono compresi in garanzia quelli sostitutivi di protesi che siano state impiantate successivamente alla data di prima adesione dell'iscritto alla Convenzione senza soluzione di continuità o alla data di successiva adesione in caso di interruzione;

2. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni diagnosticati e/o conosciuti precedentemente alla data di prima adesione alla Convenzione E.N.P.A.M., ancorché prestata da altra compagnia di assicurazione e preesistente alla presente polizza, senza alcuna soluzione di continuità o precedentemente alla data di successiva adesione qualora vi sia stata interruzione. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie;

3. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;

4. le protesi dentarie, le cure dentarie e paradentarie, ad eccezione di quelle a scopo ricostruttivo rese necessarie da infortunio;

5. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto) fatte salve quelle relative ai neonati fino al terzo anno di età;

6. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;

7. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;

8. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.

Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;

9. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;

10. le conseguenze di infortuni derivanti da azioni compiute dall'Assicurato sotto l'effetto di sostanze stupefacenti, allucinogene, psicofarmaci o per effetto di abuso di sostanze alcoliche;

11. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;

12. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;

13. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;

14. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;

15. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

Art.8

Persone non assicurabili

Le persone affette da Aids non sono assicurabili e l'assicurazione cessa con il suo manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'articolo 1898 del Codice Civile.

Art.9

Estensione territoriale

L'Assicurazione vale per il mondo intero.

Art.10

Durata contrattuale

Il presente contratto a rinnovo della polizza emessa in data 31.05.2009 decorre dalle ore 24 del 31.05.2010 e scade alle ore 24 del 31.12.2010 con tacito rinnovo per periodi annuali.

SEZIONE IV – ADEMPIMENTI

Art.11

Forma delle comunicazioni della Contraente e dell'Assicurato alla Società.

Tutte le comunicazioni alle quali la Contraente e l'Assicurato sono tenuti devono essere fatte con lettera raccomandata, telex o telefax.

Art.12

Pagamento del premio complessivo e cumulativo da parte della Contraente

Decorrenza dell'assicurazione.

L'Assicurazione ha effetto dalle ore e dal giorno indicati in polizza se il premio complessivo relativo al periodo di copertura viene pagato entro 90 giorni dalla decorrenza del contratto, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Per il pagamento del premio complessivo relativo all'annualità successiva, il termine previsto dall'art. 1901 del C.C. è prorogato a 90 giorni. Resta peraltro inteso che, qualora entro il predetto termine il premio non venisse pagato, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del giorno di scadenza del termine stesso. Il premio complessivo di polizza sarà determinato dalla somma dei singoli premi versati dagli Assicurati.

Il premio complessivo, relativo alle quote di adesione di polizza ricevute, sarà versato dall'E.N.P.A.M. alla Società.

SEZIONE V – LIQUIDAZIONE DEL DANNO

Art.13

Denuncia del sinistro

L'Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di UniSalute al numero verde gratuito **800822444** (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389046) e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa sono a sua disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il piano sanitario.

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato ai successivi **artt. 14** "Sinistri in strutture convenzionate con la Società", **15** "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" o **16** "Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale".

Qualora l'Assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Società senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe

concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate agli **artt. 15** “Sinistri in strutture non convenzionate con la Società” e **3.1.9** e **3.2.3** “Modalità di erogazione delle prestazioni” **lett. b)**” Prestazioni in strutture sanitarie private e pubbliche non convenzionate con la Società”.

Art.14

Sinistri in strutture convenzionate con la Società

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

In caso di ricovero dovrà inoltre sottoscrivere, al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura, la lettera d'impegno, con cui l'Assicurato si impegna a versare alla struttura convenzionata eventuali importi di spesa che resteranno a suo carico in quanto non coperti dal piano, e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extra-ricovero l'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. A tal fine l'Assicurato delega la Società a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate.

Qualora venga effettuata in una struttura convenzionata una qualsiasi prestazione sanitaria da parte di personale non convenzionato, tutte le spese sostenute dall'assicurato verranno liquidate con le modalità previste agli **artt.**

15 “Sinistri in strutture non convenzionate con la Società” o **16** “Sinistri nel servizio sanitario nazionale” e con l'applicazione di scoperti e franchigie previsti nelle singole garanzie.

N.B. Anche le prestazioni di cui ai punti **a) Pre-ricovero** e **g) Post-ricovero** di cui all'**art. 3.1 “Ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico a seguito di malattia e infortunio”**, nonché le prestazioni ai punti **a) Pre-ricovero** ed **e) Post-ricovero** di cui all'**art. 3.2 “Ricovero in istituto di cura senza intervento chirurgico a seguito di Grave Evento Morboso”** possono essere attivate attraverso la rete convenzionata, sempreché sia stato effettuato il passaggio preventivo con la Centrale Operativa.

In tal caso, le **prestazioni di “pre-ricovero”** verranno autorizzate con tariffe agevolate; l'importo di spesa sostenuto resterà comunque a carico dell'Assicurato e verrà rimborsato integralmente solo successivamente, sempreché l'Assicurato sostenga un ricovero in strutture convenzionate e con personale convenzionato con la Società.

In caso contrario, il rimborso avverrà come previsto agli **artt. 15** “Sinistri in strutture non convenzionate con la Società” o **16** “Sinistri nel servizio sanitario nazionale” e con l'applicazione di scoperti e franchigie previsti nelle singole garanzie.

Anche le **prestazioni di “post-ricovero”** verranno liquidate integralmente qualora siano effettuate in strutture convenzionate e con personale convenzionato con la Società. In caso contrario, il rimborso avverrà come previsto agli **artt. 15** “Sinistri in strutture non convenzionate con la Società” o **16** “Sinistri nel servizio sanitario nazionale” e con l'applicazione di scoperti e franchigie previsti nelle singole garanzie.

Art.15

Sinistri in strutture non convenzionate con la Società

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve presentare denuncia alla Società al momento in cui ne abbia la possibilità ed entro due anni a pena di decadenza inviando il modulo di denuncia sinistri a Spett. UniSalute.

La denuncia deve essere corredata della necessaria documentazione:

- in caso di ricovero(*), copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di intervento chirurgico ambulatoriale(*), copia completa della documentazione clinica, conforme all'originale;
- in caso di prestazioni extra-ricovero, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento.

(*) Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero / day hospital chirurgico/ intervento chirurgico ambulatoriale, ad essi connessa, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce.

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, UniSalute avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata e previa consegna alla Società

della documentazione di cui sopra entro 40 giorni dalla presentazione della necessaria documentazione medica completa. In ogni caso l'indennizzo sarà pagato in Euro ma, relativamente alle prestazioni fruite dall'Assicurato al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato ad altre Compagnie Assicuratrici richiesta di rimborso per il medesimo sinistro, e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico, con le modalità di cui agli **artt. 3.1.9 e 3.2.3** "Modalità di erogazione delle prestazioni" **lett. b)** "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società", al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

Art.16

Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale

Per i ricoveri e le prestazioni extra-ricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti **artt. 14** "Sinistri in strutture convenzionate con la Società" o **15** "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società".

Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, l'Assicurato dovrà presentare il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale, non soggetta a restituzione dopo la liquidazione del sinistro.

Art.17

Gestione documentazione di spesa

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate dalla Società effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Assicurato.

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con la Società

La documentazione di spesa ricevuta dalla Società in copia fotostatica viene conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge mentre – qualora la Società dovesse avvalersi della facoltà di richiedere la produzione degli originali – si restituisce all'Assicurato, con ca-

denza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

La Società, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato in merito allo stato delle Sue richieste di rimborso, provvede all'invio dei seguenti riepiloghi:

- **in caso di necessità di integrazione di documentazione**, l'Assicurato viene informato mediante invio di un riepilogo mensile delle richieste di rimborso in attesa di documentazione e non liquidate nel corso del mese;
- **in caso di contestazione del sinistro di Ricovero** l'Assicurato viene informato mediante invio di una lettera da parte dell'Area Liquidativa della Società contenente le motivazioni della contestazione; la comunicazione sarà inviata per conoscenza anche a Previdenza Popolare;
- **in caso di liquidazione del sinistro**, l'Assicurato viene informato mediante utilizzo delle forme di messaggistica informatica e telefonica (e-mail; sms); nel caso di impossibilità di utilizzare queste modalità, sarà inviata comunicazione cartacea;
- la Società invia all'Assicurato **un riepilogo annuale** di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Assicurato.

Art.18) Controversie – Arbitrato

18 a) È costituita una Commissione paritetica, espressa dalle parti, per la gestione delle controversie in relazione:

- alla liquidabilità dei rimborsi richiesti dagli assicurati;
- alla soluzione di eventuali contrasti interpretativi del contratto.

Per questi due argomenti la Commissione esamina i casi ad Essa sottoposti ed esprime il proprio parere che verrà poi comunicato dalla Società all'Assicurato.

La Commissione avrà anche il compito di:

- verificare l'onere delle prestazioni e dei rimborsi conseguenti a richieste formulate dagli assicurati;
- monitorare l'utilizzo del contratto da parte degli Assicurati per un controllo costante dell'andamento della polizza;
- formulare, se necessario, indicazioni di modifiche contrattuali per l'annualità successiva alla scadenza del contratto, di cui all'art. 20).

18 b) Arbitrato

Qualora l'Assicurato non si ritenga soddisfatto della decisione della Commissione Paritetica per i casi di controversie di natura medica sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio, nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, ha facoltà di chiedere un arbitrato. In tal caso l'Assicurato e la Società si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano

dovuti i rimborsi o le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico. Il Collegio medico risiede nel comune di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

18 c) Si prende atto tra le parti che la Fondazione E.N.P.A.M. rimane comunque estranea ad ogni eventuale controversia tra la Società e l'Assicurato, derivante dall'applicazione della presente polizza.

Art. 19) Competenza territoriale

Per ogni controversia diversa da quella prevista dal precedente articolo 18 è competente esclusivamente il Foro di Roma.

SEZIONE VI – DISPOSIZIONI VARIE

Art.20) Recesso dal contratto e Rinnovazione del contratto

Art.20.1) Relativo alle parti contraenti (Società e Contraente come definito all'art. 1)

Alla scadenza prevista nel contratto, ciascuna delle Parti ha facoltà di recedere dalla Polizza-Convenzione mediante lettera raccomandata con preavviso di sessanta giorni.

In mancanza di tale disdetta, la Polizza-Convenzione si intende rinnovata per una ulteriore annualità e così successivamente ad ogni scadenza annuale.

Art.20.2) Relativo al singolo aderente alla polizza/convenzione

In deroga all'art. 1901 del C.C. le Parti (Società, Contraente, Assicurato) si danno reciprocamente atto che qualora alla scadenza di ogni annualità assicurativa, e rinnovatosi tacitamente il contratto, non sia corrisposto il premio relativo alla successiva annualità da parte del singolo aderente all'assicurazione, quest'ultima, trascorsi 30 giorni, sarà risolta di diritto con riferimento al singolo aderente stesso.

Art.21) Imposte

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, agli accessori, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico dell'Assicurato per le parti di sua competenza.

Art.22) Premi

I premi per il periodo di proroga **31.05.2010 – 31.12.2010** comprensivi delle imposte in vigore sono così stabiliti:

- a) € 180** se è assicurato il solo iscritto (come descritto ai punti 1-2-3-4-dell'art.1);
- b) € 410** per nucleo familiare composto da un solo familiare, oltre l'avente diritto;
- c) € 535** per nucleo familiare composto da due familiari, oltre l'avente diritto;
- d) € 605** per nucleo familiare composto da tre familiari, oltre l'avente diritto;
- e) € 650** per nucleo familiare composto da quattro o più familiari, oltre l'avente diritto.

Il premio complessivo di polizza per il periodo di proroga sarà determinato dalla somma dei singoli premi versati dagli Assicurati.

ALLEGATO "A" – Elenco dei Gravi Eventi Morbosi

Si considerano "Grave Evento morboso" le seguenti patologie:

- a. Infarto miocardico acuto**
- b. Insufficienza cardio-respiratoria scompensata che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:**
 - I. dispnea;
 - II. edemi declivi;
 - III. aritmia;
 - IV. angina instabile;
 - V. edema o stasi polmonare;
 - VI. ipossiemia.
- c. Neoplasia maligna in trattamento con aggravamento delle condizioni generali e necessità di accertamenti o cure**
- d. Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:**
 - I. ulcere torbide;
 - II. decubiti;
 - III. neuropatie;
 - IV. vasculopatie periferiche;
 - V. infezioni urogenitali o sovrinfezioni.
- e. Politraumatismi gravi che non necessitino di intervento chirurgico o per cui questo sia al momento controindicato**
- f. Ustioni di terzo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo**
- g. Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale e midollare**
- h. Sclerosi multipla**
- i. Sclerosi laterale amiotrofica**
- l. Morbo di Parkinson**
- m. Gravi miopatie**
- n. Insufficienza renale che necessiti dialisi**



ATTENZIONE - ATTENZIONE - ATTENZIONE

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.

Medicina manuale

Roma, 24-29 maggio, Hotel Kaire, Via Maffeo Vegio 18

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

Argomenti: neurofisiopatologia del dolore, eziopatogenesi del blocco, semeiotica segmentale di Maigne e Sell, mobilizzazione probatoria e manipolazione mirata, tecniche diagnostiche e terapeutiche manuali di base per il rachide cervicale, dorsale e lombare e le articolazioni costo-trasversarie e sacro-iliache

Informazioni e prenotazioni: sig.ra Angela Notaro, tel. 06 30683045, fax 06 30609476, e-mail: info@medicinamanuale.it, sito web www.medicinamanuale.it

Ecm: riconosciuti 43 crediti per i medici chirurghi e 37 crediti per i fisioterapisti

Ecografia internistica

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

Direttori: dott. Marcello Caremani, dott. Fabrizio Magnolfi

Alcuni argomenti: ecografia convenzionale dell'addome, fondamenti di eco-doppler ed eco-color-doppler, ecografia con contrasto, anatomia del fegato, cisti epatiche, ascessi epatici, casi clinici

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

Chirurgia mini-invasiva nelle urgenze toraco-addominali

Potenza, 31 maggio, Auditorium A.O. S. Carlo

Presidente: dott. Pio Rocco Tramutoli

Presidente Onorario: prof. Francesco Corcione

Coordinatore Scientifico: dott. Paolo Caiazzo

Argomenti: il Convegno, rivolto a medici specialisti nelle diverse branche chirurgiche ed agli infermieri operanti in campo chirurgico, tratterà dello stato dell'arte del trattamento mini-invasivo delle patologie toraciche e addominali urgenti di più comune riscontro

Informazioni: dott. Paolo Caiazzo, e-mail: paolo.caiazzo@ospedalesancarlo.it, tel 340 7118025

Ecm: richiesti crediti ecm



Web 2.0, social media e Internet in medicina

Milano, istituto Mario Negri

8 giugno 2010 - La ricerca bibliografica su Medline e su altri database biomedici (Contenuti aggiornati in seguito al rilascio della nuova versione di PubMed/Medline)

9 giugno 2010 - Internet e l'aggiornamento professionale in ambito medico

10 giugno 2010 - Il web 2.0 al servizio della formazione e dell'aggiornamento del medico e dell'operatore sanitario (Contenuti aggiornati)

11 giugno 2010 - Twitter, Facebook, YouTube e i nuovi social media per l'aggiornamento del medico e dell'operatore sanitario (Nuovo Corso)

I corsi saranno realizzati attraverso una didattica interattiva che prevede il coinvolgimento diretto dei partecipanti e l'impiego di una aula multimediale dotata di numerose postazioni Internet

Informazioni: Segreteria Scientifica e Organizzativa dott. Eugenio Santoro, Laboratorio di Informatica Medica, Dipartimento di Epidemiologia, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Via Giuseppe La Masa 19, 20156 Milano, tel. 02 39014562, fax 02 33200231, e-mail: eugenio.santoro@marionegri.it

Ecm: richiesto accreditamento ecm

Istituto psicologico europeo

Cento domande sull'adolescenza

Varese, 19 maggio, Istituto Psicologico Europeo, via C. Correnti, 2

Responsabile: d.ssa Manuela Vitali

Informazioni: Istituto Psicologico Europeo - Servizio di Psicologia Medica, Via Cesare Correnti 2, 21100 Varese, tel. 0332 238726, fax 0332 238603, sito web: www.ipsesrl.com, e-mail: info@ipsesrl.com

Malattie respiratorie infantili

Venezia, 3-5 giugno, centro congressi Isola di San Servolo

Presidenti: prof. Eugenio Baraldi, prof. Angelo Barbatto

Alcuni argomenti: ambiente e salute respiratoria, asma: fenotipi, monitoraggio e gestione, discussione interattiva casi clinici, emergenze respiratorie, origine delle malattie respiratorie nell'infanzia, allergia alimentare e asma, immunoterapia specifica

Informazioni: Segreteria Organizzativa sig.ra Chiara Persi Del Marmo, iDea Congress S.r.l., Via della Farnesina 224, 00135 Roma, tel. 06 36381573, fax 06 36307682, e-mail: info@ideacpa.com

Ecografia in gastroenterologia

Piacenza, 27-28 maggio, centro congressi Park Hotel, Strada Valnure 7

Direttore: Fabio Fornari

Alcuni argomenti: livelli di esperienza dell'operatore nella performance diagnostica di ceus per la caratterizzazione delle neoplasie epatiche, biopsia eco guidata delle lesioni focali epatiche, metastasi epatiche da carcinoma mammario, malattia di Crohn, pictorial essay I, accuratezza diagnostica e complicità della fnab nelle lesioni focali pancreatiche, malattia steatosica non alcolica del fegato, elastosonografia epatica, attualità nella diagnosi di nodulo displastico/epatocarcinoma precoce, ecografia 3-d con mezzo di contrasto nella diagnosi di epatocarcinoma, ceus nelle lesioni focali infettive del fegato, ceus nei tumori pancreatici, ecografia operativa epatica e pancreatico

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

Ecm: previsto accreditamento ecm

Organizzazione spaziale della bocca

Roma, 12-15 maggio

Relatori: Rodrigue Mathieu, Jean-Francois Ardouin, Daniel Theet

L'Osb è un metodo ortodontico funzionale globale, che ricerca le cause profonde delle atrofie o degli squilibri della bocca, per eliminare i fattori che ostacolano il suo sviluppo armonico, e che consente di diagnosticare gli squilibri, modificare la forma e l'architettura della bocca e di ripristinare le funzioni oro-faringee

Informazioni: Approccio ortodontico globale, tel. 392 6408126, email: info@approccioortodonticoglobale.it



First joint summer school on breast cancer

Induno Olona (Va), 10-11 giugno, Hotel Boscolo Pirelli, Via E. Tabacchi 20

Responsabili Scientifici: d.ssa Francesca Rovera, d.ssa Edi Brogi

Obiettivo: obiettivo del Congresso è fornire un aggiornamento sulla diagnosi e sul trattamento del tumore della mammella. Verranno illustrate le più attuali modalità di prevenzione e diagnosi precoce a livello internazionale e verranno trattati nel dettaglio gli aspetti più innovativi di un moderno approccio terapeutico del carcinoma della mammella

Discipline: chirurgia generale, oncologia, radioterapia, radiodiagnostica, anatomia patologica, chirurgia plastica e ricostruttiva

Informazioni: **Segreteria Organizzativa** Artcom srl, Via B. Verro 12, 20141 Milano, tel. 02 89540427, e-mail: artcom@artcomsrl.it – www.artcomsrl.it

Ecm: in fase di accreditamento

Ecografia con mdc (ceus) in epato-gastroenterologia

Atrani, Costiera Amalfitana, 11-13 maggio

Presidente: prof. U. Parmeggiani

Informazioni: **Segreteria Organizzativa** Anice, sig.ra Colomba Mennella, tel. 340 1446371, e-mail: segreteria@ecografiainterventistica.it

Segreteria scientifica: dott. L. Tarantino, dott. I. Sordelli tel. 328 6598053, e-mail: ignaziosordelli@ecografiainterventistica.it, sito web: www.ecografiainterventistica.it

Il test di Rorschach nella pratica clinica

Varese, 22 - 23 maggio

Direttore: dott. Alessandro Lizzioli

Obiettivi: il corso intende fornire una preparazione teorico pratica all'uso ed all'interpretazione clinica del test di Rorschach secondo i principi della siglatura di E. Bohm integrata dall'esperienza francese di N. Rausch de Trautenberg e di C. Chabert

Destinatari: il corso è rivolto a psicologi, laureandi, specializzandi in psicologia, psicoterapeuti, psichiatri, medici specialisti, specializzandi in psicologia clinica, neuropsichiatria o neurologia

Informazioni: Istituto psicologico europeo, Via C. Correnti 2, Varese, tel. 0332 238726, fax 0332 238603, e-mail: info@ipsesrl.com, sito web: www.ipsesrl.com

Ecm: in corso di accreditamento

Associazione medici agopuntori bolognesi – scuola italo cinese di agopuntura

Dolore in agopuntura e medicina tradizionale cinese

Bologna, 22 maggio, palazzo della Cultura e dei Congressi, sala Europa, Piazza Costituzione 5/C

Segreteria scientifica: dott. C. M. Giovanardi, d.ssa E. Marchi, dott. U. Mazzanti

Argomenti: verranno trattate le indicazioni dell'utilizzo dell'agopuntura nel campo del dolore alla luce della medicina tradizionale cinese e dell'ebm

Informazioni: Sig.ra Alessandra Sega, cell. 340 9553985, e-mail: segreteriascuola@amabonline.it
sito web: www.amabonline.it

Ecm: richiesti crediti ecm

Interventional hepatology

Updates on interventional procedures under sonographic guidance in hepatobiliary diseases

Ravello, Amalfi coast, may 27th - 30th

Informations: ms. Suita Carrano, Art & Culture Enterprise corp., tel. 089 857918 / 346 3008692, 346 7378561, fax 089 858570, e-mail: info@weddingravello.it, webmail: www.ecografiainterventistica.it



Echo Valve Surgery

Napoli, Clinica Mediterranea, 14-15 maggio

Direzione Scientifica: Mariateresa Librera, Luigi Marino

Argomenti: ecocardiografia transesofagea intraoperatoria in cardiocirurgia e ultime tecniche di riparazione valvolare e dell'aorta

Informazioni: www.echovalvesurgery.it

Ecm: in fase di accreditamento

Nuovi approcci al dolore con l'agopuntura somatica e auricolare

Firenze, 24 maggio

Argomenti: nel convegno a cui parteciperanno relatori italiani, francesi e ungheresi sarà affrontato il tema del dolore trattato con agopuntura, auricoloterapia, craniopuntura e con medical devices iniettabili nei punti di agopuntura

Informazioni: prof. Osvaldo Sponzilli, tel. 06 37516391, cell. 360 350583

Proctologia e chirurgia colon-rettale

Salerno, 14-15 maggio, c/o sede Fondazione Scuola Medica Salernitana

Presidenti: dott. Giancarlo Ionta, dott. Attilio Sebastiano

Obiettivi: si tratta di un evento biennale che vede riuniti tutti i colon proctologi campani e di altre regioni italiane. Partecipa il direttivo della Società nazionale di colonproctologia, tra cui il Past-President dott. Antonio Longo che illustrerà le innovative tecniche per il trattamento del prolasso rettale da lui ideate

Informazioni e iscrizioni: All Services, tel. 089 3867213, cell. 328 3155800, e-mail: infoallservices@yahoo.it

Ecm: in attesa assegnazione crediti

Congresso medico giuridico nazionale associazione M. Gioia

De minimis curat praetor II - Micropermanenti: tra normative e sentenze alla ricerca di un centro di gravità permanente

Pisa, 21-22 maggio, My One Hotel Galilei

Informazioni: Segreteria Organizzativa Impronte Srl, tel. 050 8756840, fax 050 8756849,

e-mail: info@improntesrl.it, sito web: www.siola.eu

Ecm: crediti ecm richiesti per le discipline di medicina legale, ortopedia e radiologia

SidP, "Sorridenti ad un nuovo stile di vita"

La Società Italiana di Parodontologia, per il biennio 2010-2011, ha organizzato un nuovo progetto di divulgazione scientifica denominato "Sorridenti a un nuovo stile di vita" - Rapporti tra fattori legati agli stili di vita e patologie infiammatorie croniche: correlazioni tra malattie parodontali e malattie sistemiche. Tra gli obiettivi del progetto, illustrati dall'ideatore e attuale presidente della SidP, Prof. Luca Francetti, e dal Dr. Sandro Cortellini, coordinatore del progetto, sono l'informazione e la sensibilizzazione del pubblico, attraverso gli operatori sanitari di area odontoiatrica (dentisti ed igienisti dentali), sull'influenza che lo stile di vita può avere nei confronti di uno stato infiammatorio sistemico, trasmettendo l'importante concetto che la salute è un bene prezioso, da conservare con l'adozione di abitudini di vita sane. La divulgazione del progetto avverrà grazie ad un nuovo sito web, interamente dedicato agli stili di vita (www.progettostilidivita.it), e attraverso l'organizzazione di oltre 50 incontri culturali gratuiti in altrettante sedi Provinciali degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. Questi incontri si svolgeranno tra maggio 2010 e novembre 2011 e saranno tenuti da soci della SidP coordinati da un responsabile regionale scelto tra i soci attivi.

Atrofia muscolare spinale, il “trucco” per combatterla

Grazie ad uno studio finanziato da Telethon, i ricercatori dell'Università di Roma Tor Vergata e della Fondazione Santa Lucia hanno dimostrato su cellule di pazienti come si potrebbe aggirare il difetto genico che provoca questa patologia degenerativa dei muscoli

di Flavio Massimo Amadio

Combattere l'atrofia muscolare spinale, la SMA, con uno stragemma molecolare: a proporre questa via del tutto innovativa è stato uno studio finanziato da Telethon e pubblicato recentemente sulla rivista scientifica *EMBO Journal* (*) dal prof. Claudio Sette, docente presso il Dipartimento di Sanità Pubblica e Biologia Cellulare dell'Università di Roma Tor Vergata e responsabile di un gruppo di ricerca presso l'IRCCS Fondazione Santa Lucia, polo di eccellenza nazionale per la riabilitazione neuromotoria.

L'atrofia muscolare spinale è una malattia degenerativa dei muscoli di origine genetica: con un'incidenza di 1 su 6000-10000 nati, rappresenta la prima causa genetica di morte nei bambini. È dovuta a un difetto nel gene SMN1 che determina l'assenza di una proteina fondamentale per la sopravvivenza dei motoneuroni, le cellule nervose che impartiscono ai muscoli il comando di movimento. Una proteina così importante che nel lungo corso dell'evoluzione l'organismo

umano si è dotato di altre copie di questo gene: infatti, nel nostro genoma ne esiste un altro quasi identico, ribattezzato SMN2. A differenziarlo da SMN1 è, principalmente, un'unica lettera del suo codice genetico: questa minima variazione però fa sì che la proteina prodotta a partire da quel gene sia altamente instabile e non riesca a fare completamente le veci di quella mancante. Di conseguenza, con il passare del tempo, i motoneuroni dei pazienti affetti da SMA progressivamente muoiono. La gravità e la velocità con cui

la malattia progredisce dipendono dal numero di geni SMN2 presenti nel patrimonio genetico del paziente: nella forma più grave, quella di tipo 1, esiste un'unica copia di “gene supplente”, mentre nelle forme di tipo 2 e 3 ce ne sono di più.

Il gruppo di ricerca di Claudio Sette ora sta provando a capire se si può curare la SMA rendendo più stabile questo “gene supplente” già presente nell'organismo, piuttosto che ricorrendo all'introdu-

zione nell'organismo del paziente di una copia corretta del gene mancante. Quello che rende la proteina SMN2 instabile è la mancanza di una porzione dell'informazione che risiede nel gene e che viene rimossa durante una tappa fondamentale della sua produzione, chiamata *splicing*: ciò proprio a causa di quell'unica “lettera” diversa che manda alla cellula il segnale di produrre una proteina più corta.

Studiando i dettagli molecolari dello *splicing* del gene SMN2, il gruppo di Claudio Sette ha individuato una nuova proteina coinvolta in questo complesso fenomeno cellulare, chiamata Sam68. Successivamente, tramite un vettore virale, i ricercatori hanno fornito a cellule di pazienti affetti da SMA una proteina antagonista di Sam68 in grado di “sequestrarla” e di impedirle di avviare lo *splicing*. Così trasformate le cellule hanno prodotto quantità sufficienti di proteina SMN2 in versione completa e stabile. Forti di questi risultati ottenuti sulle cellule dei pazienti, i ricercatori sono ora impegnati a verificare l'efficacia di questa strategia nel modello animale della malattia per poi renderla adatta a un'applicazione sull'uomo. •

(*) “The splicing regulator Sam68 binds to a novel exonic splicing silencer and functions in SMN2 alternative splicing in Spinal Muscular Atrophy”. *Embo Journal*, 2010. S. Pedrotti, P. Bielli, M. Paronetto, F. Ciccosanti, G. Fimia, S. Stamm, J. Manley, C. Sette”.



Claudio Sette con il gruppo di ricerca presso l'IRCCS Fondazione Santa Lucia



Roma

Disagio nelle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali

L'Ordine invita tutti i medici ed odontoiatri che operano nelle strutture sanitarie ed ospedaliere, ad inviare segnalazione, scritta o verbale, di situazioni di disagio che possono verificarsi nell'ambito dell'attività lavorativa e nei rapporti con le suddette amministrazioni, soprattutto in riferimento ad assegnazione di incarichi di direzione di Uoc e/o Dipartimenti a profili professionali non medici con sottoposti medici.

L'Ordine farà propria la segnalazione rispettando, ove richiesto, il più stretto riserbo sul nominativo dell'esponente.

Per quanto sopra si prega di contattare l'Ordine ai seguenti recapiti: Ufficio Segreteria tel. 06/44171226 segreteria.medici@ordinemediciroma.it.



Genova

Stranieri clandestini: no alla segnalazione

Il Ministero degli Interni – Dipartimento per le Libertà Civili e l'Immigrazione - con la circolare n. 12 del 27/11/'09 ha fornito ulteriori chiarimenti sull'assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al SSN.

La circolare conferma che per i

medici e per il personale che operano nelle strutture sanitarie continua, ai sensi dell'art.35 comma 5 del D.Lgs. 268/98, il divieto di segnalare alle Autorità lo straniero presente irregolarmente nel territorio dello Stato che chiede accesso alle prestazioni sanitarie, fatto salvo l'obbligo del referto previsto in caso di delitti per i quali si debba procedere d'ufficio ai sensi dell'art. 365 del codice penale.

Nella circolare il Ministero chiarisce, inoltre, che con riferimento alle prestazioni sanitarie riportate nell'art. 35 non sussiste (art. 6 comma 2 del D. Lgs. 286/98) l'obbligo di richiedere i documenti di soggiorno per l'accesso a prestazioni della pubblica amministrazione.

Quanto contenuto nella circolare nasce dall'esigenza di assicurare ad ogni cittadino straniero l'accesso alle cure e alla relativa assistenza, nel rispetto dei principi della Carta Costituzionale (art.32).



Reggio Calabria

Premio Ippocrate per la Medicina assegnato a Carmine Zoccali

Zoccali, laureato nel '72, è direttore dell'Unità operativa di nefrologia dialisi e trapianti degli Ospedali Riuniti di Reggio Calabria e responsabile dell'Unità di ricerca di Reggio Calabria dell'Istituto di

biomedica del Consiglio nazionale delle ricerche.

Carmine Zoccali è stato anche presidente della Società italiana di nefrologia (Sin) dal 2006 al 2008, Chairman del "Registry of dialisi and transplantation" della "European renal association" e della "European dialisi and transplantation association" (Era-Edta) dal 2003 al 2008, ed è attualmente Chairman di Eure-Cam ("European renal and cardiovascular medicine" dell'Era-Edta). Ha avuto riconoscimenti internazionali tra i quali l'International Award dell'American Kidney Foundation al Senato su proposta del Cnr, è stato insignito del Premio Dorso per la ricerca scientifica. Ci sono stati anche fra i premiati due premi Nobel.



Firenze

Nuove procedure per le domande di invalidità civile

Dal 1° gennaio le domande per ottenere i benefici in materia di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità, devono essere presentate all'Inps e non più alla ASL. Lo prevede una legge nazionale che ha modificato il processo di riconoscimento di tali benefici coordinando le fasi amministrativa e sanitaria per ridurre i tempi di erogazione delle prestazioni.

Dal 1° gennaio, quindi, l'Inps gestisce il processo dell'invalidità civile in collaborazione con le ASL, secondo quanto specificato nel protocollo d'intesa approvato dalla Giunta Regionale Toscana, e poi siglato dalle parti, che recepisce le nuove disposizioni normative nazionali e definisce alcune specificità regionali. Le domande devono essere presentate all'Inps direttamente dal cittadino o per il tramite degli Enti di patronato. L'Istituto le trasmette alle ASL, le cui Commissioni mediche, integrate da un medico dell'Inps, continueranno a svolgere le verifiche sanitarie. All'Istituto spetta l'accertamento definitivo dello stato invalidante e anche la presenza nei procedimenti giurisdizionali civili relativi a prestazioni sanitarie previdenziali ed assistenziali.



Piacenza

Il cuore di Piacenza batte in Spagna

Il giornale "La libertà" pubblica la notizia che il cardiologo spagnolo Ramon Brugada vuole esportare in Spagna a Girona il modello della rete piacentina di defibrillatori. L'incontro con il nostro ex primario cardiologo prof.

Alessandro Capucci e la dott.ssa Daniela Ascheri, presidente dell'Associazione piacentina Progetto Vita, ha avuto luogo con la presenza di molti esperti del settore in un albergo di Roma.



Lucca

Pratiche Enpam/pensioni

Si comunica a tutti gli iscritti all'OMCeO di Lucca che per non creare situazioni di stasi del personale di segreteria dal 1° gennaio 2010 l'espletamento delle pratiche Enpam/Pensioni sarà effettuato previo appuntamento telefonico nei giorni di lunedì, mercoledì e venerdì considerando la durata media di una pratica in 30 minuti.



Brescia

Corretta tenuta del registro di carico e scarico farmaci stupefacenti

Oggetto: Richiesta di parere in merito alla applicazione dell'art. 60, comma 7, del DPR 309/90.

Con riferimento alla vostra nota di pari oggetto, si conferma che per il dirigente medico pre-

posto all'unità operativa deve intendersi il dirigente medico a cui il direttore sanitario ha assegnato la responsabilità dell'unità operativa. In assenza o impedimento del dirigente medico responsabile la responsabilità deve essere assegnata ad altro dirigente medico individuato dal direttore sanitario.

Per quello che riguarda il vostro secondo quesito, in quanto attiene all'interpretazione di norme contrattuali, non rientra nelle competenze dell'ufficio centrale stupefacenti.

*Il direttore generale
dott. Giuseppe Ruocco*



Ascoli Piceno

Corsi

Corso di perfezionamento in programmazione, organizzazione e gestione delle aziende e dei servizi sanitari.

Roma, marzo-dicembre 2010, Università Cattolica del Sacro Cuore. Direttore scientifico: prof Gianfranco Damiani, Istituto di Igiene. L'obiettivo del corso è perfezionare le conoscenze ed abilità per affrontare gli aspetti principali dell'organizzazione e gestione dei sistemi e servizi sanitari pubblici e privati.

Informazione: 0630154297. ECM: la partecipazione al corso di perfezionamento esonera dall'acquisire i crediti per l'intero anno.



Catania

Telecamere anti-aggressione

Non solo in banca o nei supermercati. Avanza l'idea di installare telecamere di sorveglianza anche negli ospedali e sulle ambulanze. A proporla è il segretario nazionale della Federazione degli Ordini dei medici, Gabriele Peperoni, che è anche presidente dell'Ordine di Napoli.

“Una città – spiega – dove le aggressioni ai medici ed agli infermieri del Pronto soccorso sono quotidiane. Soprattutto da parte dei parenti e degli accompagnatori del paziente”. Purtroppo questi episodi si registrano in tutta Italia, non solo a Napoli. “Quello degli attacchi agli operatori sanitari – spiega Peperoni – è un problema nazionale. Anche se credo che nel centro sud sia più accentuato. Si corrono gravi rischi soprattutto nei Pronto soccorso, che sono la porta di accesso naturale dalla parte del cittadino bisognoso di cure. Ecco perché ritengo che installare strumenti di video-sorveglianza all'ingresso di questi locali, magari utilizzando i fondi ex articolo 20 per l'edilizia sanitaria, possa essere una buona soluzione”.

Andreas Vesalio, rivoluzione in anatomia

Autore del *De humani corporis fabrica*, uno dei più influenti libri della storia della medicina, il medico originario di Bruxelles mette in discussione le nozioni ereditate da Galeno a cui il mondo scientifico europeo del 1500 era ancora fortemente ancorato. Per la prima volta gli insegnanti abbandonano la cattedra e si avvicinano al tavolo anatomico

di Luciano Sterpellone

Aveva manifestato molto precocemente (a dieci anni!) un'innata passione per l'anatomia sezionando topi, cani, gatti e uccelli. Avrebbe confermato questa sua passione a venticinque anni quando, divenuto "lettore" di anatomia e chirurgia all'Università di Padova, studenti e curiosi si accalcavano per assistere alle sue "dimostrazioni".

In realtà Andreas Vesalio (è nato a Bruxelles l'ultimo giorno del 1514) si chiama van Wiesel, ma al tempo molti amano latinizzarsi il cognome per conferire maggior lustro alla propria immagine. Il Dna per la Medicina glielo hanno trasmesso i due nonni, Johann (medico della moglie di Massimiliano I) e Eberhardt medico di Corte, mentre il padre Andreas era farmacista dell'imperatore Carlo V.

Il giovane comincia a studiare Medicina all'Università di Lovanio, per trasferirsi poi a Parigi, guadagnandosi presto la stima di studenti e insegnanti, molti dei quali purtroppo ancora legati alle teorie del passato.

Nel 1536, scoppiata la guerra tra Francesco I e Carlo V, Andreas deve fare le valigie e tornarsene a Lovanio, dove ritrova tutta la sua passione innovatrice per l'anatomia: da una forza issata lungo la strada raccoglie il cadavere di un impiccato, lo seziona di nascosto e ne ricostruisce l'intero scheletro. L'anno dopo riceve il titolo di baccelliere in Medicina, e pubblica (forse come tesi di esame) la revisione dell'edizione latina del famoso *Kitab al-Hawi* (Liber continens) del medico arabo Rhazes (X secolo), in cui egli cerca di "purificare" i tradizionali "barbarismi" con i quali erano stati traslitterati molti termini arabi, onde ottenere uno stile latino puro. Nel 1537 Vesalio si trasferisce alla prestigiosa Università di Padova, ottenendo nello stesso anno il dottorato in Medicina e – subito dopo – la nomina di "lettore" di anatomia e chirurgia: per la prima volta è un medico e non un chirurgo (al tempo considerato di classe infe-

riore) a insegnare queste materie. Nell'Europa medica, ancorata alle nozioni anatomiche ereditate da Galeno, mai poste in discussione, arriva ora come un ciclone questo straniero che vuole scardinarle con prove inoppugnabili raccolte direttamente all'autopsia del cadavere, pratica questa solo da poco accettata dalla comunità scientifica, ma ancora non da tutti condivisa.

L'accusa che Vesalio rivolge ai medici è di aver ridotto la Medicina a un'arida ripetizione di quel che avevano detto i sacri testi. "Ormai i medici – scrive – gracchiano con rara presunzione a modo di cornacchie dall'alto della cattedra, trasmettendo ai discepoli quei dati di fatto cui non s'erano mai accostati, ma che soltanto avevano imparato a memoria dai libri degli altri". E in molte occasioni esprime il parere che Galeno abbia sezionato solo animali "e mai un cadavere umano!".

Coerentemente a quanto afferma, compie un gesto dav-

Il ritratto di Andrea Vesalio pubblicato alla pagina XII del *De humani corporis fabrica* (1543)



vero dirompente per l'insegnamento di allora: scende dalla cattedra e si avvicina al tavolo anatomico. Non "detta" più agli studenti nozioni decrepite e mai controllate, ma seziona personalmente e commenta ai presenti ogni dettaglio riscontrato de visu. Riesce in tal modo a ottenere dal Giudice padovano un numero più congruo di cadaveri (di criminali giustiziati) per le proprie indagini e dimostrazioni pubbliche. Nel suo storico *De humani corporis fabrica* (1543) Vesalio "ridiscrive" (pur se con qualche inevitabile imprecisione) l'intera anatomia del corpo umano, facendo via via rilevare, pur senza calcare la mano, i madornali errori commessi da Galeno specie per quanto riguarda l'anatomia del fegato, dei dotti biliari, dell'utero e dei mascellari. Molte di queste critiche erano già state avanzate da altri anatomisti, ma in modo sporadico e non si-

**Accusa i medici di aver ridotto la Medicina
a un'arida ripetizione dei sacri testi**

stematico come da Vesalio; il quale descrive per la prima volta il decorso dei vasi intorno al cuore e l'anatomia stessa del cuore, dichiarando apertamente di non aver mai visto quei "pori" del setto atrio-ventricolare attraverso i quali – come si sostiene e si ripete passivamente da secoli – il sangue passerebbe dall'atrio destro al sinistro: una premessa fondamentale per quella che sarà (nel secolo dopo) la scoperta della circolazione del sangue da parte di William Harvey. Ma ciò cui egli tende a sottolineare è l'opportunità che l'insegnante esegua personalmente le dissezioni, mettendo sistematicamente a confronto i vari reperti tra di loro.

Il *De hominis corporis fabrica*, arricchito da preziose illustrazioni di van Kalkar, allievo del Tiziano, segna una vera svolta nella concezione medica della struttura del corpo.

Ai giorni d'oggi innovazioni del genere verrebbero accolte a braccia aperte. Ma cinquecento anni fa, guai a contestare quel che avevano detto secoli prima Ippocrate, Galeno e Avicenna: loro non potevano sbagliare! Così – immancabilmente – galenisti, religiosi e parrucconi si scagliano violentemente contro il rivoluzionario anatomista: tra di essi v'è il suo celebre maestro Jacobus Sylvius, il quale replica sdegnato che Galeno non ha mai scritto qualcosa che non sia esatto, e che "quanto è dato di essere letto in questo falso guazzabuglio può essere riassunto in una sola

paginetta". E definisce "asini a due gambe" i tanti estimatori che Vesalio conta in Europa.

Amareggiato da tante accuse e temendo le ire dell'Inquisizione, Vesalio lascia Padova, non prima di aver dato alle fiamme una catasta di manoscritti (e certamente preziosi) inediti. Diverrà medico di Carlo V a Madrid, e successivamente di Filippo II di Spagna. Il suo cuore gioisce quando viene a sapere che in Italia Gabriele

Fallopio ha coraggiosamente ripreso, confermato e ampliato, le sue ricerche di anatomia. Ma lì, in Spagna, a causa del divieto imposto dalle autorità ecclesiastiche di effettuare autopsie, non può in pratica "mettere le mani su di un teschio, e a maggior ragione sezionare un cadavere".

A questo punto la biografia di Andreas Vesalio diviene nebulosa, e forse si tinge di giallo.

Secondo una versione, men-

tre seziona in segreto il corpo di un certo don Miguel, un nobile spagnolo appena spirato, si accorge che in realtà "la sua arteria femorale pulsa ancora". Per tacitare l'Inquisizione, accetta di espiare la colpa compiendo un pellegrinaggio a Gerusalemme; ma nel viaggio di ritorno viene sbarcato in tutta fretta a Zante perché colpito da una grave malattia, forse un tifo; e muore nell'isola il 15 ottobre 1564.

Secondo un'altra versione, Vesalio avrebbe fatto un'escursione a Cipro con il generale veneziano Jacopo Malatesta e, al ritorno, sarebbe naufragato a Zante. Fatto è che i resti di quella che veniva creduta la sua tomba sono andati definitivamente dispersi nel terremoto che sconvolse l'isola nel 1593. Il *De hominis corporis fabrica* resta comunque immortale, testimone di un grande balzo in avanti nelle conoscenze mediche, fondamento essenziale per ogni successivo studio di anatomia e fisiologia: a ragione gli storici considerano l'opera di Vesalio "quel che il libro di Copernico fu per l'astronomia". •

Andreas Vesalio, *De Humani corporis fabrica* (1543), pagina 181



Attaccato da galenisti e religiosi, temendo l'ira dell'Inquisizione, lascia Padova e diventa primo medico di Carlo V e poi di Filippo II di Spagna

25 MAGGIO 1901

Le donne conquistano in Norvegia il diritto di voto. Il Paese scandinavo è la prima Nazione europea ad introdurre il suffragio universale.

12 MAGGIO 1957

Tragico epilogo alla Mille Miglia che si corre a Mantova. La Ferrari guidata da Alfonso de Portago esce di strada e piomba sul pubblico causando ben undici morti.



10 MAGGIO 1940

In Gran Bretagna il primo ministro Arthur Neville Chamberlain si dimette. Al suo posto Winston Churchill che guiderà la guerra degli inglesi contro l'aggressione nazista.



Winston Churchill

Maggio e le sue storie...

Quando i potenti litigano, ai poveri toccano i guai.

Fedro, "La vacca, la capretta, la pecora e il leone", dalle Favole



26 MAGGIO 1983

La Fiat presenta negli Stati Uniti, a Orlando in Florida, la Uno. L'utilitaria registrerà negli anni successivi un clamoroso successo di vendite.

7 MAGGIO 1945

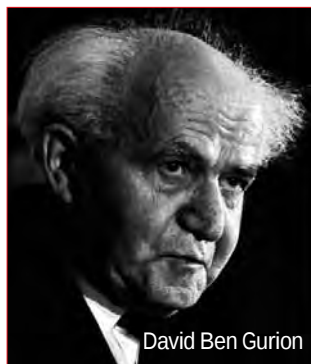
Reims, Francia: la Germania nazista firma la resa senza condizioni davanti al generale Eisenhower. Di fronte al maresciallo sovietico Zukov, il giorno seguente, verrà apposta la stessa firma. Il mondo tira un sospiro di sollievo, sta per concludersi una guerra che è costata milioni e milioni di morti.



Generale Eisenhower

14 MAGGIO 1948

David Ben Gurion proclama a Tel Aviv lo Stato indipendente di Israele.



David Ben Gurion

12-13 MAGGIO 1974

Il 59,3% degli italiani vota "No" al referendum per l'abolizione del divorzio.

9 MAGGIO 1994

Fatto storico per il Sudafrica: il primo presidente di colore dello stato africano è Nelson Mandela, l'uomo che aveva trascorso 26 anni in carcere per le sue idee contro l'apartheid.

Nelson Mandela



1 MAGGIO 1997

In Gran Bretagna i laburisti guidati da Tony Blair vincono le elezioni in modo schiacciante, ponendo così fine all'egemonia dei conservatori che durava da ben 18 anni.

1 MAGGIO 1994

Lutto nel mondo dei motori: il pilota brasiliano di Formula 1 Ayrton Senna in seguito ad un grave incidente muore durante il Gran Premio di Imola.



“Race for the Cure” maratona per le donne

Race for the Cure, evento simbolo della Susan G. Komen Italia, è una mini-maratona di raccolta fondi, della lunghezza di 5 km (con passeggiata di 2km) che si propone di esprimere solidarietà alle donne che si confrontano con il tumore del seno e di sensibilizzare l'opinione pubblica sull'importanza della prevenzione. È una manifestazione unica e aperta a tutti, che ha la capacità di coniugare al meglio sport, divertimento, emozioni ed impegno sociale. Quest'anno la Race a Roma si svolgerà il 16 maggio.

Caratteristica principale

dell'evento è la presenza delle “Donne in Rosa”, donne che hanno affrontato personalmente il tumore del seno e che, per dimostrare l'atteggiamento positivo con cui si confrontano con la malattia, scelgono di rendersi intenzionalmente visibili indossando una maglietta ed un cappellino rosa.

Negli Stati Uniti, dove è nata nel 1982 e dove si svolge in oltre cento città americane, la Race coinvolge ogni anno oltre un milione e mezzo di partecipanti e tanti personaggi pubblici, a partire dal Presidente degli Stati Uniti, starter d'ecce-

zione nella corsa di Washington.

La Race for the Cure è arrivata in Italia nel 2000, a Roma, nello splendido scenario del Circo Massimo, spostandosi poi successivamente alle Terme di Caracalla.

Visto il successo ottenuto nel corso degli anni, la Race ha varcato dal 2007 i confini della Capitale per raggiungere anche Bari e Bologna, per due suggestive edizioni locali.

Nel 2009 la Race for the Cure ha festeggiato la decima edizione di Roma, con una partecipazione di pubblico che ha superato le

43.000 persone, mentre a livello nazionale, con le edizioni di Bari e Bologna, l'ammontare complessivo dei partecipanti ha sfiorato quota 60.000.

Con i fondi raccolti attraverso la Race for the Cure, la Komen Italia, dal 2000 ad oggi ha raccolto e già distribuito oltre 1.200.000 euro per la realizzazione di progetti propri e di altre associazioni nella lotta ai tumori del seno. Tra questi, corsi di aggiornamento per operatori sanitari; programmi di educazione alla prevenzione per donne sane e studenti; servizi clinici per il recupero del benessere psicofisico delle donne operate ed acquisto di apparecchiature di diagnosi e cura delle neoplasie del seno. (Per informazioni: www.komen.it, www.racefortheCure.it). •

Pneumotorace spontaneo, al via una task force

Nel dicembre scorso è stata costituita, per iniziativa delle due maggiori società europee che operano nel campo della patologia respiratoria - la European Respiratory Society (ERS) e la European Society of Thoracic Surgeons (ESTS) - una forza operativa europea per la diagnosi ed il trattamento del pneumotorace spontaneo (ERS/ESTS joint task force on diagnosis and treatment of spontaneous pneumothorax). I due responsabili della task force sono Mark Krasnik, chirur-

go toracico danese, e Giuseppe Cardillo, chirurgo toracico dell'Azienda ospedaliera San Camillo Forlanini di Roma.

Il pneumotorace spontaneo è una patologia benigna che se non curata correttamente può risultare invalidante. Colpisce in prevalenza soggetti giovani, fra i 18 e i 25 anni, in genere alti e magri. L'incidenza è in progressivo aumento.

Si è passati da una incidenza di 7 casi su 100.000 abitanti/anno nei maschi nel periodo 1950-1975 ad un valore di 24 casi su 100.000

abitanti/anno nel periodo 1990-1995. È in rapporto con il fumo di sigarette. Una volta manifestatosi, il pneumotorace è spesso recidivante, per cui è necessario un trattamento corretto proprio al fine di prevenire le recidive.

Quali sono le funzioni di questa task force?

Tracciare le linee guida europee sia per una precisa diagnosi, qualche volta i sintomi caratteristici (dolore toracico e dispnea) possono essere sfumati, che per il suo trattamento, oggi giorno ese-

guito con tecniche miniinvasive (Videotoracosopia). Le linee guida, molto diffuse nei paesi del nord Europa, dovrebbero indirizzare tutti i medici al corretto trattamento della patologia. E' importante inoltre informare correttamente i giovani su come prevenire le recidive. Il problema del pneumotorace spontaneo è stato recepito anche dalla Società italiana di Chirurgia toracica (SICT).

“Ritengo sicuramente utile - ha dichiarato Giuseppe Cardillo con una punta di orgoglio per essere stato chiamato a dirigere questa task force - diffondere fra i medici il nostro impegno per una patologia che se non trattata correttamente può rivelarsi invalidante”. •

Libri ricevuti

di G. F. Barbalace

Racconti ed esperienze di un medico



I racconti che Domenico Corà ha raccolto in questo volume sono ripartiti in tre parti: racconti di guerra, esperienze di un medico e miscellanea. In essi si riscontra una grande varietà di argomenti sviluppati con equilibrato trattamento dei personaggi e delle situazioni.

La narrazione ha in tutte le storie il tratto comune di una descrizione chiara delle situazioni, un'ambientazione di sicuro effetto e il saper rendere con efficacia la commozione e i sentimenti provati dai personaggi. Inoltre la chiarezza dello stile e la scorrevolezza del linguaggio, che non è mai appesantito da un eccessivo uso della terminologia e delle argomentazioni di carattere sanitario, cattivo vezzo di molti medici scrittori, risulteranno gradite ad un vasto pubblico di lettori.

Domenico Corà

"Racconti ed esperienze di un medico"

Editrice Veneta, Vicenza - pp. 252, euro 9,00

La guerra addosso



Sparanise, un centro del casertano, trovandosi sulla strada della ritirata tedesca, ha pagato le conseguenze della guerra quando questa volgeva ormai alla fine. Il libro di Paolo Mesoletta raccoglie una lunga serie di testimonianze dirette, scritti originali, fotografie dei testimoni, dei luoghi e di documenti riguardanti i crudeli fatti avvenuti in quella cittadina. Nel volume sono ricordati i bombardamenti che gli angloamericani fecero sulla Linea Bar-

bara, che si estendeva da Mondragone al Garigliano, le rapresaglie dei tedeschi in fuga, l'istituzione dell'unico campo di concentramento in territorio meridionale, le angherie subite dai prigionieri, e l'eroico comportamento delle donne del posto, che si prodigarono in ogni modo per aiutare i reclusi, nonché i casi locali di resistenza ai tedeschi.

Paolo Mesoletta

"La guerra addosso"

Spring Edizioni, Caserta - pp. 236, euro 20,00

Ninna nanna anestesista

Dodici racconti tratti da fatti reali che Salvo Figura ha vissuto durante i trenta anni della sua attività di anestesista rianimatore. Le vicende sono narrate come realmente avvennero, anche se, per assecondare le esigenze narrative e mantenere il segreto professionale, i nomi dei personaggi e dei luoghi sono stati cambiati. Le uniche aggiunte alla realtà dei fatti sono dovute al senso di osservazione dell'autore e alle sue considerazioni sull'ambiente sanitario, sulla difficile professione dell'anestesista e sul rapporto con i pazienti ed i loro parenti. Nella trama delle storie accadute l'autore intesse un ordito ora fantasioso, ora ironico, a volte psicologico e non raramente soffuso di sfumature poetiche e oniriche che fanno di queste pagine sulla realtà sanitaria siciliana non solamente un'indagine critica, ma anche un momento di piacevole lettura.

Salvo Figura

"Ninna Nanna Anestesista"

Pubblicato in proprio - Via Castellini, 28 - 97100 Ragusa
(salfigura@yahoo.it)



I farmaci del cuore

Il prontuario preparato da Stefano Cagliano e Marco Bobbio, è stato pensato per tornare utile tanto allo studente quanto al medico internista e del pronto soccorso, ma lo sarà anche per il cardiologo in considerazione del fatto che, ormai, le sue competenze vengono sempre più spesso ristrette ad una delle numerose specializzazioni in cui si ripartisce la stessa cardiologia. Il manuale è infatti caratterizzato da una completa, chiara e sintetica esposizione della materia in ordine alfabetico e improntata ad un serio e aggiornato rigore scientifico. Esso contiene anche molte dettagliate schede dei farmaci con tutte le peculiarità di ogni singolo prodotto, le relative indicazioni e i dosaggi, le avvertenze particolari, le reazioni avverse e le controindicazioni, nonché una dettagliata bibliografia per facilitare gli eventuali approfondimenti.

S. Cagliano, M. Bobbio

"I farmaci del cuore"

Il Pensiero Scientifico Editore, Roma - pp. 282, euro 33,00





Come pellicani

Due donne irachene, una musulmana ed una cristiana, accomunate da un destino egualmente crudele e tragico, si incontrano casualmente. Si sentono vicine e aprono il loro cuore e il loro animo a reciproche confidenze. Da questo incontro Paolo Francesco Steri fa sviluppare fra le due donne un lungo dialogo, che in alcuni passi raggiunge livelli di lirica intensità, sulla tragedia della guerra in Iraq; sulla condizione delle donne islamiche e cristiane; sui rapporti tra le due religioni; sul catartico valore della sofferenza femminile; sull'amore salvifico di Maria, unica donna ricordata nel Corano col suo nome e con il titolo onorifico di Sayyda (Signora); sull'odio generato dalle Crociate, viste come un'invasione dei territori islamici e sul terrorismo islamico e americano. Tutti argomenti di grande attualità.

Paolo Francesco Steri
"Come pellicani"

SBC edizioni, Perugia-Ravenna - pp. 125, euro 12,00

Sanità e salute. Prospettive di cambiamento

Il libro, curato da Leonardo e Maria Vittoria Meraviglia, è articolato in otto capitoli che raccolgono venti testi monografici, dodici "foci", o punti di vista, e settanta tavole usate come rimandi, che contengono le immagini e i dati biografici riguardanti personaggi famosi, notizie delle loro invenzioni o scoperte più importanti e testi di dichiarazioni, giuramenti e convenzioni internazionali. Ne risulta tracciata una storia della medicina molto particolare, che studia l'evoluzione dei concetti di malattia e di salute e in che modo la sanità è stata concepita nelle varie epoche, dall'antichità fino al cosiddetto welfare state dei nostri giorni, con l'intento di liberare l'individuo dalla diffusa pandemia iatrogena e permettergli così di riaffermare consapevolmente le sue scelte in campo sanitario.

L. Meraviglia, M.V. Meraviglia
"Sanità e salute. Prospettive di cambiamento"

Editrice Montefeltro, Urbino - pp. 302, euro 38,00



PROROGA PREMIO LETTERARIO "IL MURO MAGICO"

La seconda edizione del Premio letterario dell'associazione "Il Muro Magico", di cui abbiamo dato annuncio sullo scorso numero a pagina 25, ha prorogato la scadenza della consegna degli elaborati al 30 maggio 2010.

Per maggiori informazioni: tel. 0583 952236, cell. 347 7120653, www.ilmuromagico.it, e-mail: ilmuromagico@libero.it

In breve

Iole Simeoni, Anna Maria De Santi

COMUNICAZIONE IN MEDICINA

Encomiabile il lavoro con cui le due autrici sottopongono ai colleghi le caratteristiche della troppo scarsa collaborazione tra sanitari. Con gli esempi presentati, esse mettono in luce i vari aspetti di questa problematica suggerendo come possa essere migliorata nel rispetto delle diverse professionalità.

SEEd srl, Torino - pp. 107, euro 15,00

Giovanni Fasani

GASPARE ASELLI (Cremona, 1580 - Milano, 1625)

Interessante contributo alla conoscenza di Gaspare Aselli, anatomista e chirurgo militare del XVII secolo. Egli fu lo scopritore dei vasi chiliferi, già genericamente noti, ma che egli definì "venae lacteae". Le scarse notizie della sua vita e della sua opera sono state riunite in questo volume con un lungo e accurato lavoro di ricerca.

Pubblicato in proprio

Tipografia SGS Stampa - Soresina (CR)

Gioconda Fappiano

PARLA CON PEDRO

Dodici racconti apparentemente scritti di getto con il piacere di descrivere gli aspetti più curiosi dei fatti umani. Di queste storie, che costituiscono l'opera prima della scrittrice, colpisce l'accelerato ritmo delle chiuse e il fatto che anche i primi anni della televisione e quelli delle strade piene di auto hanno ormai acquistato il sapore "temporis acti".

Spring Edizioni, Caserta - pp. 129, euro 14,00

Patrizia Valpiani

ASCOLTANDO COLTRANE

Un romanzo giallo molto singolare perché fin dagli inizi si conoscono i nomi delle vittime e degli autori dei delitti. La storia, ambientata nel mondo della droga, non manca però di tensione narrativa ed offre una efficace rappresentazione di come questa piaga si sia ormai introdotta tra la popolazione minando ogni ambiente sociale.

Neos Edizioni, Rivoli (TO) - pp. 95, euro 12,00

Alessandra Bassi

COME PIOMBO PESA IL CIELO

Il racconto dell'incidente automobilistico, in cui rimase coinvolta e nel quale perse il padre, una sorella ed una amica, diventa l'occasione per compiere un esercizio di meditazione sui valori fondamentali della vita. Una meditazione che si acuisce e si sublima nelle liriche contenute nella seconda parte del libro.

Spring Edizioni, Caserta - pp. 94, euro 12,00

Buona vita serendipitosa!

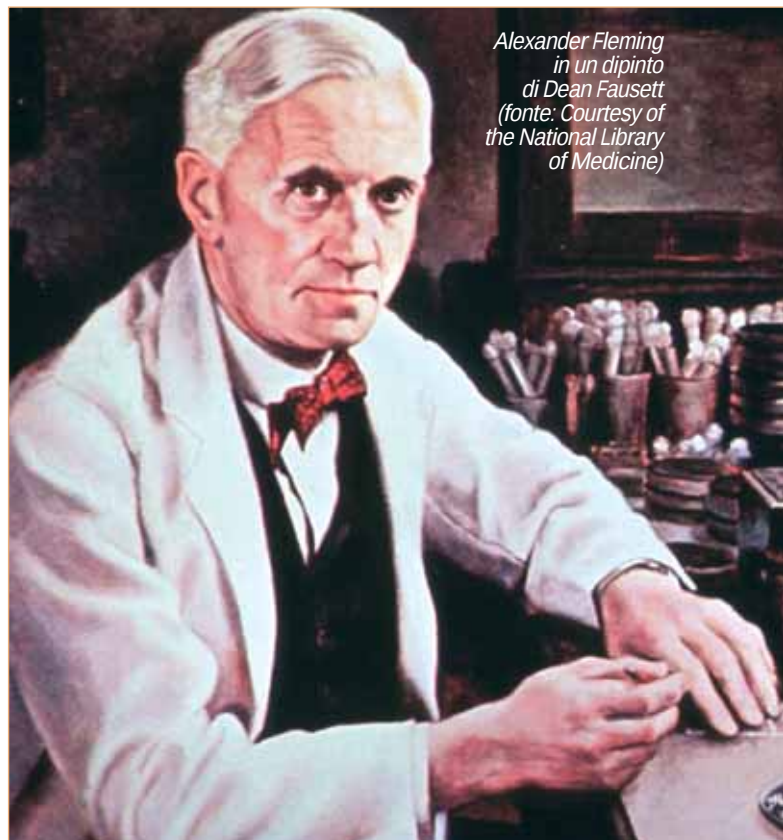
di Antonio Gulli

Con le parole bisogna stare attenti. Molto spesso sortiscono effetti indesiderati. Le parole sono il prodotto di un incontro tra reale e simbolico che va nella direzione della costruzione di un codice attraverso cui incontrarsi con l'altro. Ma

quando una parola non si presenta diffusa, il rischio di non comunicare ai nostri simili ciò che vogliamo dire o i nostri sentimenti è altissimo. E questo può essere il destino di termini anche estremamente positivi. Uno di questi è sicuramente il termine serendipity. Se assorbito dal linguaggio nella quotidianità può andare ad arricchire quei modi attraverso cui augurare la migliore fortuna alle persone a cui vogliamo bene: quella di ottenere qualcosa di più da ciò che si può aspettare. Quindi: buona vita serendipitosa ai nostri lettori! Buona vita serendipitosa a tutti! In special modo ai nostri medici a cui si ricorda – per citare solo alcuni casi – come sia la scoperta dei raggi X da parte di Wilhelm C. Röntgen che della penicillina da parte di Fleming siano l'esito di un fenomeno ben preciso che va proprio sotto il senso della nozione di serendipità. Ma qual è l'accezione di questa parola che sa di scioglilingua che sfiora il fantastico e che in prima battuta sembra impronunciabile? Banalmente possiamo tradurne il significato dicendo che è espressione di serendipità l'essere baciati dalla fortuna.

Più precisamente quale è il suo significato? Se si passano in esame i vari dizionari, con questo termine si fa riferimento, in maniera preponderante, ad una facoltà o per altri aspetti a un dono. Per il *Century Dictionary*, con il termine serendipity si intende: “La felice facoltà o fortuna di trovare per ‘sagacia accidentale’” (1909). Per un altro, “La facoltà di trovare cose preziose o interessanti per caso o dove uno meno se l'aspetta” (Universal Dictionary of the English Language, 1932). Anche: “La felice facoltà di trovare ciò che non si cercava” (Dictionary of Word Origins, 1945). Per arrivare fino ai nostri giorni dove nel *The American Heritage Dictionary of the English Language* vi si può leggere: “La facoltà di compiere fortunate scoperte per caso” (2000) o, come recita la “bibbia” del nostro italiano, “interpretare correttamente un fenomeno verificatosi in maniera del tutto casuale”.

Come si è potuto leggere tutte le specificazioni di significato della parola serendipity interpretano questo fenomeno come facoltà, capacità, dono, talento di realizzare delle fortunate scoperte per caso. Se ci fermassimo a queste sole caratteristiche di natura squisitamente individuali, probabilmente, faremmo torto ad un



*Alexander Fleming
in un dipinto
di Dean Fausett
(fonte: Courtesy of
the National Library
of Medicine)*

**Le cose cercate con accanimento
fino al patimento, più che avvicinarsi a noi
sembrano nascondersi**

altro aspetto egualmente importante: il contesto (Cfr., Merton, Barber, 1958). La fortuna ci può assistere a patto che noi siamo in grado di poterla afferrare, così come essa può sostenerci a patto che esistano le condizioni per essa di inverarsi. E se questo vale per la persona, così come scriveva Pasteur che “Il caso favorisce solo la mente preparata”, vale anche per la situazione all'interno della quale si opera. Si può affermare che la serendipity è l'arte di trarre un profitto imprevisto in circostanze ad essa favorevoli. Da qui il suggerimento

di creare quanto più possibile dei microambienti – ovunque ci troviamo – socio-cognitivi serendipitosi. All'interno della nostra famiglia, nei luoghi di lavoro, in compagnia dei nostri amici e anche quando facciamo una semplice passeggiata. In sostanza tale termine significa mandare in esilio dalla nostra mente quel beffardo genio maligno che ci impedisce di vedere la grandezza nelle piccole cose. Quindi, per un verso, significa costruirci delle situazioni esterne ricche, stimolanti, aper-



LA SERENDIPITY DI ALEXANDER FLEMING

“Se quel giorno fossi stato di cattivo umore, avrei buttato via quella coltura”. Alexander Fleming commentò con queste semplici parole, negli anni '60, la sua “inattesa” scoperta della penicillina, una delle più grandi della Medicina del XX secolo. Una trentina di anni prima, nel settembre 1928, mentre di ritorno dalle vacanze estive metteva un po' d'ordine nel suo laboratorio del St. Mary's Hospital di Londra, si era soffermato a guardare una piastra del Petri contenente colture di stafilococchi. A un certo punto esclamò (testuale): “That's funny!” - Che buffo! -. Stava guardando controllando una coltura che appariva inquinata da una muffa, come del resto accade comunemente in qualsiasi laboratorio. Ma quel che lo lasciò pensare fu non tanto l'inquinamento della coltura quanto il fatto che negli aloni chiari intorno alla muffa non si erano sviluppati batteri. D'improvviso gli balenò l'idea che quella muffa inquinante (risulterà poi essere il *Penicillium notatum*) producesse qualche acido che aveva ucciso gli stafilococchi intorno a sé ... (Sterpellone L. *Alexander Fleming: “That's funny!”*. Il Giornale della Previdenza dei Medici e degli Odontoiatri 2007; 1:44-5).

La serendipity è l'arte di trarre un profitto imprevisto in circostanze ad essa favorevoli

te all'accadimento; per altro, favorire quel giusto stato d'animo libero dalla paura e dall'insicurezza che il nuovo può comportare. L'antico proverbio recita che la fortuna premia i coraggiosi. Al coraggio si può aggiungere la riflessività e la capacità inquisitiva: quante persone, prima di Newton hanno visto cadere due corpi? Nella grande e mai completa enciclopedia della vita e della quotidianità che ogni giorno ognuno di noi contribuisce a scrivere, la fortuna o la sfortuna sembrano possedere una certa simmetria e una asimmetria. In ogni caso, en-

Il caso favorisce solo la mente preparata Louis Pasteur

trambi gli eventi, sollevano la questione della responsabilità. Ma mentre nel caso del male – dell'evento sfavorevole – si avverte una specie di bisogno di discolpa e forse di compensazione, nel caso della fortuna si avverte il bisogno di dimostrarsene degni. Cioè che non di “mera fortuna” si tratta, quanto, seppur in piccola parte, anche di merito. Se il grande Cristoforo Colombo non si fosse messo a navigare per arrivare alle Indie mai avrebbe scoperto l'America. La sua fortuna è stata quella di prendere – se si può dire – il mare “contromano”.

Se ci si inoltrasse sul terreno della sfida di offrire una strategia serendipitosa si potrebbe consigliare di essere nella vita, da un lato, sempre curiosi, dall'altro, non frettolosi. Un buon equilibrio tra questi due elementi dovrebbe comunque permettere di scoprire quella dote latente in ognuno di noi che è la sagacia. Ovvero quella condizione mentale che ci permette di approfittare del “buon fiuto”, cioè di quella prontezza perspicace in cui vengono ad illuminarsi congiuntamente intuito e ragione. Senza per questo scadere in quella forma di scaltrezza che è il ritenersi furbi che - a differenza - segnala solo ottusità e rozzezza mentale. Ma come ogni alchimia che prefigura la riuscita e il possibile successo, anche questa ha le sue specifiche controindicazioni. L'esperienza, in molti casi, sembra suggerire che la stragrande maggioranza delle cose desiderate le troviamo quando smettiamo di cercarle. In sostanza, dal semplice oggetto al grande amore, le cose cercate con accanimento fino al patimento, più che avvicinarsi a noi sembrano nascondersi. Poi, d'un tratto, ci appaiono. Ancora più rabbia proviamo quando scopriamo che l'oggetto di tante peregrinazioni si trovava lì a portata di mano, sotto i nostri occhi. Così nelle piccole, così nelle grandi imprese. Quindi il vero nemico del percorso serendipitoso è l'aspettativa. Ancora peggio se questa è accompagnata dall'ansia.

Nell'ambito della scienza le dimostrazioni delle scoperte fatte per caso sono di gran lunga maggiori rispetto a quelle frutto di una programmazione rigida. Ma la possibilità di scoprire è data solo se esiste la domanda; a patto che – come si suol dire per altri versi – si sia “comprato il biglietto”. Giocando senza nessuna pretesa di vittoria, ma senza scordare però, di verificare il probabile successo. Solo a questa condizione si può ritenere di essere uno dei tre figli del re Serendippo che dall'antica Persia poterono conquistare il resto del mondo. •

De Chirico e Hopper, la metafisica del silenzio

A Roma le mostre dedicate ai due grandi pittori che, nonostante le differenze culturali, formative e caratteriali, hanno in comune la capacità di far emergere il mistero che si cela dietro la tranquilla banalità della vita quotidiana

di Riccardo Cenci

C'è qualcosa che accomuna le allucinate geometrie immaginate da De Chirico all'essenzialità delle scene urbane dipinte da Hopper, una staticità che paralizza lo sguardo e sospende il naturale scorrere del tempo, immergendo la scena in un impenetrabile silenzio, veicolando in chi guarda un misterioso senso dell'attesa. Quando l'artista italiano giunge per la prima volta a New York, nel 1936, coglie immediatamente il gusto metafisico che si sprigiona dalle sue architetture, quello che egli stesso definisce "il dramma di tutte le costruzioni a traverso gli anni", cioè la particolare alchimia generata dall'accostamento fra elementi eterogenei e apparentemente inconciliabili. Nell'esplosione dei suoi grattacieli la città diviene una "foresta di vetro, di acciaio e di cemento", uno scenario mitico dove ritrovare "l'immensa solitudine del Partenone nelle notti d'estate". Anche per Hopper New York rappresenta una inesauribile fonte di ispirazione, particolarmente accattivante nei suoi aspetti urba-



ni più anonimi ed apparentemente meno significativi, pregni di un senso di incolmabile distanza. Non è un caso che la capitale ospiti quasi contemporaneamente due mostre a loro dedicate, quella su Edward Hopper, presso la Fondazione Roma Museo in via del Corso, dal 16 febbraio al 13 giugno, e quella a cura di Achille Bo-

nito Oliva dal titolo "La Natura secondo De Chirico", ospitata presso il Palazzo delle Esposizioni dal 9 aprile al 11 luglio. Al di là dei diversi percorsi culturali e formativi, al di là delle enormi differenze caratteriali, secondo le quali tanto De Chirico era egocentrico e narcisista, quanto Hopper era riservato e silenzioso, ciò che

avvicina i due artisti è la capacità di trascendere la rappresentazione sensibile del dipinto, ricercando il mistero che si cela dietro l'apparente banalità del quotidiano. È necessario "penetrare l'enigma delle cose considerate generalmente insignificanti", afferma ancora De Chirico, esprimendo un concetto che si potrebbe ugualmente attribuire ad Hopper, pur senza le implicazioni filosofiche che contraddistinguono il pensiero dell'artista italiano. La loro impermeabilità alle poetiche delle avanguardie diviene un tratto distintivo, una maniera per preservare la propria integrità: l'iconografia figurativa in De Chirico è costantemente percorsa da vibrazioni concettuali e fremiti surreali, così come l'apparente realismo di Hopper nasconde un forte senso dell'immaginazione. Nella celebre serie delle *Piazze d'Italia*, ispirata dai soggiorni torinesi, De Chirico mette in scena la tematica della solitudine con un gusto del tutto peculiare per le atmosfere oniriche ed inquietanti. La città immaginata si rivela come un luogo assolutamente desolato e inospitale, nel quale il razionalismo delle architetture sottolinea la totale estraneità dell'uomo all'ambiente. Nella *Piazza d'Italia con torre rossa di Rovereto* (1934), ennesima variazione su un tema già trattato in precedenza, la statua equestre visibile a metà dietro un edificio (un'apparizione degna del mozartiano *Don Giovanni*), e la torre misteriosa che campeggia

al centro della tela, creano lo spazio scenico di una rappresentazione teatrale. La particolare visione estetica porta De Chirico a scarnificare le immagini riducendo al minimo i dettagli, popolandolo la realtà di elementi muti e disturbanti. Anche in Hopper tutto è ridotto all'essenzialità, gli interni sono solitamente spogli, a volte caratterizzati da pochi oggetti i quali assumono comunque un sapore impersonale. Nel celebre quadro *A woman in the sun*, l'artista americano ci mostra una donna che si è appena alzata dal letto, la quale fuma completamente nuda in una stanza, accanto alla finestra aperta dalla quale si mostra un anonimo paesaggio. Il soggetto è banale ed enigmatico al tempo stesso, evocativo di un qualcosa che sempre ci sfugge. Siamo nel mezzo di un racconto interrotto, in un minimalismo figurativo che richiama la narrativa di Raymond Carver e John Cheever; l'artista ci introduce per un istante nella vita di un personaggio, mo-



strandoci un unico fotogramma nell'ambito di una pellicola che sembra essersi spezzata. In *Pennsylvania coal town* vediamo un uomo, il quale sta tranquillamente curando il prato della propria abitazione, alzare lo sguardo verso un qualcosa che non vedremo mai; raramente una rappresentazione realistica ha raggiunto un tale senso dell'ignoto. In questi momenti epifanici si cela il valore della sua pittura, quasi che in essi fosse racchiuso il senso ultimo dell'esistenza umana. In De Chirico non troviamo questo intento narrativo; tutto è preda di un'aura straniante e indefinita. Nella serie dei *Bagni misteriosi*, egli raggiunge l'apice del proprio mondo immaginario mediante un'iconografia volutamente ermetica, eppure basata su elementi del tutto riconoscibili. La comparsa del manichino senza volto (ad esempio nella celebre tela *Le muse inquietanti*, oppure nel *Veggente*), diviene metafora di una vocazione, simbolo di un intento visio-

nario che esclude la presenza umana. In un universo senza punti di riferimento, l'artista è il solo che ha la capacità di cogliere il senso delle cose invisibili. Per quanto statico ed impenetrabile, l'uomo di Hopper resta sempre e comunque un uomo, il quale cerca di sopravvivere alla banalità ed al tormento dell'infinita ripetizione del quotidiano. Recentemente il filosofo Ubaldo Nicola e lo psichiatra Klaus Podoll, nell'ambito delle loro ricerche nel campo della neurologia dell'estetica, hanno ipotizzato una connessione fra la patologia emicranica della quale soffriva De Chirico e la sua produzione pittorica e letteraria. In particolare i disturbi dai quali era affetto e la morbosa sensibilità della quale soffriva, avrebbero condizionato in maniera decisiva la sua particolare visione creativa. Da qui deriverebbero i volti con gli occhiali scuri, certamente simboli della cecità del creatore-veggente, ma forse anche immagini espli-

cite del paziente fotofobico, da qui scaturirebbe l'errata percezione dello scorrere del tempo, responsabile di tante immagini così distanti ed irreali, ancora da qui potrebbe derivare l'autoscopia, ovvero la visione allucinatoria di un proprio doppio. Anche se pensiamo che nessuno abbia condotto un analogo studio riguardo ad Hopper, non possiamo esimerci dall'immaginare che egli, tanto parco nella gestualità quanto nell'espressione, sovente soggetto a crisi di paralizzante depressione, abbia trasferito inconsciamente nel proprio universo figurativo le paure che lo assillavano. L'immagine dell'artista solitario e imperscrutabile, chiuso nell'immobilità del proprio appartamento, apparentemente impassibile nei confronti della realtà circostante, diviene la metafora più efficace dell'uomo moderno, estraneo al mondo e persino a sé stesso, imprigionato in una dimensione spaziale congelata, di metafisica freddezza. •



Giorgio De Chirico, "Il veggente", olio su tela, 1915

Il coraggio di essere “padri”

di Maricla Tagliaferri

Gabriele Salvatores non ha paura delle parole. Non le temeva quando faceva l'elogio della fuga, nei suoi primi film, né in quel “Mediterraneo” che nel '92 gli portò l'Oscar, né nell'immaginifico “Nirvana”, in cui dichiarava nettamente “non

gioco il vostro gioco”. Per anni il regista ha guardato sorridendo quelli che fraintendevano il senso del suo “fuggire”, che non significava abbandonare la realtà, ma piuttosto cercare di costruirne una alternativa. E infatti, sorridendo come lui solo sa fare, ha continuato ad indagare le magagne della nostra società. Ancora meno le teme oggi, che rivendica il “diritto alla felicità”, col suo ultimo riuscitissimo film, “Happy Family”, in cui riunisce gran parte della sua personale “family”, da Fabrizio Bentivoglio a Diego Abatantuono davanti alla macchina da presa, dal direttore della fotografia Italo Petriccione al montatore Massimo Fiocchi.

Felicità è un parolone che fa tremare i polsi.

Ma il diritto ad essere felici è riconosciuto dalla Costituzione americana, non mi pare così astratto. A volte ce la negano, ma più spesso ce la neghiamo da soli. Con questo film cerco di suscitare una tenerezza verso la vita, verso gli altri. Voglio dire: diamo una possibilità ai nostri simili, diciamogli “buongiorno”, come faceva Totò il Buono in “Miracolo a Milano”. Mi pare importante dirlo qui e oggi, che siamo circondati di gente che litiga, si arrabbia, si grida contro. Gandhi diceva che si urla quando i cuori sono distanti.

Si può uccidere anche sibilando, guardi i serpenti.

È vero, i predatori sono dovunque e bisogna tenere gli occhi ben aperti. Ma cerchiamo di vedere anche il buono delle cose. Smettiamo di aver paura di tutto, smettiamo di dar retta a chi ci mette in testa la paura verso il diverso, verso tutto quel che non conosciamo. Non stiamo



al gioco dei poteri forti, che usano la paura per impedire alle persone di vivere serenamente.

Eppure è da molto che lei gira intorno al tema della famiglia comunemente intesa, specie al rapporto fra padri e figli, da “Amnèsia” a “Io non ho paura” a “Come Dio comanda”.

È perché credo che abbiamo bisogno di qualcuno che si prenda la responsabilità di insegnare, trasmettere valori, di essere “padri”, anche se non strettamente biologici. Ora, se l'80 per cento dei delitti avviene fra le mura domestiche, vuol dire che qualcosa non funziona, che si esercita più il potere, che non la responsabilità o l'amore. Bisogna continuare il percorso cominciato negli anni '70 e reinventare i nuclei affettivi, anche fuori dai legami di sangue.

In “Happy family”, per la prima volta, ci sono un sacco di donne. Ha fatto pace col genere femminile?

Non c'è mai stata guerra. Semmai un estremo pudore ad affrontare il “femminile”, perché troppo spesso è trattato in modo banale o strumentale. Sono ancora le donne, le sole a saper cogliere aspetti che a noi uomini sfuggono. Loro stesse sono un mistero per noi.

Cos'hanno mai di tanto misterioso le donne?

La creazione. Non solo nel senso del poter fare bambini, un potere che nei secoli abbiamo tentato di negare, svilire, opprimere, proprio perché incapaci di eguagliarlo. Penso alla creazione come creatività. In occidente l'artista ha sempre avuto bisogno di una Musa, in India nessun dio può essere divinità senza la sua Shakti, la forza vitale, l'energia creativa. Ecco: mi spaventa non saper rappresentare tutto questo. Ma non è un atteggiamento sano.

Cioè?

Avallando l'alone di mistero si rischia di mettere le donne su un piedistallo e dai piedistalli si cade, oppure diventano una prigioniera, che allontana sempre più la possibilità di capirsi. •

Abbiamo bisogno di qualcuno che si prenda la responsabilità di insegnare, di trasmettere valori

Nicola Arigliano, swing italiano

di Piero Bottali

Era un settembre di qualche anno fa all'isola di Ventotene, dove si svolgeva un piccolo ma eccellente festival di jazz, e c'era anche lui, Nicola Arigliano. Modesto e schivo come al solito, ironico nel parlare e ben compreso della sua musica, sale sul pal-

co in piazza e parte: *"I sing ammorue, do you capirru op-pure no?"* ma i ragazzini ruzzano e schiamazzano disturbando il concerto. Arigliano si interrompe: *"Regazzi, ho capito che siete il nostro domani, ma oggi non rompete le scatole"*. Ecco, noi Nicola Arigliano ce lo ricordiamo così, una persona vera, schietta, senza quell'ipocrita buonismo che oggi va tanto di moda. È incredibile la varietà di cose che sono state dette su di lui per la sua recente scomparsa, a 87 anni. Un giornale del Sud ha scritto che "a suo modo era un vendoliano", un quotidiano del Nord ha posto l'accento sulla sua coppola nera e la dieta mediterranea a base di aglio, cipolla, peperoncino, pomodoro e spaghetti freddi, proprio da "terùn de l'ostrega"; ma molti si sono soffermati sulla sua matrice musicale. Nato a Squinzano, Lecce, il 6 dicembre 1923 e morto a Calimera, Lecce, il 31 marzo 2010, la vita di provincia e il lavoro nell'azienda paterna di vini tipici probabilmente gli stavano stretti, e se si aggiunge il fatale innamoramento per la musica americana - leggi swing e jazz - si può ben capire perché Nicola, a 16 anni, se ne andò alla ventura a cercare la sua strada per far avverare i suoi sogni. Il vagabondaggio (chissà perché ci ricorda tanto quello dei bluesmen d'oltreoceano) e i vari lavori svolti qua e là riempirono la sua vita quando, verso la fine degli Anni '50, fu la rivelazione del Festival internazionale di jazz di Sanremo con *Un giorno ti dirò* e *I sing ammore*; poi recitò una parte nel film di Mario Monicelli *La grande guerra* e arrivarono le trasmissioni televisive *Canzonissima* e *Sentimentale* con Lelio Luttazzi, anche lui un "malato" di jazz, e Mina. Il gran successo, e i quattrini, gli piovvero comunque nel 1964 con il Festival di Sanremo dove vinse con *Venti chilometri al giorno*, che rimarrà per sempre la sua canzone favorita, e l'ingaggio pubblicitario per il notissimo Digestivo Antonetto. Fu grazie a questa entrata che Nicola Arigliano per tutta la sua vita, parca ma sostanzialmente bella, si poté permettere l'extralusso di cantare quello che gli pareva con chi gli pa-

reva e quando gli pareva. Probabilmente se ne infischia della sua spettacolare "bruttezza", peraltro compensata dalla simpatia che suscitava e dall'urbanità nei modi. Attorno agli anni '70 il successo si affievolisce e Arigliano si ritira in campagna, nella Sabina collinosa, da solo. Ma ne approfitta per dedicarsi interamente alla sua passione, lo swinging jazz. E sviluppa e allarga quel suo italiese, quella lingua esistente ma non codificata che parlano gli italo-americani, non per imitazione o piaggeria esterofila bensì per 'calarsi' meglio in quel mondo necessariamente anglofono che è il jazz. E il jazz lo scopre, lo chiama, lo lusinga, lo invita e Arigliano, coi suoi vecchi, fedeli amici musicisti, forse i maggiori jazzisti italiani - il trombettista Enrico Rava, il chitarrista Franco Cerri, il sassofonista Gianni Basso, il pianista Enrico Sellani, il batterista Giampiero Ascolese - suona dove gli piace, come preferisce, nei club dall'atmosfera discreta, con un pubblico fatto per lui, che ama la sua voce calda, e le sue canzoni. Ecco *My wonderful bambina*, *I love you forestiera*, *Permettete signorina*. Non è tutto: per dimostrare che alla musica non si comanda, nel 2005, a 82 anni va al Festival di Sanremo e canta l'ironica *Colpevole*. Per non smettere di giocare, fino all'ultimo swing. •

Nicola Arigliano



Verso la fine degli anni '50 fu la rivelazione del Festival internazionale di jazz di Sanremo con *Un giorno ti dirò* e *I sing ammore*



NON HO RISCATTATO LAUREA E "LEVA"

Caro Presidente,
mi sono laureato nel 1980 e non ho riscattato né gli anni di Università né il servizio di leva. Fino

al 1987 ho svolto servizio di Guardia medica e dal 1982 al 1998 quello di medico di base. Dalla cessazione di tale attività esercito a tempo pieno la libera professione di medico odontoiatra (ho doppia iscrizione).

Desidererei sapere a quanto ammonterà, effettuando il ricongiungimento (non ancora eseguito) la mia pensione al compimento del 65° anno di età. In attesa di un cortese riscontro porgo cordiali saluti.

(lettera firmata)

Caro Collega,
ti preciso, in via preliminare, che al compimento del 65° anno di età percepirai sia la rendita pensionistica erogata a carico del Fondo medici di medicina generale, che quella relativa ai contributi accreditati presso il Fondo di previdenza generale, anche senza dover effettuare, ai sensi della legge n. 45/1990, l'operazione di ricongiunzione.

Ciò premesso, ti informo che per quanto riguarda i contributi riferiti all'esercizio in convenzione della medicina generale, la pensione mensile che percepirai al compimento del 65° anno di età è quantificabile in circa euro 600,00, al lordo delle ritenute.

Per quanto attiene, invece, al trattamento pensionistico a carico della "Quota B" del Fondo di previ-

denza generale, dove vengono accreditati i contributi relativi all'esercizio della libera professione, ti informo che proiettando il contributo riferito al reddito prodotto nell'anno 2008 fino al raggiungimento del suddetto requisito anagrafico, l'ammontare del trattamento di quiescenza è quantificabile in circa euro 700,00 lordi mensili.

Al compimento del 65° anno di età, inoltre, ti verrà riconosciuta la prestazione pensionistica derivante dalla corresponsione della contribuzione minima versata alla gestione di "Quota A" del citato Fondo, per un importo quantificabile in circa euro 300,00 lordi mensili.

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 del collocamento a riposo, ad una ulteriore verifica presso il Servizio competente alla erogazione della pensione. Pertanto, la presente informativa non deve ritenersi comunque impegnativa per la Fondazione.

Colgo l'occasione per salutarti cordialmente.

Eolo Parodi



QUANDO ANDRÒ IN PENSIONE?

Caro collega presidente,
sono laureato dal '78, sono convenzionato per la medicina generale dallo stesso anno, risultano versamenti

dal 1980 al Fondo speciale. Nel 2015 avrò 35 anni contributivi e 62 anni di età. Potrò per quella data andare in pensione? E con quale retribuzione? Date le attuali condizioni di svilimento dell'attività professionale sempre meno clinica e sempre più burocratica, volendo anticipare la pensione ritieni sia utile riscattare due anni, così da avere 35 anni di contributi a 60 anni? Ringraziandoti per l'accoglienza ti saluto cordialmente.

(lettera firmata)

Caro Collega, preliminarmente, ti confermo che nel secondo trimestre dell'anno 2015 avrai maturato l'anzianità contributiva prescritta per il collocamento a riposo. Tuttavia, in applicazione della legge n. 449/97, la rendita pensionistica anticipata decorrerebbe dal 1° gennaio 2016, prima finestra utile di uscita. Supponendo la cessazione dell'attività professionale svolta in convenzione con gli Istituti del Ssn alla suddetta data, l'ammontare della rendita pensionistica che percepiresti è quantificabile in circa euro 2.600,00 lordi mensili. Qualora decidessi di convertire in capitale il 15% della pensione maturata, come consentito dalle vigenti norme regolamentari, ti verrebbe erogata una indennità pari a circa euro

62.000,00 al lordo delle ritenute fiscali e un trattamento pensionistico quantificabile in circa euro 2.200,00 lordi mensili. Nel caso decidessi di riscattare due anni del corso di laurea in medicina e chirurgia, raggiungeresti l'anzianità contributiva necessaria al conseguimento del trattamento di quiescenza nel secondo trimestre dell'anno 2013. Anche in tal caso, in applicazione della citata legge, la pensione anticipata decorrerebbe dal 1° gennaio 2014, prima finestra utile di uscita.

A tale data, supponendo la totale estinzione dell'onere relativo al riscatto di due anni del corso di studi universitari, l'ammontare del trattamento pensionistico è quantificabile in circa euro 2.400,00 lordi mensili. In caso di trattamento misto, l'indennità in capitale ammonterebbe a circa euro 60.000,00 al lordo delle ritenute e la pensione mensile sarebbe pari a circa euro 2.000,00 lordi.

Per quanto riguarda la convenienza tra l'una o l'altra soluzione non posso che rimettere il giudizio alle tue valutazioni, sulla base di quanto esposto nella presente. Ti faccio presente che, supponendo l'avvenuta presentazione della domanda, il riscatto di due anni del corso di laurea determinerebbe un onere a tuo carico quantificabile in circa euro 17.000,00,

pagabili in un massimo di 6 rate semestrali e interamente deducibili dal reddito imponibile.

Devo precisarti, infine, che a fronte di eventuali modifiche della normativa previdenziale di riferimento le ipotesi sopra rappresentate potrebbero subire variazioni. Colgo l'occasione per salutarti cordialmente.

E. P.



I REQUISITI PER LA PENSIONE

Egregio Presidente, laureato nel 1976 sono iscritto all'Ordine dal 1977. Ho lavorato come assistente presso una casa di cura per 18 mesi che ritengo non posso ricongiungere dal punto di vista pensionistico. Dal 1979 ininterrottamente ad oggi svolgo attività come medico di medicina generale convenzionato Ssn. Ho chiesto il riscatto di 6 anni di laurea nel 2006, nonostante la cifra elevata, e ho versato le prime rate.

Chiedo di conoscere quando raggiungerò i requisiti per la pensione e a quanto ammonterà l'importo annuo in base ai contributi versati.

Ringraziandoti rimango in attesa di una risposta.

(lettera firmata)

Caro Collega, preliminarmente ti comunico che considerando gli anni degli studi universitari oggetto di riscatto, la cui estinzione avverrà il 31/12/2014 secondo il piano di ammortamento da te concordato con gli Uffici dell'Ente, avresti maturato l'anzianità contributiva necessaria per il collocamento a riposo dal compimento del 58° anno di età.

Si è, pertanto, supposta la cessazione dell'attività professionale svolta in convenzione con gli Istituti del Ssn sia alla data del 31/12/2014 che alla data del 31/3/2010, ove intendessi definire entro tale termine, in soluzione unica, l'onere residuo da riscatto, pari ad oltre euro 60.500,00.

Supponendo, quindi, la cessazione dell'attività professionale al 31/12/2014, l'ammontare della rendita pensionistica che percepiresti è quantificabile in circa euro 4.450,00 lordi mensili. Nel caso decidessi di convertire in capitale il 15% della pensione maturata, come consentito dalle vigenti norme regolamentari, ti verrebbe erogata una indennità pari a circa euro 100.000,00 al lordo delle ritenute fiscali ed una pensione, lorda mensile, di circa euro 3.800,00.

Di converso, in caso di cessazione al 31/03/2010, previa la totale estinzione del riscatto degli anni del corso di laurea, la pensione mensile lorda ammon-

terebbe a circa euro 3.400,00; in caso di adesione al trattamento misto, la pensione lorda mensile sarebbe pari a circa euro 2.900,00, mentre la connessa indennità in capitale è quantificabile in circa euro 90.000,00.

Ti preciso che i suddetti importi sono stati determinati sulla base della media contributiva riferita agli ultimi 5 anni di attività professionale ed ipotizzando una contribuzione costante sino alle date di uscita. Per quanto riguarda il periodo di servizio svolto presso una casa di cura, ti consiglio di richiedere un estratto conto all'Inps, dove sono stati presumibilmente accreditati i relativi contributi previdenziali, che potrebbero costituire oggetto di ricongiunzione ai sensi della legge n. 45/1990.

Devo precisarti, infine, che a fronte di eventuali modifiche della normativa previdenziale di riferimento la presente informativa non deve ritenersi impegnativa per la Fondazione.

Colgo l'occasione per salutarti cordialmente.

E. P



CONTRIBUZIONI RICONGIUNGIBILI?

Illustre Presidente,
approfitto della tua cortesia e chiarezza per porre anch'io delle domande. So-

no nato nel '58, laureato nel '90 abilitato ed iscritto all'Ordine nello stesso anno, medico convenzionato di medicina generale dal '98 – posizione contributiva Fondo generale, Fondo medicina generale. I quesiti che pongo sono:

1) ho versato a partire dal '79 per 17 anni (consecutivi) contributi Inpdap fino al '97. Per un periodo che va dal '90 al '97 ho versato contributi al Fondo generale per medici (quindi per un periodo le due contribuzioni si sono sovrapposte). Le due contribuzioni sono ricongiungibili? Quando farlo? Come farlo? Titolo oneroso?
2) A che età dovrei andare in pensione (con e senza ricongiunzione)? La mia pensione avrebbe una valenza economica maggiore con il ricongiungimento?

Ringraziandoti anticipatamente per i chiarimenti che vorrai darmi ti saluto cordialmente.

(lettera firmata)

Caro Collega,
ti informo preliminarmente, che la normativa in vigore consente il riconoscimento della prestazione in pensione all'iscritto che termini l'attività convenzionata dopo il compimento del 65° anno di età. La rendita pensionistica è erogata, altresì, al Sanitario che cessi dal rapporto con gli istituti del Ssn al raggiungimento del 58° anno di età, sempre che egli abbia conseguito

presso il Fondo una anzianità contributiva effettiva o riscattata, ovvero ricongiunta a norma della Legge n. 45/1990, non inferiore a 35 anni e sia in possesso da almeno 30 anni del diploma di laurea in medicina e chirurgia. Il trattamento previdenziale di anzianità può essere riconosciuto anche al raggiungimento dei 40 anni di contribuzione effettiva, riscattata e/o ricongiunta; in tal caso si prescinde dal requisito anagrafico.

Ciò premesso, ti preciso che nel tuo caso, l'anzianità contributiva maturata presso il Fondo dei Medici di Medicina Generale non ti consentirà di anticipare il collocamento a riposo rispetto al compimento del 65° anno di età. Proiettando a quella data la media contributiva riferita all'ultimo quinquennio memorizzato, la rendita pensionistica che percepirai a carico del citato Fondo è quantificabile in circa euro 3.000,00 lordi mensili. Nel caso decidessi di convertire in capitale il 15% della pensione maturata, come consentito dalle vigenti norme regolamentari, ti verrebbe erogata una indennità pari a circa euro 66.000,00 al lordo delle ritenute fiscali e un trattamento pensionistico, lordo mensile, di circa euro 2.600,00.

Per quanto riguarda la possibilità di ricongiungere al Fondo dei Medici di Medicina Generale i contributi giacenti presso l'Inpdap, ti preciso che in assenza dei

necessari dati contabili gli Uffici non sono in grado di quantificare l'eventuale onere occorrente per la definizione della procedura. Ti consiglio, tuttavia, di presentare la relativa istanza presso i Fondi Speciali dell'Enpam, a seguito della quale si provvederà a richiedere al suddetto Ente pubblico i tabulati contenenti le notizie necessarie alla effettuazione dei conteggi. Successivamente, riceverai una lettera di proposta in cui oltre all'eventuale onere da porre a tuo carico, ti verranno dettagliatamente illustrati i benefici pensionistici connessi all'operazione di ricongiunzione. A decorrere dalla data di ricevimento della suddetta nota, avrai 60 giorni di tempo per far pervenire la tua adesione, consentendo a questa Fondazione di richiedere alla gestione previdenziale interessata il trasferimento dei contributi, maggiorati degli interessi annui composti al tasso del 4,50%. Di converso, qualora giudicassi non convenienti le condizioni rappresentate, hai facoltà di non dare alcun seguito alla procedura.

Ti informo che il trasferimento presso il Fondo Medici di Medicina Generale di ulteriori contributi, non coincidenti con quelli già accreditati, oltre ad incrementare la misura del trattamento pensionistico, determinerebbe un aumento dell'anzianità contributiva utile al conseguimento dello stesso. Ti in-

formo, inoltre, che l'onere della ricongiunzione può essere corrisposto in un'unica soluzione o ratealmente; in caso di pensionamento, il debito residuo può essere recuperato ratealmente dal trattamento di quiescenza.

Devo precisarti, infine, che è opportuno che tu proceda, prima della cessazione del rapporto in convenzione, ad una ulteriore verifica presso il Servizio competente alla erogazione della pensione. Colgo l'occasione per salutarti cordialmente.

E. P



HO ANCHE VERSATO LA QUOTA A

Illustre Presidente, sono laureato dal '71 ed iscritto all'Albo dal '72. Ho sempre versato la Quota A e discontinuamente negli anni vari altri contributi (generica, specialistica convenzionata ed ambulatoriale e recentemente la Quota B). Siccome l'anno venturo compio 65 anni gradirei sapere a quanto ammonterà il trattamento pensionistico e cosa devo fare per attivarlo. Grato per l'ospitalità ti porgo distinti saluti.

(lettera firmata)

Caro Collega, ti preciso, in via preliminare, che i contributi riferiti

all'esercizio in convenzione della medicina generale e della specialistica convenzionata sono stati oggetto di restituzione.

Hai richiesto, altresì, la liquidazione dei contributi riferiti all'esercizio della specialistica ambulatoriale, che ti sono stati restituiti nel giugno 1993. Ti preciso che presso il predetto Fondo, a seguito della ripresa dell'attività professionale, risulta attiva la posizione previdenziale riferita all'attività svolta a decorrere dal mese di febbraio 2007.

Nel merito, ti informo che supponendo tale contribuzione costante fino al compimento del 65° anno di età, il connesso trattamento pensionistico è quantificabile in circa euro 250,00 lordi annui.

Per quanto riguarda, invece, il trattamento di quiescenza che percepirai, al raggiungimento del suddetto requisito anagrafico, a carico delle due Quote del Fondo di Previdenza Generale (Quota A e Quota B), ti informo che la rendita è quantificabile in circa euro 3.000,00 lordi annui.

Relativamente alle modalità di presentazione delle domande di pensione, ti rappresento che le stesse, reperibili presso l'Ordine dei Medici della tua provincia o tramite il sito internet della Fondazione, dovranno essere inviate, a mezzo raccomandata a.r., dopo il compimento del 65° anno di età o comunque successivamente

alla cessazione dell'attività convenzionata, complete di tutta la documentazione indicata sui moduli. Devo precisarti, infine, che a fronte di eventuali modifiche della normativa previdenziale di riferimento le ipotesi sopra rappresentate potrebbero subire variazioni. Nel rimanere a disposizione per ogni ulteriore chiarimento, colgo l'occasione per salutarti cordialmente.

E. P.



I PENSIONATI VANNO TUTELATI

Chiarissimo Presidente, sono titolare di una pensione Enpam (42 anni di versamenti) ed Inpdap (27 anni di contributi). Nel corso di questi anni ho versato fior di quattrini con il conforto di una pensione adeguata alle fatiche professionali che l'hanno predisposta per i tempi a venire. Oggi, però, con il dimezzato potere di acquisto dovuto alla valutazione dell'Euro, nonché per le trattenute per tasse che, causa l'accorpamento dei due vitalizi, ammontano a quasi il 50 per cento, in contrasto con le premesse e le attese, dopo i quattrini versati, la delusione ed il disagio sono cocenti. Non potendosi, credo, aumentare l'entità mensile delle rimesse, è necessaria la riduzione di trattenute così esorbitanti.

I pensionati vanno tutelati maggiormente, hanno lavorato tutta una vita.

(lettera firmata)

Caro Collega, riguardo ai criteri di tassazione applicati alle rendite pensionistiche che determinano l'importo netto della prestazione, ti preciso che per i sanitari che risultano, come nel tuo caso, titolari di più pensioni erogate da Enti previdenziali diversi, il prelievo fiscale cui assoggettare tali rendite viene stabilito dal Casellario dei trattamenti pensionistici gestito dall'Inps.

Presso tale Istituto, infatti, vengono cumulati tutti i redditi da pensione percepiti dall'iscritto al netto degli eventuali oneri deducibili, determinando l'aliquota da applicare in base allo scaglione corrispondente. L'imposta complessivamente dovuta viene ripartita in proporzione all'ammontare di ciascuna pensione e comunicata annualmente agli istituti previdenziali erogatori, per le trattenute di competenza. Pertanto, una riduzione delle ritenute fiscali applicate ai redditi da pensione, come da te auspicato, potrebbe avvenire solo attraverso un intervento del legislatore teso a modificare la relativa normativa. Nel rimanere a disposizione per ogni ulteriore chiarimento, colgo l'occasione per salutarti cordialmente.

E. P.

Piccoli Stati grandi francobolli

Le emissioni preunitarie riguardano francobolli molto ricercati dai collezionisti. Il primo francobollo emesso su territorio italiano è stato quello del Regno Lombardo Veneto nel 1850.

All'inizio i soggetti più riprodotti erano proprio le immagini dei regnanti o il simbolo dello Stato

di Gian Piero Ventura (*)

Ringraziando sempre per le lettere che giungono in redazione, in questo numero rispondiamo alla cortese richiesta di Gioacchino Buccoleri, in merito alle emissioni cosiddette preunitarie.

Infatti, all'epoca della nascita del francobollo, nella penisola italiana esistevano diversi piccoli stati, ed in pratica tutti ebbero delle emissioni in proprio. Tali francobolli, in filatelia, vengono chiamati anche degli Antichi Stati e sono davvero molto ricercati.

All'inizio i soggetti più riprodotti erano proprio le immagini dei regnanti o il simbolo dello Stato che li aveva emessi. Così è stato per lungo tempo e solo molto dopo sono apparsi altri soggetti, ad esempio

Giuseppe Garibaldi è presente in una emissione del Regno d'Italia solo nel 1910.

Ma qual è stato il primo francobollo "italiano"? Qui dobbiamo confessare che la risposta si fa un po' complicata ed esistono diverse scuole di pensiero. In effetti il primo francobollo emesso su territorio italiano è stato quello del Regno Lombardo Veneto nel 1850 e solo a seguire: il Regno di Sardegna il 1 gennaio 1851 e poi i Ducati di Modena, di Parma, lo Stato Pontificio ed il Granducato di Toscana nel '52, il Regno di Napoli nel '58 e nel 1859 quelli destinati esclusivamente al Regno di Sicilia.

L'amministrazione postale austriaca dunque aveva emesso valori appositamente per il Regno Lombardo-Veneto, francobolli raffiguranti lo stemma austro-ungarico in uno scudo con diciture KKPOST-STEMPEL, usando come valuta la lira austriaca divisa in 100 centesimi, mentre contemporaneamente fu emessa la medesima serie tipografica in kreuzer nell'Impero Asburgico.



Da questo punto di vista, storicamente, i primi francobolli ad avere corso legale in territorio italiano, sia pur prodotti ed emessi da un'amministrazione postale straniera, dovrebbero essere questi. Ma la tesi di accreditarli come primi francobolli italiani è stata fortemente combattuta, in primis dall'editore Bollaffi, in quanto i suddetti erano da considerarsi a tutti gli effetti austriaci per due ragioni: il soggetto raffigurava lo stemma Asbur-



gico e l'emissione fu posta in circolazione da un Regno sotto il dominio austriaco.

Motivo per cui, il celebre catalogo a partire dall'edizione del 1985, modificò definitivamente la classificazione, impostando quale n.1 d'Italia l'esemplare da 5 centesimi di colore nero, emesso dal Regno di Sardegna in data 10 gennaio 1851.

Tesi avallata dal ragionamento che, il Regno d'Italia proclamato il 17 marzo 1861, viene considerato una sorta di "continuazione" del Regno di Sardegna; tanto più che Vittorio Emanuele, dopo la proclamazione a Re d'Italia, mantenne lo stesso numero dinastico "II".

A conclusione ci sentiamo di poter dire, almeno una volta: avanti Savoia... tutti d'accordo.. Ja?! •

(*) gp.ventura@enpam.it

**Giuseppe Garibaldi
è presente
in una emissione
del Regno d'Italia
solo nel 1910**

CLASSIFICAZIONE FRANCOBOLLI

fino al 1909 = periodo classico

fino al 1969 = periodo moderno

fino ad oggi = periodo contemporaneo



a cura di Pasquale Dui (*)

Medici e struttura ospedaliera, pubblica o privata poco rileva, rispondono verso il paziente a titolo contrattuale. È il debitore della prestazione ad avere l'onere della prova che non vi è inadempimento, o che lo stesso sia dispeso da fatto a lui non imputabile, o, ancora, che lo stesso non sia stato causa del danno.

Così ha deciso il Tribunale di Varese nella recente sentenza 16 febbraio 2010, n. 16 che ha avuto modo di esaminare tre punti cardine, ossia la c.d. causa ignota e responsabilità del medico, la responsabilità del primario e la autonomia ontologica del danno morale (dopo le SS.UU. del 2008).

Come si legge testualmente nella sentenza, in merito alla responsabilità della struttura e come la stessa precedente giurisprudenza rileva, è possibile riscontrare una "equiparazione della strut-

**Responsabilità civile:
equiparazione
della struttura privata
a quella pubblica**

Responsabilità del medico e della struttura

tura privata a quella pubblica per quanto concerne il regime della responsabilità civile, considerando, altresì, che trattasi di violazioni che incidono sul bene della salute, diritto fondamentale tutelato dalla Carta Costituzionale, senza possibilità di limitazioni di responsabilità o differenze risarcitorie a seconda della diversa natura, pubblica o privata, della struttura sanitaria (cfr. Cass. 25.2.2005, n. 4058)".

Per quanto, altresì, concerne la responsabilità professionale del medico-chirurgo, la stessa ha natura negoziale, sussistendo un rapporto contrattuale, anche se fondato sul solo contatto sociale.

Nella sentenza si legge testualmente che: "La contrattualizzazione della responsabilità medica ha delle ricadute dirette sul riparto degli oneri probatori: in applicazione, infatti, della normativa sui rapporti contrattuali e dei principi elaborati in tema di adempimento del credito, il paziente, quale creditore della prestazione sanitaria, è tenuto a dimostrare l'esistenza del rapporto contrattuale e può limitarsi a dedurre l'inadempimento del debitore; inadempimento che deve essere astrattamente efficiente alla produzione del danno".

Nel nostro ordinamento la tipicità della colpa si conno-

ta come realizzazione di un fatto che, alla luce delle regole cautelari, doveva essere evitato.

L'attività medico-chirurgica è caratterizzata dalla presenza, oltre che di regole di comune diligenza e prudenza, di regole tecniche in prevalenza non scritte, la cui violazione è fonte di imperizia e per la cui individuazione la giurisprudenza e la dottrina utilizzano i criteri della prevedibilità ed evitabilità dell'evento, a loro volta rapportati al parametro dell'agente modello.

Nel testo della sentenza oggetto di commento, per quanto concerne la responsabilità del primario (chiamato in causa) per eventi dannosi che si siano verificati all'interno del reparto a lui affidato, si legge che "Il primario ospedaliero ha la responsabilità dei malati della divisione (per i quali ha l'obbligo di definire i criteri diagnostici e terapeutici, che gli aiuti e gli assistenti devono seguire) e deve, conseguentemente, avere puntuale conoscenza delle situazioni cliniche che riguardano tutti i degenti, a prescindere dalle modalità di acquisizione di tale conoscenza.

Ciò nondimeno, costui non può essere chiamato a rispondere di ogni evento dannoso che si verifichi in sua assenza nel reparto affidato alla sua responsabilità

non essendo esigibile un controllo continuo ed analitico di tutte le attività terapeutiche che vi si compiono. La sua responsabilità deve quindi fondarsi su indici fattuali o altri elementi circostanziati puntualmente allegati o almeno dedotti dal danneggiato".

Infine, altro interessante punto sul quale la decisione in commento si sofferma, con l'analisi della più recente normativa e giurisprudenza in materia, è quello del danno morale e della sua autonomia ontologica in seguito alle decisioni delle Sezioni Unite del 2008.

Il giudice ribadisce che è "autonomamente risarcibile la lesione all'integrità morale, in quanto danno ontologicamente distinto dal danno biologico e da questo non assorbito, utilizzando quale strumento di quantificazione del danno non patrimoniale le nuove tabelle elaborate dall'Osservatorio per la Giustizia civile del Tribunale di Milano, le quali riscrivono i criteri liquidatori del danno, consolidati nella prassi, "fondendo" i vecchi danno biologico e danno morale nella neofita figura del "danno non patrimoniale onnicomprensivo". •

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

ELEZIONI DEI COMITATI CONSULTIVI DEI FONDI SPECIALI DI PREVIDENZA

Domenica 20 maggio 2010, dalle ore 8 alle ore 21,30, presso la sede di ciascun Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri, si terranno le votazioni per l'elezione dei componenti dei Comitati consultivi dei Fondi speciali di previdenza della Fondazione Enpam.

I componenti dei Comitati consultivi sono scelti fra gli iscritti e i titolari di pensione ordinaria o d'invalidità dei rispettivi Fondi (Fondo dei medici di medicina generale, Fondo Specialisti ambulatoriali, Fondo specialisti esterni e Fondo di previdenza della libera professione – "Quota B" del Fondo generale).

I medici e gli odontoiatri aventi diritto al voto riceveranno dall'Ordine di appartenenza una lettera di comunicazione in cui saranno indicate sia le modalità che i termini per la presentazione delle candidature e per l'esercizio del diritto di voto.

Ai sensi dello Statuto della Fondazione Enpam i Comitati sono organismi consultivi con il compito di esprimere pareri e formulare proposte in ordine alla gestione dei Fondi.

Il rinnovo dei Comitati Consultivi rappresenta il primo atto di un processo elettorale che si concluderà il 27 giugno con l'elezione, da parte del Consiglio Nazionale dell'Enpam, dei componenti il Consiglio di Amministrazione per il quinquennio 2010-2015.

ORGANI COLLEGIALI

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

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

COMITATO ESECUTIVO

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

COLLEGIO SINDACALE

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

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

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

Editore: Fondazione ENPAM

DIREZIONE E REDAZIONE

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

Direttore: EOLO PARODI

Direttore responsabile: GIULIANO CRISALLI

PROGRAMMAZIONE E COORDINAMENTO

Carlo Ciocci

Fax 06 48294793

email: c.ciocci@enpam.it

CULTURA

Claudia Furlanetto

email: c.furlanetto@enpam.it

CONGRESSI, CONVEGNI E CORSI

ARCHIVIO E DOCUMENTAZIONE

Andrea Meconcelli: Tel. 06 48294513

Fax 06 48294260/793

email: congressi@enpam.it

SCIENZA E SOCIETÀ

Andrea Sermonti

email: studio.sermonti@gmail.com

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Paola Boldregghini: Tel. 06 48294258 - Fax 06 48294260

email: giornale@enpam.it

Foto: Archivio ENPAM - THINKSTOCK

MENSILE - ANNO XV - N. 4

DEL 22/04/2010

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

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

Stampa: COPTIP Industrie Grafiche

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

tel: 059 312500 - fax: 059 312252

email: centralino@coptip.it

Servizio Accoglienza Telefonica

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

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

NOTIZIE FLASH

Quota A - pagamento contributi 2010

Nel mese di aprile Equitalia Esatri S.p.A. di Milano ha avviato 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 e accompagnata da copia di un documento di identità valido.

Utenti registrati nell'area riservata: 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.

Domiciliazione bancaria – RID

Per attivare il servizio è sufficiente:

- compilare il modulo RID allegato all'avviso di pagamento e trasmetterlo entro il **31 maggio 2010** ad Equitalia Esatri S.p.A. 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 S.p.A. al numero **800.178.090** o da telefono cellulare al numero **02.6416.1703** dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 16.45.

Attenzione:

- il modulo RID non dovrà essere presentato alla propria banca bensì trasmesso direttamente ad Equitalia Esatri S.p.A.;
- l'iscritto che aderirà al servizio di domiciliazione bancaria non dovrà pagare alcuna rata compresa quella con scadenza il 30.4.2010. I contributi saranno automaticamente addebitati in conto corrente alla scadenza delle rate previste o in unica soluzione. Per il servizio offerto, la commissione richiesta da Equitalia Esatri S.p.A. è di euro 2,07 per ogni addebito;
- 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 seguente casella **rid@equitaliaesatri.it**;
- a coloro che hanno aderito al servizio di domiciliazione bancaria, Equitalia Esatri S.p.A. invierà, in tempo utile per gli adempimenti fiscali, un riepilogo annuale dei versamenti effettuati;

- da quest'anno, in via sperimentale, gli utenti registrati nell'area riservata www.enpam.it potranno reperire direttamente un duplicato della certificazione dei pagamenti effettuati mediante RID.

Duplicato CUD

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

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

Attenzione! Qualora la richiesta non fosse presentata dal pensionato ma da un suo incaricato, è necessario allegare alla richiesta la delega sottoscritta e copia del documento di identità, indicando il numero di fax o l'indirizzo di posta elettronica per la ricezione.

Stampa automatica del duplicato CUD e modulo detrazioni d'imposta 2010

La stampa automatica del CUD è consentita a tutti i pensionati E.N.P.A.M. registrati all'Area riservata, utilizzando nome utente e password. I pensionati, in possesso della carta E.N.P.A.M. e del codice PIN, possono stampare il CUD direttamente presso l'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri al quale sono iscritti, utilizzando lo sportello self-service collegato con gli archivi della Fondazione Enpam.

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

Ufficio accoglienza e relazioni con il pubblico

Via Torino 100 - Roma

Orari di ricevimento:

dal lunedì al giovedì ore 9.00-13.00 / 14,30-17.00

venerdì ore 9.00 / 13.00



**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!