

IL GIORNALE DELLA Previdenza

dei Medici e degli Odontoiatri

PARODI

2

**Tutti uniti
e ATTENTI**

ADEPP

5

**Uno sguardo
al futuro**

PREVIDENZA

6

**Accesso ai documenti
amministrativi**

COMUNICAZIONE

16

**Programma informatico
per i medici**

5XMILLE

**Per aiutare i colleghi
in difficoltà**

(la tua card a pag. 1)

1



Il meraviglioso palazzo della Rinascente di Milano a due passi dal Duomo. L'edificio è stato acquistato dall'Enpam. Si tratta – come segnaliamo alle pagine 3 e 4 – di un investimento eccezionale che si aggiunge ad altre importanti iniziative prese dal Consiglio di Amministrazione per potenziare, con acquisti di alto prestigio, il patrimonio della nostra Fondazione

periodico

DCOER0953 Omologato

Posteitaliane

un futuro di certezze.

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

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, Piazza della Repubblica, 68 - 00185 Roma.



PER INFORMAZIONI:

Tel. 06 48294333 Sig.ra DANIELA BRIENZA

Tel. 06 48294337 Sig. ra PAOLA CINTIO

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

www.fondosanita.it

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** Tutti uniti e ATTENTI
- 3-4** Acquistato il palazzo della Rinascente di Milano
- 5** Adepp, uno sguardo al futuro
- 6-11** Accesso ai documenti amministrativi
- 12** Dipendenti pubblici: le collaborazioni
- 13** Crisi e pensioni
- 14-15** A proposito di FondoSanità
- 16-17** Sistema informatico Enpam
- 18** Anagrafe delle posizioni attive
- 19-20** Assistenza, interpellò della Fondazione
- 21** Progetto giovani
- 22-23** L'intervista/1: la fisiatria
- 24-25** L'intervista/2: anemia e tubo digerente
- 26-27** L'intervista/3: emofilia

*Tessera del 5XMILLE da consegnare
al commercialista per aiutare i colleghi in difficoltà*



- 28** Anche neonatali displasiche
- 29** Parliamo di... stato vegetativo
- 30-31** Vita degli Ordini
- 32-35** Congressi, convegni, corsi
- 36** Sindrome di Penelope
- 37** Federspev
- 38-39** Ricordi di un medico condotto
- 40-41** Unità d'Italia e medici eroi
- 42-43** Catastrofe, paura del nostro tempo
- 44-45** In attenzione: giovani soli
- 46** Generazioni a confronto
- 47** 150 anni di Sanità italiana
- 48** Accadde a... Maggio
- 49** Medici e sport: il rugby
- 50-53** Recensioni libri
- 54-55** Il tempio votivo di Duno
- 56** Arte, Tamara de Lempicka
- 57** Mostre ed esposizioni
- 58** La musica di Luigi Tenco
- 59** Cinema: il produttore
- 60-61** Lettere al Presidente
- 62** Filatelia
- 63** L'avvocato
- 64** Parliamo di noi

Uniti ed **ATTENTI**



di Eolo Parodi

Viviamo tempi difficili, ma ancor più pericolosi perché la globalizzazione sta investendo sia i momenti delle scelte che il momento delle risposte.

Il futuro previdenziale è la madre di tutte le battaglie e su di esso dobbiamo concentrare tutte le nostre energie.

Ogni medico o odontoiatra di qualsiasi età e di qualsiasi impegno lavorativo, spesso per la prima volta, pensa con ansia al proprio futuro.

Dovremo chiarire, aprire un dialogo, valutare diverse situazioni dei nostri iscritti ed in tal senso non solo sviluppare le nostre strategie politiche e previdenziali, ma adoperarci per creare una cultura ed una conoscenza a largo raggio.

Certamente viviamo un periodo di particolare fragili-

tà su tutti i fronti, dalla politica al sociale.

Insieme a tutte le altre Casse, ci rendiamo conto di essere osservati con particolare attenzione da parte di chi gestisce il potere economico.

Certo, i nostri "soldi" fanno gola ed è per questo che dobbiamo difendere il nostro capitale contro qualsiasi tipo di aggressione. E' difesa anche quella di debellare l'iniqua doppia tassazione, contro la quale dobbiamo batterci strenuamente e con grande convinzione.

Sostengo, e mi auguro di non essere monotono, che questa è l'ora di porre particolare attenzione a quello che accade intorno a noi. Lancio un deciso appello nella speranza che si continui a sedere intorno ai tavoli per continuare ad analizzare con scrupolosità le molte cose che ci uniscono e le poche che potrebbero dividerci. Ci sarà molto da fare e ci vorrà, quindi, una volontà ferrea. Non dobbiamo strumentalizzare i partiti proprio per non essere strumentalizzati da loro; siamo pronti a condividere e ad essere coinvolti sui grandi temi della salute, della professione e della previdenza. Se siamo uniti potremmo permetterci il lusso di non fare sconti a nessuno. Ancora una volta tocca a noi tutti vivere intensa-



mente la vita di professionisti e di cittadini. Perciò: **ATTENZIONE.**

Scrivo questa nota alla vigilia della settimana pasquale auspicando, nel farvi gli auguri più sinceri, che

la situazione politica e sociale si rassereni permettendoci di continuare a lavorare per l'avvenire di tutti i colleghi.

Vi abbraccio con particolare affetto. •

È dell'Enpam il palazzo della Rinascente di Milano

Alberto Oliveti: “Credo che l’acquisto sia un buon affare. Con la redditività degli investimenti si dovranno pagare pensioni e assistenza. L’acquisizione segue una logica di diversificazione del rischio che in questo caso è estremamente basso”

Lo storico palazzo della Rinascente di Milano è diventato patrimonio dei medici e dei dentisti italiani. L’immobile di Piazza Duomo è stato infatti acquistato dal Fondo Ippocrate, interamente di proprietà della Fondazione Enpam, per 472 milioni di euro. La Cassa pensionistica ha così messo al sicuro nel mattone una quota importante dei contributi previdenziali ricevuti dai propri iscritti. Per occupare i locali la Rinascente versa attualmente un affitto di 22,25 milioni di euro annui che, d’ora in poi, contribuiranno a pagare le pensioni dei medici e degli odontoiatri.

Dalle vetrine del piano terra, dopo un ingresso tra profumi, gioielli e orologi, le scale mobili accompagnano i clienti nell’esplorazione di undici piani diversi. I settori vanno dalle collezioni moda e intimo per uomo, donna e bambino, agli accessori e le calzature, fino ad arrivare alle collezioni per la casa. Il settimo piano è quello della terrazza, che ospita bar e ristoranti dalla vista moz-



Dalle vetrine del piano terra, le scale mobili accompagnano i clienti nell’esplorazione di undici piani diversi

zafiato sulle guglie del Duomo. Meritano una visita anche i piani estremi, come l’ultimo, con un negozio di parrucchiere, e l’interrato, con il suo moderno *design supermarket* dedicato agli arredi ma anche all’elettronica, alla libreria e agli articoli da viaggio. Un apposito collegamento conduce poi a un secondo stabile, con ingresso nella storica via Santa Radegonda, dedicato ai giovani e allo sport. Agli spazi commerciali si aggiungono parcheggi, magazzini e uffici.

In totale, il complesso ha una superficie di circa 50 mila metri quadrati. Ecco perché, oltre a rappresentare l’unico esempio in Italia di grande magazzino dedicato al lusso, l’immobile costituisce il punto vendita più importante della catena Rinascente. Nel 2010 l’hanno visitato 10 milioni di persone, che vi hanno fatto spese per 220 milioni di euro. Cifre, queste, che hanno fatto guadagnare alla Rinascente di Milano il primato di negozio con il maggior fatturato in Italia.

La storia - Siamo alla fine dell’800 quando i fratelli Luigi e Ferdinando Boccioni - della famiglia da cui prende il nome la famosa università privata milanese - aprirono in via Santa Radegonda il primo negozio italiano in cui erano venduti abiti pre-confezionati. L’attività fu rilevata

(segue a pag. 4)

Il settimo piano è quello della terrazza che ospita bar e ristoranti con vista mozzafiato delle guglie del Duomo

(segue da pag. 3)

dal Senatore Romualdo Borletti nel 1917 e ribattezzata "La Rinascente" su ispirazione di Gabriele D'Annunzio. Durante la seconda guerra mondiale l'edificio che si affacciava su Piazza Duomo viene bombardato. Tuttavia nel 1950, ricostruito secondo il progetto dell'architetto Ferdinando Reggioni e dell'ingegner Aldo Molteni, il grande magazzino riapre i battenti pronto per cavalcare gli anni del miracolo italiano. Sarà poi l'architetto Aldo Cibic a firmare il *restyling* esterno del 2006, parte di un rilevante progetto di ristrutturazione (su cui il conduttore ha investito 40 milioni di euro) che ha reso la struttura e il format di vendita della Rinascente paragonabili a quelli dei maggiori department store europei, come le catene britanniche Harrods e Selfridges.

L'acquisto - Negli ultimi anni l'immobile è stato oggetto delle attenzioni e delle mire di numerosi investitori italiani e stranieri. Alla fine il Fondo Ippocrate dell'Enpam ha battuto diverse offerte concorrenti pur riuscendo a ottenere il prezzo migliore. In un'intervista, Daniel Buaron, l'amministratore delegato

di First Atlantic Real Estate SGR (la società che gestisce il fondo immobiliare dei medici e dei dentisti) ha spiegato di aver vinto sul tempo. Erano mesi che la sua società studiava l'immobile da vicino e l'Enpam, a differenza di altri potenziali compratori, aveva il capitale pronto da investire. Così, dice Buaron, "abbiamo presentato una *binding offer* (un'offerta vincolante, ndr), con deposito cauzionale immediatamente disponibile. Nei mesi della trattativa avevamo già ottenuto l'ok a procedere da parte del comitato consultivo del fondo e del consiglio d'amministrazione. Inoltre avevamo dalla nostra l'aver realizzato una sorta di *pre due-diligence* sull'immobile, dunque ne avevamo una conoscenza approfondita. Abbiamo anche dichiarato chiaramente al proprietario che in caso di rifiuto dell'offerta e successiva asta, ci saremmo ritirati. Il venditore non ha voluto correre il rischio di

perdere un'offerta vantaggiosa di per sé, corredata di cauzione e non condizionata ad un finanziamento bancario".

Il prezzo finale è stato di 472 milioni di euro, un importo in linea, e in alcuni casi anche inferiore, ad altre offerte ricevute dal venditore prima che il Fondo Ippocrate si aggiudicasse l'esclusività della trattativa. Tra queste offerte, la stampa economica ne aveva per esempio citata una che ammontava a 480 milioni di euro, ben 8 milioni in più.

C'è un'altra ragione che ha favorito il fondo immobiliare dei medici e i dentisti nelle trattative: il fatto di essersi detto interessato a comprare non solo l'edificio della Rinascente di Milano ma anche la futura sede di Roma, in via del Tritone. Dopo la firma del rogito, il Fondo Ippocrate ha confermato l'interesse ad acquisire prossimamente anche questo secondo immobile.

L'investimento - Il palazzo di Piazza Duomo ha un rendimento, da subito, del 4,7%. La percentuale, calcolata in base all'affitto pa-

gato dalla Rinascente, è in linea con il mercato italiano dei titoli di Stato. Inoltre, a differenza di un investimento in BTP classici, che hanno rendimenti fissi, il canone di affitto aumenterà con l'inflazione. Anche il valore dell'immobile, unico in Italia per dimensione e prestigio della localizzazione, è sicuramente destinato a difendere nel tempo il proprio livello. "Credo che l'acquisto in termini di investimento immobiliare di lungo termine sia stato un buon affare per i medici e per i dentisti ai quali, con la redditività degli investimenti, si dovranno pagare pensioni e assistenza", ha dichiarato il vice-presidente vicario dell'Enpam Alberto Olivetti.

Oltre ai ricavi derivanti dall'affitto, da un immobile che possiede caratteristiche di unicità e pregio come la Rinascente di Milano è attendibile anche un extra-rendimento proveniente dalla rivalutazione del bene e che sarà monetizzabile al momento dell'eventuale vendita. Inoltre si tratta di un'operazione che segue una logica di diversificazione del rischio, per evitare che i soldi delle pensioni dei medici e degli odontoiatri siano collocati in maniera sbilanciata tra pochi comparti. In particolare, la storia, la localizzazione e il pregio del palazzo, insieme alle caratteristiche del conduttore che l'ha in affitto, rendono il profilo di rischio di quest'investimento estremamente basso. •

G. D.

ALCUNE CIFRE

472 milioni di euro: il prezzo pagato
50 mila metri quadrati: la superficie
2023: la scadenza del contratto d'affitto
22,25 milioni di euro: il canone annuo
11 piani dedicati allo shopping



di Giampiero Malagnino (*)

Il 16 marzo si è tenuto il convegno organizzato dall'ADEPP: il primo convegno voluto da tutte le casse previdenziali dei professionisti italiani in cui ci si è confrontati con il governo e con il "mondo" esterno ma contiguo alle Casse stesse.

La delusione per il mancato intervento del ministro dell'Economia e Finanze, Giulio Tremonti, è stata parzialmente attutita dall'intervento del ministro del Welfare, Maurizio Sacconi, che ancora una volta ha dimostrato la sua comprensione dei problemi della previdenza privata. Un intervento, il suo, che ha affrontato i temi più scottanti sul tappeto ed ha "aperto" a soluzioni condivise tutti quelli non affrontati. Ha insistito a lungo sul tema del "welfare dei professionisti", sollecitando le Casse a trovare soluzioni ai vari temi: dall'assistenza sanitaria alla "non autosufficienza", dalla momentanea impossibilità a produrre reddito per motivi di salute all'inserimento dei giovani professionisti nel mondo del lavoro. Tema, questo del "welfare mix" che ha trovato la sala (gremita! bella dimo-

Adepp, uno sguardo al futuro

strazione di interesse e compattezza sull'argomento previdenziale da parte di tutte le professioni) attenta, ma che ha ricevuto come immediata risposta da parte del presidente Camporese, interessato al tema, la necessità di trovare risorse adeguate per affrontare in maniera efficace l'argomento, tanto da proporre una "fiscalità di scopo", abbassando dal 12,5% all'11,5% la tassazione delle rendite finanziarie a carico delle Casse (tassazione che la previdenza di secondo pilastro ha già ottenuto), dando per scontata l'impossibilità momentanea dell'abolizione della doppia tassazione. Ed io stesso ho ricordato nella tavola rotonda che la "mission" delle Casse, il motivo per cui ricevono versamenti obbligatori da parte degli iscritti, è di assicurare le pensioni e che se si vuole (ed io lo ritengo giusto) affidare alle Casse anche la soluzione di questi problemi, affrancandone lo Stato che, come dice Sacconi, deve essere sempre più leggero, bisogna che si trovino risorse supplementari: non si può, con gli stessi soldi, pagare le risorse e contemporaneamente assicurare il "Welfare mix".

Il ministro ha poi affrontato i temi che più direttamente interessano le Casse: l'autonomia, la sostenibilità dei bilanci, l'adeguatezza delle pensioni, la trasparenza e

l'efficacia degli investimenti e i controlli da parte del suo ministero. Su questi argomenti ha assicurato la più ampia disponibilità a risolvere i problemi che mano a mano si vengono a porre, assicurando da parte sua, dei suoi collaboratori e dei dirigenti ministeriali la più ampia disponibilità. Cosa che abbiamo potuto verificare in questi primi sette mesi di attività dell'ADEPP (le delibere degli Enti che giacevano da anni nei cassetti dei ministeri, più di 60, sono state velocemente "lavorate"; l'operazione Poseidone, con la quale l'INPS chiedeva ai pensionati con attività libero professionale che non avevano versato la relativa aliquota previdenziale alla Cassa professionale competente di versare il 27% alla sua "gestione separata", è stata fermata fino a che non si trovi una soluzione rispettosa dell'autonomia delle Casse e che salvi il pregresso; e molte altre questioni generali o delle singole Casse alle quali è stata trovata soluzione). Rimane, a mio parere, dopo l'intervento del ministro un punto oscuro (che l'assenza di Tremonti non aiuta a chiarire): l'interesse con il quale i ministeri vigilanti (Welfare e MEF) stanno guardando alla vita delle Casse è dovuto alla necessità di garantire la pensione alle giovani e giovanissime generazioni, alla preoccupazione derivata dal-

la crisi economica che rende più difficile la "governante" degli investimenti, al problema posto dalla necessità di avere stabilità dei bilanci a 30 anni (finora era a 15!), dalla necessità per alcune Casse, specie quelle del 103 o quelle che hanno adottato il sistema contributivo (Alberto Olivetti non si stanca di ripetere, giustamente, che non ci costringeranno ad adottare questo sistema previdenziale) dell'adeguatezza delle pensioni che erogheranno o, più maliziosamente, al tesoretto (47 miliardi) che i professionisti italiani hanno messo da parte per le loro pensioni? O, semplicemente, i 2 miliardi che, tutti gli anni, le Casse hanno come attivo di bilancio e che investono? Siamo disposti a "dare una mano" al Paese Italia, ricordando sempre che i nostri attivi di bilancio in realtà sono debiti previdenziali: soldi che dovremo restituire ai nostri iscritti quando andranno in pensione; soldi che possiamo anche investire d'intesa con i piani dei governi, ma che debbono dare un reddito! Su questo il confronto non è ancora alla luce del sole: e questo ci preoccupa.

Molto interessante l'intervento del professor Monti che, alla luce della sua esperienza europea e come presidente della Bocconi, ha invitato i professionisti italiani a riflettere sulla maniera di intendere la propria professione, alla luce della libera circolazione e delle nuove frontiere che questa apre. •

(*) Vice presidente Enpam, vice presidente vicario Adepp

Approvato il Regolamento di accesso ai documenti amministrativi

di Giovanni Vezza (*)

Nel vigente Statuto della Fondazione ENPAM all'art. 25, comma 2, è prevista, in osservanza del principio dell'esercizio dell'autonomia amministrativa e in ottemperanza ai principi stabiliti dalla legge 7 agosto 1990, n. 241, la creazione di un regolamento relativo alla modalità di esercizio del diritto degli iscritti all'accesso dei documenti e notizie di loro interesse.

Tale diritto, sancito dalla citata Legge 241/90, è precisato dal relativo regolamento attuativo emanato con D.P.R. 184/2006, è esercitabile nei confronti di tutti i soggetti pubblici e di tutti quei soggetti privati coinvolti in attività di pubblico interesse, limitatamente a tale attività.

È proprio in virtù di tali principi normativi che la nostra Fondazione, in anticipo rispetto agli altri enti previdenziali, i quali risulta abbiano in corso esclusivamente attività preparatorie, ha predisposto un "Regolamento per la disciplina delle modalità di esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi" approvato dal Consiglio di Amministrazione dell'Enpam con Delibera n. 11/2011, nella seduta del 25 febbraio 2011.



Il Regolamento, entrato in vigore il 28 marzo scorso, rappresenta un'ulteriore dimostrazione del un precuo e costante impegno della Fondazione al miglioramento del rapporto con i propri iscritti e pensionati.

Non potendo contare su elaborati di Enti della medesima natura, i necessari strumenti di confronto, utili ai fini dell'elaborazione della predetta normativa regolamentare, effettuata a cura del Servizio Studi Previdenziali e Documentazione della Fondazione, sono stati i Regolamenti di accesso predisposti dai principali Enti previdenziali pubblici, quali l'Inps e l'Inpdap.

E' tuttavia evidente che la normativa Inps ed Inpdap

non poteva non risentire pesantemente della natura pubblicistica di tali Istituti previdenziali; nella stesura del testo Enpam si è quindi posta una particolare cura nel sottolineare il carattere privatistico della Fondazione, tenendo conto altresì delle pronunce della giurisprudenza prevalente in materia.

In tal senso, si evidenzia la pronuncia del Consiglio di Stato, Sezione VI, n. 5569/2007 che recita: "Nel caso di un soggetto privato (quale appunto la Fondazione ENPAM) gli atti di diritto privato dallo stesso posti in essere sono ostensibili solo se sul piano oggettivo concernono, in modo diretto o strumentale, l'attività di gestione di interessi collettivi". Impor-

tante anche l'affermazione secondo cui "anche se il diritto di accesso è volto ad assicurare il buon andamento e l'imparzialità dell'attività amministrativa, rimane fermo che l'accesso è consentito solo a coloro ai quali gli atti stessi, direttamente o indirettamente, si rivolgono e che se ne possono eventualmente avvalere per la tutela di una posizione soggettiva la quale non può identificarsi con il generico ed indistinto interesse di ogni cittadino al buon andamento dell'attività" (Così il Consiglio di Stato, Sezione VI, n. 555/2006). Il "Regolamento di accesso" elaborato dall'ENPAM si ispira a due principi fondamentali: il diritto degli iscritti alla trasparenza ed all'informazione coordinato al principio del buon andamento e dell'imparzialità dell'attività amministrativa.

Entrando nel dettaglio, lo schema del Regolamento si compone di due Capi e di 13 articoli.

Il Capo I ha carattere introduttivo. Nei primi 5 articoli vengono specificate le finalità del Regolamento stesso, nonché le fonti normative di riferimento, l'oggetto e il contenuto del diritto di accesso, i soggetti legittimati all'accesso e gli eventuali controinteressa-

ti; dall'art. 6 all'art. 10 si procede invece ad una descrizione nel dettaglio dello svolgimento del procedimento di accesso.

Il Capo II si occupa di elencare i casi in cui può essere disposto un differimento dell'accesso o la totale esclusione da tale diritto, in relazione all'esigenza di salvaguardare il segreto professionale ovvero in tutela della riservatezza.

Quanti in concreto desiderano accedere agli atti dell'Enpam, possono (come del resto è avvenuto fino ad oggi) presentarsi presso i Servizi competenti e manifestare anche oralmente la loro richiesta. Nella maggior parte dei casi essa verrà soddisfatta immediatamente; ove invece l'atto richiesto non possa essere prodotto informalmente (in ragione della particolare natura del documento, ovvero in presenza di controinteressati, di dubbi sulla legittimazione, ecc.) sarà necessario presentare una domanda formale. In questo caso, potrà essere utilizzato il modulo appositamente predisposto e pubblicato in queste pagine, visualizzabile e scaricabile anche dal sito della Fondazione. Trasparenza ed attenzione ai propri iscritti: nel Regolamento di accesso, sono queste le parole d'ordine della Fondazione trasformate ancora una volta in concreta realtà.

(*) *Dirigente del Servizio Studi Previdenziali e Documentazione*

Regolamento per la disciplina delle modalità di esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi

Capo I

Art. 1 - Finalità

Art. 2 - Principi ed ambito di applicazione

Art. 3 - Oggetto del diritto di accesso

Art. 4 - Soggetti Legittimati

Art. 5 - Controinteressati

Art. 6 - Accesso informale

Art. 7 - Richiesta di accesso

Art. 8 - Procedimento di accesso

Art. 9 - Accoglimento dell'istanza

Art. 10 - Modalità di accesso

Capo II

Art. 11 - Ipotesi di differimento del diritto di accesso

Art. 12 - Esclusione dal diritto di accesso

Art. 13 - Entrata in vigore

Capo I

Art. 1 **Finalità**

1. Il presente Regolamento viene redatto in attuazione dell'art. 25, comma 2 dello Statuto della Fondazione Enpam, deliberato dal Comitato Direttivo il 29 luglio 1999 e approvato il 21 febbraio 2000 con decreto interministeriale del Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale, di concerto con il Ministro del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione.

2. Il Regolamento medesimo disciplina, in conformità a quanto stabilito dalla Legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni ed integrazioni, e dal D.P.R. 12 aprile 2006, n. 184, le modalità di esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi presso la Fondazione ENPAM, e definisce le ipotesi di differimento e di esclusione dell'accesso allorché i documenti riguardano i beni e gli interessi indicati dall'art. 24 della L. 241/90.

Art. 2 **Principi ed ambito di applicazione**

1. La Fondazione, in quanto soggetto di diritto privato esercente un'attività di pubblico interesse disciplinata dal diritto nazionale e comunitario, garantisce la piena attuazione del diritto degli iscritti di accedere ai documenti ed agli atti amministrativi nel rispetto del principio di trasparenza, purché questi stessi abbiano un interesse diretto, concreto ed attuale, ai sensi dell'art. 22, lettera d) della legge 241/90, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento od atto rispetto al quale è richiesto l'accesso.

2. L'Enpam considera il diritto di accesso agli atti am-

ministrativi quale espressione del proprio impegno ad informare in modo chiaro e trasparente tutti i soggetti portatori di interessi meritevoli di tutela, in relazione alla propria situazione ed al proprio andamento economico e gestionale, senza favorire alcun gruppo d'interesse o singolo individuo, così come previsto al punto 2 del Codice Etico della Fondazione, approvato dal Consiglio di Amministrazione nella seduta del 18 gennaio 2008.

3. Il diritto di accesso è volto ad assicurare il buon andamento e l'imparzialità dell'attività amministrativa. L'accesso è tuttavia consentito esclusivamente a coloro ai quali gli atti stessi, direttamente o indirettamente, si rivolgono e che se ne possono eventualmente avvalere per la tutela di una posizione soggettiva, non identificabile con il generico ed indistinto interesse di ogni cittadino alla corretta gestione amministrativa.

Art. 3 **Oggetto del diritto di accesso**

1. Il diritto di accesso è il diritto degli interessati di prendere visione e di estrarre copia di documenti amministrativi, così come definiti dall'art. 22, comma 1, lettera d), della

Legge 7 agosto 1990, n. 241.

2. Per “documento amministrativo” si intende, come indicato nella sopracitata norma, “ogni rappresentazione grafica, fotocinematografica, elettromagnetica o di qualunque altra specie del contenuto di atti, anche interni o non relativi ad uno specifico procedimento, detenuti da una pubblica amministrazione e concernenti attività di pubblico interesse, indipendentemente dalla natura pubblicistica o privatistica della loro disciplina sostanziale.” Da tale definizione sono escluse le informazioni in possesso di una pubblica amministrazione che non abbiano forma di documento amministrativo, salvo quanto previsto dal d.lgs. 196/2003 in materia di accesso a dati personali da parte della persona cui i dati si riferiscono, e gli atti preparatori all’emanazione di atti normativi, amministrativi generali, di pianificazione e di programmazione.

3. Non possono formare oggetto del diritto di accesso documenti non più o non ancora esistenti presso l’ufficio competente per l’esame della richiesta.

4. Il diritto di accesso si intende, comunque, realizzato con la pubblicazione di alcuni documenti di interesse diffuso nel Giornale della Previdenza e sul portale della Fondazione ENPAM o altra forma ade-

guata di pubblicità, comprese quelle attuabili mediante strumenti informatici, elettronici o telematici.

5. La Fondazione Enpam non è in alcun caso tenuta ad elaborare dati in proprio possesso al fine di soddisfare le richieste di accesso.

Art. 4 Soggetti Legittimati

1. La richiesta di accesso ai predetti atti amministrativi può essere presentata da tutti i soggetti privati, compresi quelli portatori di interessi pubblici e diffusi, che abbiano un interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l’accesso.

2. La richiesta può essere altresì presentata da pubbliche amministrazioni che abbiano uno specifico interesse per lo svolgimento delle funzioni ad esse attribuite. L’acquisizione di documenti amministrativi da parte di soggetti pubblici si informa al principio della leale collaborazione istituzionale.

3. La richiesta di accesso da parte di una pubblica amministrazione deve essere presentata dal responsabile del procedimento amministrativo o comunque dal titolare dell’ufficio procedente.

4. Qualora la richiesta di

accesso venga presentata dal legale rappresentante o dal mandatario del soggetto avente titolo all’accesso, il richiedente è tenuto ad indicare la fonte o il provvedimento attributivo del potere di rappresentanza.

Art. 5 Controinteressati

1. Qualora dall’esame del contenuto del documento o di quelli ad esso connessi emerga l’esistenza di soggetti, individuati o facilmente individuabili in base alla natura del documento richiesto, che dall’esercizio dell’accesso vedrebbero compromesso il proprio diritto alla riservatezza, se ne dà comunicazione agli stessi mediante l’invio di copia della richiesta tramite raccomandata con avviso di ricevimento ovvero, qualora tale modalità consenta l’effettiva identificazione del destinatario, per via telematica.

2. I controinteressati, entro dieci giorni dalla ricezione della comunicazione possono presentare motivata opposizione alla richiesta di accesso. Decorso tale termine e accertata la ricezione della comunicazione, il Servizio di competenza provvede sulla richiesta.

3. La valutazione effettuata in merito alle argomentazioni addotte nell’opposizione dovrà essere sinteticamente illustrata nell’atto determinativo adot-

tato a conclusione del procedimento stesso.

Art. 6 Accesso informale

1. Qualora in base alla natura del documento non risulti l’esistenza di controinteressati, l’accesso, mediante visione od estrazione di copia, può essere esercitato in via informale a seguito di domanda, proposta anche oralmente. La richiesta di accesso deve essere in ogni caso motivata in ordine alla situazione giuridica che si intende tutelare attraverso l’accesso specificando l’interesse correlato alla richiesta in relazione al documento oggetto della stessa.

2. La richiesta, esaminata immediatamente e senza formalità da parte del Servizio competente a formare l’atto conclusivo del procedimento o a detenerlo stabilmente, è accolta mediante indicazione della pubblicazione contenente le notizie, esibizione del documento, estrazione di copie ovvero altra modalità idonea.

3. Dell’avvenuta esibizione del documento ovvero estrazione di copia viene conservata apposita annotazione agli atti del Servizio che ha dato riscontro alla richiesta.

4. Qualora non sia possibile l’accoglimento immediato della richiesta presentata in via informale, ovvero sorgano dubbi sul-

la legittimazione del richiedente, sulla sua identità, sui suoi poteri rappresentativi, sulla sussistenza dell'interesse specifico e concreto sulla base delle informazioni e documentazioni fornite, sull'accessibilità del documento ovvero qualora i documenti richiesti coinvolgano posizioni soggettive di terzi, il richiedente è invitato a presentare istanza formale.

5. L'invito alla presentazione di richiesta formale, redatto dal Dirigente del Servizio competente, deve essere contestualmente consegnato al soggetto che esercita l'accesso, il quale ne controfirma una copia, ovvero trasmesso per via postale.

6. Il richiedente può sempre presentare richiesta formale dettagliatamente motivata, con le modalità di cui al successivo art. 7, anche al di fuori dei casi indicati al precedente comma 4.

Art. 7

Richiesta di accesso

1. Qualora non sia possibile l'accoglimento immediato della richiesta in via informale, risultando l'esistenza di controinteressati, ovvero sorgano dubbi sulla legittimazione del richiedente, sulla sua identità, sui suoi poteri rappresentativi, sulla sussistenza dell'interesse diretto, concreto e attuale alla luce delle informazioni fornite e

della documentazione in possesso, sull'accessibilità del documento o sull'esistenza di controinteressati, il diritto di accesso si esercita in via formale.

2. Ai fini dell'ammissibilità dell'istanza di accesso formale, il richiedente dovrà indicare in un'apposita domanda in carta semplice i seguenti elementi:

a) la propria identità, tramite l'esibizione di un documento di riconoscimento in corso di validità, ovvero mediante allegazione di copia di un documento di riconoscimento firmato. Il soggetto che agisca in rappresentanza dell'interessato, inoltre, dovrà esibire o allegare copia della procura unitamente ad una copia fotostatica, sottoscritta dall'interessato, di un documento di riconoscimento dello stesso. Se l'accesso è richiesto da una persona giuridica, l'istanza dovrà essere avanzata dalla persona fisica legittimata in base ai rispettivi statuti e regolamenti;

b) gli estremi del documento ovvero i dati che consentano di individuare il documento amministrativo al quale chiede di accedere;

c) la motivazione della richiesta specificando e, ove occorra, comprovando l'interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata, che giustifica la richiesta e il colle-

gamento tra tale situazione e il documento al quale si chiede di accedere.

3. Una singola istanza può riguardare anche più documenti; in ogni caso anche le istanze congiunte debbono essere formulate in modo da consentire una chiara identificazione dei documenti in relazione ai quali si chiede l'accesso.

4. La richiesta di accesso può essere presentata in uno dei seguenti modi:

a) per via postale all'indirizzo della Fondazione ENPAM in Roma. Ai fini della determinazione della data di ricezione della richiesta, fa fede la data risultante dall'avviso di ricevimento o, in mancanza, quella del protocollo di arrivo presso l'Ente;

b) mediante telefax. Per le istanze trasmesse via fax nelle giornate non lavorative, il termine iniziale decorre dal giorno feriale successivo;

c) personalmente presso l'Ufficio Accoglienza della Fondazione ENPAM in Roma. In caso di presentazione dell'istanza direttamente agli uffici, verrà rilasciata apposita ricevuta.

5. I termini per la conclusione del procedimento di accesso ai documenti amministrativi sono stabiliti in trenta giorni ai sensi dell'art. 25, comma 4, della legge n. 241 del 1990, così come modificato dall'art.

17 della legge 15 del 2005, decorrenti dalla presentazione della richiesta al Servizio competente o dalla data in cui la domanda sia comunque pervenuta all'ufficio competente. Trascorso tale termine la domanda di accesso deve intendersi respinta, ai sensi dell'art. 25 della legge n. 241 del 1990 e successive modificazioni.

Art. 8

Procedimento di accesso

1. L'istanza di accesso formale è esaminata procedendo, preliminarmente, all'accertamento delle condizioni di ammissibilità e dei requisiti di legittimazione del richiedente.

2. Qualora l'istanza sia irregolare o incompleta, il Dirigente del Servizio interessato ne dà comunicazione al richiedente entro dieci giorni dalla sua presentazione, mediante raccomandata con avviso di ricevimento o altro mezzo idoneo ad accertarne la ricezione. In questo caso, il termine di cui al successivo comma decorre dalla data di presentazione della nuova istanza.

3. Il procedimento di accesso deve concludersi nel termine di trenta giorni, decorrenti dalla data di presentazione della domanda, trascorso il quale viene assunto il relativo provvedimento, dandone tempestiva comunicazione all'interessato. Decorso inutilmente il predetto termine

la richiesta si intende respinta.

4. L'istruttoria del procedimento formale di accesso è di pertinenza del Dirigente del Servizio competente a formare l'atto ovvero a detenerlo stabilmente, o altro dipendente della medesima unità organica da questi designato.

5. L'eventuale provvedimento di diniego di accesso è disposto solo in ipotesi di mancata identificazione, carenza di legittimazione, carenza di interesse del richiedente e nelle ipotesi previste al Capo II del presente Regolamento.

6. Laddove ciò sia possibile, il Dirigente del Servizio interessato limita l'accesso a quelle parti del documento che siano legittimamente accessibili. In tal caso, sulla copia rilasciata all'interessato il Dirigente medesimo provvede a segnalare le intervenute omissioni.

7. Il diniego e la limitazione all'accesso devono essere motivati e comunicati per iscritto all'interessato entro trenta giorni dalla richiesta.

Art. 9

Accoglimento dell'istanza

1. L'atto di accoglimento della richiesta di accesso deve riportare l'indicazione del luogo e delle modalità per prendere visione del documento o estrarne copia, assegnando un congruo termine, di norma non in-

feriore a quindici giorni, per l'effettivo esercizio del diritto.

2. La risposta dell'ufficio competente per l'esame dell'istanza di visura documentale deve essere comunicata agli interessati nel più breve tempo possibile e comunque entro il termine di 30 giorni, stabilito ai sensi dell'art. 25 della L. 241/90.

3. L'accoglimento della richiesta di accesso a un documento comporta anche la facoltà di accesso agli altri documenti nello stesso richiamati e appartenenti al medesimo procedimento, fatto salvo il caso che per essi sussistano cause di differimento o esclusione disciplinate dal capo II del presente regolamento o da disposizioni normative e salvo diversa determinazione assunta a seguito delle deduzioni di eventuali controinteressati.

4. Per ragioni particolari, atte a garantire il buon andamento dell'azione amministrativa, è data facoltà al Dirigente del Servizio di competenza di consentire l'accesso secondo modalità diversa da quella richiesta dall'interessato.

Art. 10

Modalità di accesso

1. La visura dei documenti amministrativi può avere luogo a partire dalla data della comunicazione all'interessato dell'accoglimento della richiesta di accesso.

2. L'accesso ai documenti può essere autorizzato anche in forma parziale, qualora alcune parti di essi contengano informazioni la cui apprensione sia in grado di ledere beni ed interessi di terzi, come previsto dall'art. 24 della L. 241/90.

3. L'esame dei documenti, previo accertamento della corrispondenza delle generalità anagrafiche del richiedente l'accesso, o suo delegato, con quelle del soggetto fisicamente presentatosi presso gli Uffici dell'Ente per darvi corso, nonché con l'eventuale accompagnamento di altra persona, di cui vanno specificate le generalità in calce alla richiesta di accesso, avviene in orario di ufficio alla presenza, ove necessario, di personale addetto. L'interessato può prendere appunti e trascrivere in tutto o in parte i documenti presi in visione. Il tempo concesso per la consultazione è adeguato alla natura ed alla complessità del documento.

4. E' vietato asportare i documenti dal luogo in cui sono dati in visione, tracciare segni su di essi ovvero alterarli in qualsiasi modo.

5. Il rilascio di copie è subordinato, ai sensi dell'art. 25, comma 1, della citata legge 241/90, al rimborso dei relativi costi, nell'ammontare che sarà determinato dalla Fondazione e comunicato all'interessato all'atto dell'accesso. Nel caso in cui l'interessato

chieda l'autenticazione delle copie, andrà altresì corrisposta l'imposta di bollo.

6. Trascorsi 90 giorni dalla comunicazione al richiedente dell'accettazione della richiesta senza che questi, pur autorizzato, abbia preso visione del documento, per ottenere l'accesso al documento dovrà essere presentata una nuova richiesta. Tale termine è raddoppiato per i residenti all'estero.

Capo II

Art. 11

Ipotesi di differimento del diritto di accesso

1. Il differimento dell'accesso è disposto, ove sia sufficiente ad assicurare una temporanea tutela degli interessi di cui all'art. 24, comma 6, della legge 241/90 o per salvaguardare specifiche esigenze dell'Ente, in relazione a documenti la cui conoscenza possa compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa o possa comportare pregiudizio o violazione degli interessi tutelati.

2. L'accesso è altresì differito nei casi in cui l'amministrazione che ha formato il documento ne abbia a sua volta differito la visione o l'estrazione di copia.

3. Il differimento deve essere motivato e l'atto che dispone il differimento ne deve indicare la durata.

4. Qualora ricorra l'esi-

genza di differire l'accesso per le ragioni di cui ai precedenti commi, o di escluderlo, ai sensi del successivo articolo, l'accesso può essere consentito limitatamente alle parti dei documenti richiesti, la cui visione non comporti pregiudizio o violazione degli interessi tutelati.

5. Si intendono ricompresi fra i documenti di cui al comma 1 del presente articolo i seguenti documenti:

- a) per la tutela della riservatezza delle persone fisiche interessate, i verbali di visite ispettive, le informative e i rapporti redatti nell'ambito di attività di vigilanza e controllo, qualora tali documenti contengano elementi utili all'attivazione di azioni di responsabilità amministrativa, civile, contabile o penale. L'accesso a tali documenti è differito fino all'adozione dell'atto di avvio del procedimento di responsabilità;
- b) per il buon andamento dell'azione amministrativa, i documenti inerenti all'attività istruttoria sui ricorsi presentati agli Organi Collegiali della Fondazione. L'accesso a tali documenti è differito fino all'adozione della relativa delibera e sempre se non inclusi nei casi di esclusione regolati dall'art. 12 del presente Regolamento.

Art. 12

Esclusione dal diritto di accesso

1. In relazione all'esigenza di salvaguardare il segreto

professionale, in ottemperanza a quanto previsto in materia dall'art. 24 della citata legge 241/90, sono sottratti all'accesso i seguenti documenti:

- i documenti rientranti nei casi di divieto di divulgazione espressamente previsti dalla legge;
- i documenti relativi ai procedimenti tributari per i quali restano ferme le particolari norme che li regolano;
- i documenti amministrativi contenenti informazioni di carattere psico-attitudinale relativi a terzi;
- i pareri, perizie, stime e valutazioni effettuate da dipendenti dell'Ente o da professionisti esterni ad esso che agiscono in base a rapporti di collaborazione professionale;
- atti legali e documentazioni contenute nei fascicoli relativi ad attività di contenzioso, di precontenzioso e consulenza.

2. A tutela della riservatezza, sono sottratti all'accesso:

- processi verbali relativi alle sedute del Consiglio di Amministrazione e del Comitato Esecutivo della Fondazione, qualora non riguardino in modo diretto l'attività di gestione di interessi collettivi;
- deliberazioni degli Organi Collegiali nei casi in cui l'accesso possa recare danno all'Ente o a terzi; deliberazioni e atti che riguardino la vita privata o la riservatezza di persone fisiche, o afferenti alla sfera di persone giuridiche,

gruppi, imprese o associazioni non divulgabili in ragione del segreto epistolare, sanitario, professionale, finanziario, industriale e commerciale;

- atti e documenti relativi a procedure di acquisizione di beni e servizi e per appalti di opere e lavori nel corso dell'espletamento delle procedure stesse;
- documenti attinenti lo stato del personale, gli aspetti disciplinari e retributivi, nonché atti contenenti dati sensibili o giudiziari relativi ai dipendenti.

3. Non sono ammissibili istanze di accesso preordinate ad un controllo generalizzato dell'attività della Fondazione Enpam.

4. Non è ammesso l'accesso agli atti preparatori nel corso della formazione degli atti regolamentari, amministrativi generali, di pianificazione e programmazione.

5. E' assolutamente vietato riprodurre, diffondere o utilizzare a fini commerciali di lucro, le informazioni ottenute mediante l'esercizio del diritto di accesso di cui al presente regolamento a pena di denuncia alle Autorità competenti.

Art. 13

Entrata in vigore

1. Il presente Regolamento è pubblicato nel Giornale della Previdenza edito dalla Fondazione ENPAM e sul sito Internet della stessa al seguente indirizzo web: www.enpam.it.

2. Lo stesso entra in vigore il trentesimo giorno successivo a quello della sua approvazione.

(Il modulo per la richiesta di accesso ai documenti amministrativi è pubblicato sul sito Internet www.enpam.it)

Lavoratrice madre medico

È uscita l'ultima edizione del cd-rom "Lavoratrice madre medico" (aggiornata al 31 marzo 2011) curata dal presidente Eolo Parodi e dal professor Marco Perelli Ercolini, contenente gli aggiornamenti interpretativi in materia. I medici potranno richiederne gratuitamente una copia alla direzione generale dell'Enpam al numero di telefono 06 48294 226 e all'indirizzo e-mail c.sebastiani@enpam.it.



Dipendenti pubblici, collaborazioni con... placet

di Claudio Testuzza

I dipendenti delle pubbliche amministrazioni, e fra questi rientrano anche i dirigenti medici del servizio sanitario, non possono svolgere, in generale, incarichi non compresi nei compiti e doveri d'ufficio. La possibilità di attivare forme di collaborazione od altro deve essere data da previsioni o discipline di leggi e da altre fonti normative, ovvero che siano espressamente autorizzate. Infatti il pubblico dipendente non può svolgere attività o assumere incarichi affidatigli sia da un'altra pubblica amministrazione sia da soggetti privati senza aver ottenuto un placet apposito dall'ente di appartenenza. Inoltre, questi incarichi devono essere tali da escludere casi di incompatibilità sia di diritto che di fatto, nell'interesse del buono andamento della pubblica amministrazione. Tutta la materia è stata regolamentata dal testo uni-

co del pubblico impiego, il decreto legislativo n. 165 del 30 marzo 2001, ed in particolare dal suo articolo 53.

Lo stesso articolo 53, tuttavia, ha subito delle modifiche, finalizzate al contenimento del ricorso all'affidamento di incarichi ai dipendenti delle pubbliche amministrazioni, ad opera del Dl 112 del 25 giugno 2008 e successivamente dal decreto legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009. L'articolo 16-bis, introdotto recentemente, ha previsto, inoltre, che il dipartimento della Funzione pubblica, tramite l'ispettorato per la funzione pubblica, può disporre verifiche del rispetto della normativa relativa, appunto, all'affidamento degli incarichi nella pubblica amministrazione. Lo stesso Dl 112/2008 ha imposto alle pubbliche amministrazioni di comunicare ogni anno, i compensi percepiti dai propri dipendenti anche per incarichi relativi a compiti e doveri d'ufficio.

L'autorizzazione, come previsto dall'articolo 53, comma 7 del Dlgs n. 165/2001, è necessaria per eventuali incarichi retribuiti. La stessa autorizzazione dovrà essere richiesta all'ente del dipendente e l'istanza dovrà essere inoltrata dai soggetti pubblici ovvero privati che intendono conferire l'incarico. In verità il comma 10 dello stesso articolo consentirebbe che la richiesta in questione possa essere inoltrata dallo stesso dipendente interessato.

L'autorizzazione, una volta decorso il termine per provvedere, si intenderà accordata solamente nel caso in cui essa sia stata richiesta per incarichi che fossero conferiti da altre amministrazioni pubbliche. In tutte le altre circostanze la decorrenza del termine senza risposta, da parte dall'amministrazione, vuol dire esattamente il contrario: l'autorizzazione è da considerare definitivamente negata.

Vi sono attività o incarichi, precisamente individuati dalla legge, che pur essendo retribuiti, possono essere svolti dal pubblico dipendente senza la necessità, da parte sua, di ottenere l'autorizzazione dell'amministrazione datore di lavoro.

Queste eccezioni sono in-

dicare dal comma 6 dello stesso articolo del decreto legislativo n. 165. L'elenco comprende la collaborazione a giornali, riviste, enciclopedie e simili. E' anche prevista l'utilizzazione economica, da parte dell'autore o inventore di opere dell'ingegno e di invenzioni industriali. Inoltre sono consentite la partecipazione a convegni e seminari, gli incarichi per i quali è corrisposto solamente il rimborso delle spese documentate, gli incarichi per lo svolgimento dei quali il dipendente è posto fuori ruolo, gli incarichi conferiti dalle organizzazioni sindacali ai dipendenti distaccati presso le stesse o in aspettativa non retribuita. Infine è anche consentita l'attività di formazione diretta ai dipendenti della stessa amministrazione pubblica. A questa lista si aggiungono gli incarichi gratuiti, visto che, ai fini della necessaria autorizzazione, il legislatore ha inteso considerare i soli incarichi per i quali, anche se occasionali, sia comunque previsto, sotto qualsiasi forma, un compenso.

Una regolamentazione più dettagliata, relativa agli incarichi non soggetti ad autorizzazione, potrebbe derivare da atti regolamentari interni dello stesso ente, specie per quelli gratuiti, che potrebbero far sorgere contrasti con il buon andamento della pubblica amministrazione ovvero arrecare pregiudizio al prestigio dell'amministrazione datrice di lavoro. •

**La Funzione pubblica
può disporre verifiche
del rispetto della normativa
relativa all'affidamento
degli incarichi
nella pubblica amministrazione**

Il nostro sistema previdenziale pubblico, introdotto nel 1996, assieme a quello che altri Paesi europei hanno anche adottato, ha posto la crescita del Pil (il prodotto interno lordo) al centro della determinazione delle pensioni, sostituendo, in modo graduale, la formula contributiva alla precedente formula retributiva. La differenza di metodo di calcolo fra le due concezioni è particolarmente evidente. La prima determina la pensione in funzione dei contributi versati e del tasso di crescita del Pil, inteso come rendimento da applicare ogni anno ai contributi versati, e all'età del pensionamento. In pratica, tenendo conto dell'aspettativa di vita, ciascuno riceve l'equivalente di ciò che ha versato. La formula di calcolo retributiva predetermina, invece, un rendimento del 2 per cento per anno di lavoro (nel caso dei medici dipendenti in passato dagli ospedali ed adesso dal Ssn e fino al 1995 il tasso poteva giungere anche al 3/4 per cento per anno) e ne applica il prodotto in parte all'ultima retribuzione (Quota A della pensione) ovvero alla media delle re-

La crisi pesa sulle pensioni

tribuzioni degli ultimi dieci anni (Quota B). I contributi, venivano, e solo per alcuni e per qualche anno, verranno ancora, indicizzati non solo all'inflazione e alla produttività, ma anche, ed è questa la condizione più favorevole, alle dinamiche salariali individuali. Con ciò premiando, da un canto le categorie più ricche, ma anche coloro che tendevano a migliorare, nel tempo, la propria condizione professionale e quindi economica. Ma con un rovescio della medaglia, in quanto la più generosa garanzia non trovava un'adeguata copertura, specie nel pubblico impiego, soprattutto per l'incremento del numero dei pensionati a fronte del decremento del numero di lavoratori attivi. Il nuovo metodo contributivo cerca di riequilibrare i rapporti fra generazioni sia pure al prezzo di esporre i giovani al rischio dell'andamento demografico ed economico. La riforma del 1995 era basata sulla pre-

visione di crescita del 2 / 3 per cento annuo, in linea con quella degli anni precedenti, e quindi un discreto rendimento per i contributi versati. Ma negli ultimi 15 anni la crescita è stata molto bassa e addirittura negativa nel 2008 e 2009. La recessione ha, quindi, avuto un effetto negativo sul meccanismo di rivalutazione dei "montanti" (la sommatoria dei versamenti contributivi di ciascun lavoratore) il cui tasso di capitalizzazione è determinato proprio dalla variazione del Pil, e quindi sul valore delle future pensioni che potranno raggiungere anche un dieci per cento in meno di quanto previsto in passato. I dipendenti dovranno così prendere coscienza del metodo contributivo in un contesto assai penalizzante. Come accadrebbe ad un risparmiatore che, al termine di un periodo prolungato di bassi tassi di interesse, si accorgesse del magro frutto del proprio libretto di risparmio.

La simulazione di questa realtà futura è stata realizzata dal servizio statistico attuariale dell'Inpdap, l'istituto previdenziale dei dipendenti pubblici, a cui fanno capo anche i sanitari dipendenti dal Ssn. Per recuperare la condizione originaria sarebbe necessa-

rio che il Pil possa crescere, in termini reali, cioè sfrontato dall'inflazione, di almeno del 2/4 per cento l'anno nel prossimo quadriennio. Poiché questa previsione è particolarmente azzardata, l'esercizio attuariale dell'Inpdap appare come la riprova della necessità, ormai ineluttabile, di far crescere il livello di adesione, dei dipendenti pubblici, ai Fondi di previdenza integrativa.

Se nel settore privato, con più di cinque milioni di iscritti ai Fondi, nel 2010, si è arrivati a circa il 23 per cento del totale dei lavoratori, nel pubblico impiego non si supera il 4 per cento. Ma visto il trattamento fiscale sfavorevole rispetto al settore privato, appare poco probabile un incremento delle adesioni specie in un momento di scarsa fiducia sulle prospettive dei mercati finanziari al cui rendimento è legata la rendita del cosiddetto secondo pilastro. Altro possibile intervento di sostegno si potrebbe, certo realizzare, inserendo nuove garanzie pubbliche, ma bisognerebbe ben valutare il possibile sbilanciamento nei rapporti fra le generazioni, a danno dei giovani appesantiti dai contributi a beneficio dei loro padri.

Se si vogliono sostenere pensioni più generose per il futuro, bisognerà rendere il lavoro delle giovani generazioni meno marginale e precario di quanto oggi non sia. •

C. Test

**Metodo contributivo
che cerca di riequilibrare
i rapporti fra generazioni
pur esponendo i giovani al rischio
dell'andamento demografico
ed economico**

FondoSanità, formazione informazione... ed altro

di Claudio Capra (*)

L'insediamento dei quaranta Delegati dell'Assemblea di FondoSanità, eletti nello scorso dicembre dagli aderenti al Fondo, si è svolto a Roma, venerdì 4 marzo, presso la sede della Fondazione Enpam. Nella stessa giornata si è tenuto un seminario formativo sulla previdenza. Nel corso dell'evento è stata consegnata una targa di ringraziamento a Renato Naldini, già Vice Presidente Nazionale Andi, per il grande ed appassionato contributo alla nascita ed alla crescita di Fondo Dentisti prima e FondoSanità poi. Era invece, purtroppo assente per problemi di salute il dott. Carlo Scifo, anche egli grande sostenitore del Fondo di previdenza complementare. È stato inoltre festeggiato Marcantonio Nardini, il più giovane iscritto al fondo (soli cinque mesi!) figlio di Massimo, delegato di FondoSanità e attivo promotore da sempre, che ora ha fatto al figlio il grande e lungimirante regalo di costruirgli, con eccezionale tempestività, una pensione più adeguata e di certo un futuro più sereno. All'inizio del seminario abbiamo ricevuto il gradito saluto del Presidente Enpam, il prof. Eolo Parodi,



che oltre ad augurare un proficuo lavoro, ha sottolineato come FondoSanità rappresenti un importante pilastro per il futuro della previdenza dei medici e degli odontoiatri, un fiore all'occhiello dell'Ente. Ha inoltre rappresentato anche l'importanza della destinazione del 5 per mille all'Enpam, da utilizzare per implementare sempre più le prestazioni assistenziali erogate dalla Fondazione. Il seminario ha poi avuto una prima parte di presentazione della previdenza obbligatoria, con il puntuale intervento di Ernesto Del Sordo, Vice Direttore Generale di Enpam e Direttore di Fondo Sanità che, partendo dal precetto

costituzionale dell'art. 38, ha delineato l'assetto del sistema pensionistico italiano. Si è, quindi, soffermato sul carattere frammentario della normativa previdenziale degli anni settanta, sull'eccessiva generosità e su talune sperequazioni ed anomalie del sistema che, al mutare della composizione per età della popolazione, hanno nel tempo determinato una abnorme crescita della spesa pensionistica. Ha poi illustrato nel dettaglio le linee delle riforme degli anni novanta, sottolineando l'importanza della pensione complementare nell'attuale assetto normativo del sistema previdenziale. Il Vice Presidente vicario

dell'Enpam, Alberto Olivetti, ha con grande efficacia ribadito che è necessaria una adeguata conoscenza della previdenza per poter fare delle scelte razionali e consapevoli con integrazioni tempestive che, comunque, devono riflettere le reali esigenze di ogni collega. Il nostro futuro in questo campo è condizionato dall'esercizio dell'attività medica che sta cambiando radicalmente, dall'aumento dell'aspettativa di vita (tre mesi ogni anno), dalla fase di recessione delle economie mondiali e dalla "volatilità" legislativa. Ha infine sottolineato la grave incongruenza del regime fiscale cui è assoggettato il patrimonio delle Casse che non è considerato una capitalizzazione obbligata per poter pagare le future pensioni, ma tassato come quello di una qualunque impresa speculativa, con un costo per l'Enpam di molti milioni di euro all'anno. Gian Piero Malagnino, che oltre ad essere Vice Presidente Enpam ricopre anche l'importante carica di Vice Presidente dell'ADEPP (che rappresenta tutte le Casse di previdenza privatizzate), ha illustrato i problemi attuali che interessano tutte le Casse e la battaglia che l'Adepp sta conducendo per riaffermarne l'autonomia delle Casse in questo momento politico di grande incertezza. La legge di stabilità del maggio 2010 risulta un freno anche alla attività quotidiana degli Enti per le con-

tradizioni che i Ministeri vigilanti danno all'interpretazione di alcuni articoli: se quello del Lavoro ha un atteggiamento costruttivo, non altrettanto si può dire per quello dell'Economia. Si lavora comunque per creare un modello unico per tutte le Casse, è stato costituito un Centro Studi Adepp per elaborare i dati comuni ed è stato organizzato un importante convegno sul presente e sul futuro della previdenza privata, al quale hanno partecipato eminenti personalità e studiosi, che si è tenuto a Roma il 16 marzo.

Claudio Testuzza, primario emerito, già dirigente Inpdap ed ora giornalista per Il Sole 24 Ore, ha parlato della situazione previdenziale dei medici dipendenti pubblici. La CPS (Cassa Pensione Sanitari) che era molto florida, con 14 miliardi di lire e 40.000 di patrimonio immobiliare, è stata poi accorpata nell'Inpdap, che ha usato le cospicue riserve accumulate per ripianare i debiti della più ampia categoria dei dipendenti pubblici. Ha, quindi, rappresentato che negli ultimi sedici anni sono state fatte otto "riforme" che hanno interessato le categorie assicurate all'Inpdap e che

ancora altre modifiche si renderanno necessarie: i cambiamenti sono stati sempre più penalizzanti e meno redditizi ed hanno contribuito a generare una situazione di grande incertezza e precarietà. Si è quindi concretizzata la necessità di integrare la previdenza di base con quella complementare; in tale ottica FondoSanità può rappresentare un importante riferimento.

Fabrizio Marino, della BM&C, ha spiegato che la previdenza integrativa in Italia è nata tenendo conto delle positive realtà dei paesi più avanzati in campo previdenziale, ma anche sulla base delle loro esperienze negative, per cui la normativa italiana è sicuramente più avanzata e meglio tutela gli iscritti essendo i Fondi integrativi sottoposti a innumerevoli ed incrociati controlli. Inoltre ha rimarcato, con chiare ed esaurienti tabelle numeriche, come sia conveniente versare prima possibile ed in modo continuativo per sfruttare il meccanismo della capitalizzazione, oltre che i considerevoli vantaggi fiscali. In certe condizioni è facile ottenere, a parità di versamento, in circa 35 anni di contribuzione, il raddoppio del capitale.

Ha preso poi la parola Lui-

gi Daleffe, Presidente di FondoSanità, che ha illustrato le caratteristiche, le finalità ed il ruolo dei Fondi pensione nel sistema previdenziale italiano. Ha, quindi, presentato un dettagliato rapporto sui costi che gravano sugli iscritti in caso di adesione a polizze assicurative, PIP, fondi pensione aperti e chiusi.

Dai dati è emersa l'assoluta convenienza di aderire ai fondi negoziali e segnatamente a FondoSanità che, in confronto ai Fondi aperti, già meno costosi di polizze assicurative e PIP, garantisce un risparmio, ovvero un maggior guadagno, del 15/20 per cento su un orizzonte temporale di 35-40 anni che si traduce in una maggiore capitalizzazione di circa 50.000 euro. Si è quindi passato, dopo un breve intervento di Nicola Lorito, componente del Collegio dei Sindaci di FondoSanità, che ha illustrato il regime dei controlli cui sono sottoposti i fondi pensione, ad una fase più squisitamente tecnica del seminario con le relazioni del gestore amministrativo, della banca depositaria, della consulenza e delle gestioni finanziarie di FondoSanità.

Dania Pussini di Previnet ha illustrato i numerosi e delicati compiti del gestore amministrativo; Luisa Mascalco e Gabriele Baronchelli hanno presentato BNP Paribas ed hanno spiegato le attività che la banca depositaria pone in essere in stretto collegamento con Previnet, i gestori finanzia-

ri e la società di controllo di gestione.

E', quindi, intervenuto Fabrizio Marino della BM&C che ha illustrato le funzioni di audit interno che la società svolge per FondoSanità nonché le azioni di controllo quotidiano che la stessa pone in essere sull'operato di tutte le componenti operative del Fondo.

Carlo Chiarella, collaboratore del Prof. Stefano Gatti, consulente finanziario di Fondo Sanità, ha con grande efficacia analizzato gli strumenti finanziari utilizzabili secondo il D.lgs. n. 703. Si è soffermato quindi sull'utilità della gestione multi comparto, ha spiegato il concetto di benchmark ed infine ha illustrato la strategia di politica "attiva" scelta dal Fondo.

Hanno poi avuto spazio anche i gestori finanziari che, nelle persone di Carlo Cavazzoni per Ina-Generali, di Sebastiano Costa per Schroders, di Federico Garofalo per Pioneer e di Marco Avonto per Eurizon hanno brevemente svolto una presentazione delle rispettive società di gestione soffermandosi, quindi, sulle politiche di investimento dei singoli comparti.

Con la presentazione del sito del Fondo, di recente reingegnerizzato, ed in particolare dell'area riservata ai Delegati si è concluso il seminario che ha "formato", "entusiasmato" ma anche "prostrato" i presenti per la specificità e la quantità delle tematiche affrontate. •

(*) Segretario FondoSanità

**Eolo Parodi ha sottolineato
come FondoSanità
rappresenti un pilastro per il futuro
della previdenza di medici e odontoiatri**

Sistema informatico Enpam, perché si può e si deve cambiare

Fornire di software adeguati gli iscritti affinché possano in modo autonomo verificare la propria posizione previdenziale attuale e compiere simulazioni di rendimenti pensionistici.

L'istituzione di un servizio centrale presso la nostra Fondazione alla quale affidare il coordinamento dei servizi

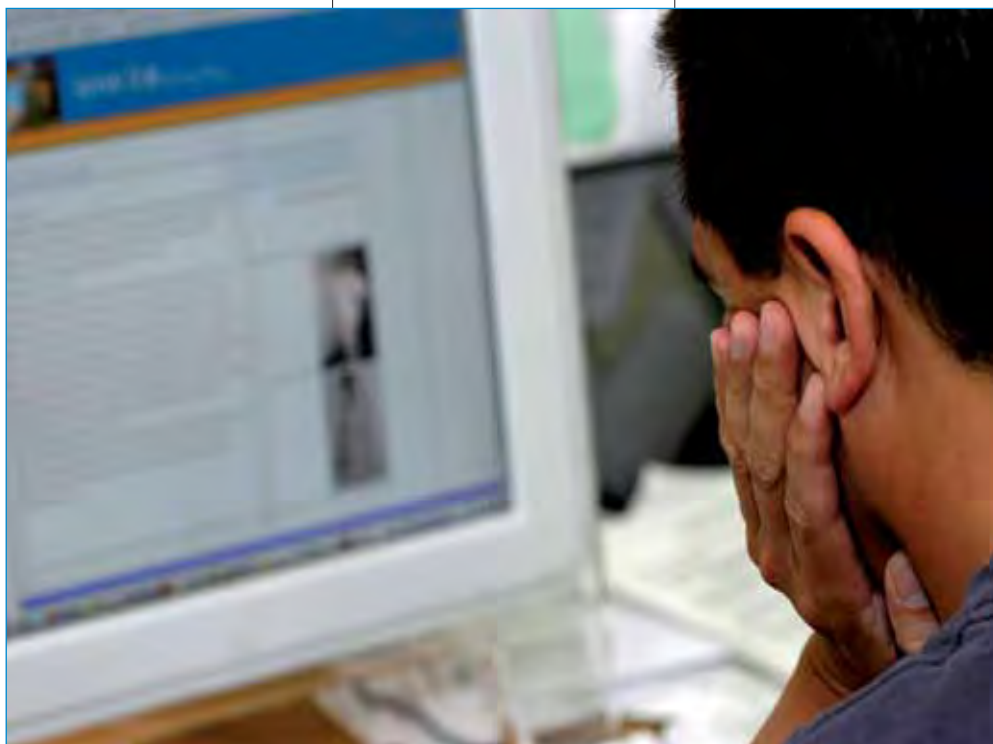
di Eliano Mariotti (*)

Sono ormai alcuni anni che frequento gli uffici dell'Enpam in qualità di consigliere di amministrazione, e come se non fosse già abbastanza complessa questa attività, spesso sono stato incaricato da colleghi della mia provincia e della mia regione di "far fare i conti" per l'eventuale trat-

tamento pensionistico o di andare a sentire presso l'apposito ufficio sullo stato di una particolare pratica. Come presidente di Ordine ho una naturale predisposizione ad attività di "service" e questa aggiunta non mi ha mai pesato, ma mi sono reso conto del crescente malumore degli iscritti ai nostri Fondi causato dalle lunghe attese per avere

delle risposte alle loro esigenze. Certo sono ben conscio che spesso l'allungamento dei tempi non è imputabile all'Ente in quanto si devono raccogliere dati spesso mancanti o depositati presso altre Casse, ma considerando che viviamo in un'era di informatizzazione massiva, con sistemi che possono elaborare ipotesi e previsioni in tempo rea-

le e vedendo anche quanto hanno realizzato colossali previdenziali ben più complessi (vedi INPS) non ritengo che il sistema attuale si possa ritenere soddisfacente. Ma questa sarebbe comunque una necessità minore se non esistesse una priorità ancora maggiore: come penso sappiate, Alberto Olivetti ce lo ripete da parecchio tempo, l'obbligo di avere una riserva di liquidità per 30 anni, la maggiore aspettativa di vita, il rischio del calo dei rendimenti, costringeranno gli amministratori a una attenzione particolare, collocando la previdenza al centro delle attività dell'Ente, e quindi ricollocandola anche quale fulcro del sistema informatico. Forse un esempio di cosa sto parlando ci può aiutare; per quanto riguarda gli iscritti (almeno quelli che sanno gestire un computer o ne hanno la disponibilità) questi dovranno essere forniti di software (programmi) adeguati a fornire in modo autonomo la posizione previdenziale attuale ed essere in grado di compiere simulazioni di rendimenti pensionistici allargando la piattaforma informatica anche a smartphone e tablet (abituando così le nuove generazioni di medici ad una quasi autonomia). Per coloro che invece hanno in corso richieste più complesse si dovrà prevedere il tracciamento telematico della pratica stessa, in



modo da conoscere anche in questo caso in tempo reale lo stato di avanzamento della pratica, l'ufficio presso cui sia giacente e l'eventuale motivo che ne ritarda la definizione. Già questi provvedimenti libererebbero risorse umane ai call center e consentirebbero un minor carico di lavoro con più soddisfazione degli utenti; non dobbiamo mai dimenticare che la comunicazione è il biglietto da visita dell'ente.

Per quanto concerne la Previdenza immaginate che la Direzione e il Cda dell'Ente possano accedere ad un cruscotto con una serie di pannelli nei quali si possa esaminare, sempre in tempo reale, la situazione degli iscritti ai vari Fondi di gestione, la situazione

Non dobbiamo mai dimenticare che la comunicazione è il biglietto da visita dell'Ente

dei versamenti dei contributi, sia delle Asl che volontari, i valori di rendimento degli investimenti mobiliari e immobiliari, le previsioni di quiescenza, e che in tutti questi pannelli fosse possibile avere delle proiezioni ipotetiche, ma veritiere, al verificarsi di eventi imprevisti, ad esempio gobbe di uscite, cali di rendimenti, ritardi di versamenti dalle regioni, etc. Mi pare evidente che un sistema simile, e guardate che non parlo di fantascienza perché ne ho già visto un prototipo all'Uffi-

cio Sviluppo, metterebbe gli amministratori in grado di prendere decisioni su dati reali e ricorrere il meno possibile all'aiuto di esperti esterni all'Ente (leggi risparmio di consulenze) darebbe la possibilità di risposte amministrative in tempi brevi. Personalmente ritengo che l'Ente abbia al suo interno risorse umane e capacità adeguate per affrontare un cambiamento, ma forse è più giusto parlare di un adeguamento ad esigenze sentite e richieste da più parti. La possibile istitu-

zione di un servizio centrale che si potrebbe definire di intelligence al quale affidare la centralità del coordinamento dei servizi attuali sembrerebbe al momento l'ipotesi più percorribile.

Tra l'altro la possibilità di creare un gruppo di lavoro esperto nel coordinamento e nella realizzazione di progetti dedicati alla previdenza potrebbe costituire una conoscenza privilegiata (know how) da esportare ad altre Casse con ritorno economico e di immagine per l'Ente. •

(*) Consigliere di amministrazione Enpam, presidente dell'Ordine dei medici e degli odontoiatri di Livorno

Visita il nostro nuovo sito www.enpam.it

Consulta la tua rivista ONLINE



Accedi alle NOTIZIE

Anagrafe generale delle posizioni attive

di Vittorio Pulci (*)

Grazie alla collaborazione di tutti gli Enti previdenziali italiani è in corso di costituzione l'Anagrafe generale delle posizioni assicurative degli iscritti alle forme di previdenza obbligatoria, denominata *Casellario Centrale delle Posizioni Previdenziali Attive* (Legge n° 243/2004).

Tale Anagrafe consiste in un unico archivio informatico che, per ciascun lavoratore, raccoglie i dati relativi alla contribuzione obbligatoria e facoltativa corrisposta. Tale ambizioso progetto garantirà, pertanto, l'integrazione di tutte le informazioni sulle forze lavoro in Italia, attualmente disperse in numerosi archivi, gestiti da Enti e Amministrazioni diverse.

Il coordinamento di tale Casellario è stato attribuito al Nucleo di Valutazione della Spesa Previdenziale (NVSP), costituito presso il Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale.

Con il costante monito-

raggio dei dati relativi alle posizioni contributive in essere, una volta a regime, il Casellario Centrale consentirà di analizzare, a livello nazionale, l'andamento dei livelli occupazionali nei diversi ambiti lavorativi (lavoro dipendente, collaborazioni, lavoro autonomo, attività professionali, etc.) e di verificare il corretto operato dei datori di lavoro, al fine di combattere l'evasione contributiva.

Ulteriore e fondamentale obiettivo del Casellario centrale è quello di garantire a tutti i soggetti in attività l'accesso ad un estratto conto contributivo integrato, cioè riepilogativo di tutti i contributi obbligatori facenti capo al singolo lavoratore, anche in caso di iscrizione dello stesso presso diversi Enti previdenziali.

Al fine di concretizzare tale progetto, l'ENPAM – unitamente agli altri Enti gestori di forme di previdenza obbligatoria e conformemente alle vigenti disposizioni normative – ha provveduto a trasmettere al Casellario centrale i da-

ti anagrafici e contributivi di tutti i propri iscritti. In particolare:

- sono stati inviati i dati relativi a tutti i soggetti che hanno almeno un contributo nella loro vita assicurativa, indipendentemente dal periodo di riferimento;
- non sono stati inviati i dati riferiti a soggetti deceduti, cancellati per i quali si è proceduto alla restituzione dei contributi o al loro trasferimento ad altro Ente, nonché i soggetti pensionati;
- per i pensionati la trasmissione ha riguardato solo i versamenti contributivi relativi a periodi successivi al pensionamento.

Contestualmente, la sinergia fra tutti gli Enti e le Casse di previdenza italiani ha permesso di completare il lavoro di analisi e di elaborazione del modello di *Estratto Conto Integrato* (ECI): un unico documento nel quale saranno esposti, in ordine cronologico, i versamenti e i periodi contributivi maturati presso i diversi Fondi o gestioni di previdenza obbligatoria con i quali il contribuente è stato assicurato.

Il modello di *Estratto Conto Integrato* è stato predisposto tenendo conto dei diversi tipi di estratto con-

to già in uso presso gli Enti e le Casse previdenziali ed è composto di due sezioni:

- un primo quadro (Quadro A), contenente gli elementi utili alla valutazione dell'anzianità contributiva complessivamente maturata presso i diversi Fondi d'iscrizione, nonché i periodi di contribuzione figurativa riconosciuta;
- un secondo quadro (Quadro B), in cui vengono riportati gli elementi prettamente contabili, quali la contribuzione dovuta e gli importi effettivamente versati.

In futuro sarà possibile visualizzare tale estratto conto direttamente on-line: la consultazione avverrà in via telematica attraverso il portale di Internet della Fondazione, previa autenticazione presso l'Area riservata.

Durante una prima fase sperimentale, sulla base delle indicazioni fornite dal Nucleo di Valutazione della Spesa Previdenziale, l'accesso a tale servizio sarà disponibile solo per un campione limitato di soggetti (circa 2.500 iscritti all'ENPAM), scelti tra i titolari di contribuzione presso diversi Enti di previdenza.

Agli iscritti prescelti sarà trasmessa una specifica nota informativa volta ad illustrare le finalità dell'operazione e a spiegare le modalità di accesso e consultazione del documento.

Terminata la fase speri-

Archivio informatico che per ciascun lavoratore raccoglie i dati relativi alla contribuzione obbligatoria e facoltativa corrisposta

Terremoto in Abruzzo, interpello della Fondazione

Le somme corrisposte alle vittime del sisma a titolo di risarcimento dei danni subiti non costituiscono reddito imponibile.

La nota dello scorso febbraio della Direzione centrale normativa dell'Agenzia delle entrate che ha accolto l'iniziativa dell'Ente

**di Stefano Margheritelli
e Nicolò Conte (*)**

mentale, tutti gli iscritti registrati al portale della Fondazione potranno consultare on-line il proprio *Estratto Conto Integrato*, visualizzando oltre ai dati relativi ai Fondi gestiti dall'ENPAM anche quelli riferiti a eventuali posizioni contributive presenti presso altri Enti di previdenza (INPS, INPDAP, etc.): per la prima volta le informazioni contributive riguardanti i periodi di iscrizione presso tutti gli Enti previdenziali saranno consultabili mediante la visualizzazione di un unico documento. Ciascun Ente previdenziale continuerà ad essere responsabile solo dei propri dati contributivi. Pertanto, le eventuali richieste di chiarimento in merito alle informazioni esposte nell'ECI, seguiranno ad essere gestite esclusivamente dall'Ente previdenziale titolare della relativa posizione contributiva. È evidente che la realizzazione di questa iniziativa, frutto dell'impegno congiunto di tutti gli Enti di previdenza italiani, oltre a permettere una più rapida consultazione delle informazioni contributive inerenti più gestioni, garantirà la massima trasparenza in materia previdenziale, consentendo agli iscritti di assumere scelte più consapevoli volte a programmare per tempo il proprio futuro previdenziale. •

(*) Dirigente
Servizio contributi
e attività ispettiva

La Fondazione Enpam, esercitando le proprie funzioni assistenziali in favore di iscritti e loro familiari o superstiti, ha la facoltà di erogare, tra gli altri, dei *“contributi assistenziali straordinari a favore di residenti in comuni interessati da calamità naturali riconosciute con Decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri, i quali abbiano riportato danni a beni mobili ed immobili in conseguenza delle calamità medesime”* (art. 6 del *“Regolamento delle Prestazioni Assistenziali del Fondo di Previdenza Generale”*). A seguito dei tragici eventi che hanno colpito l'Abruzzo, la Fondazione ha concretamente erogato (e continua tuttora ad erogare) le prestazioni assistenziali previste dal citato articolo 6.

Al termine di un lavoro di approfondimento in ordine al corretto trattamento fiscale da riservare ai contributi in oggetto, lavoro che è culminato con la presentazione ed il successivo accoglimento di specifica istanza di Interpello ai sensi dell'art 11, L. 27 luglio 2000, n. 212 e D.M. 26 aprile 2001 n. 209, la Fondazione è giunta alla conclusione che tali contributi non costituiscano reddito imponibile.

Con l'istanza di interpello citata la Cassa, impegnata nella tutela degli interessi dei propri iscritti ed in particolar modo dei medici e/o superstiti vittime del terremoto, ha richiesto all'Agenzia delle Entrate di pronunciarsi espressamente in merito alla non imponibilità (e conseguente non assoggettamento a ritenuta) dei contributi erogati ai sensi dell'art. 6 del *“Regolamento delle prestazioni assistenziali del*

Fondo di Previdenza Generale”.

Ad avviso dell'Ente, in questa specifica ipotesi le somme corrisposte a fronte di danni a beni patrimoniali e nei limiti dei danni stessi, non potevano considerarsi una fonte di reddito per i percipienti ma rivestivano una natura meramente risarcitoria dei danni subiti, potendosi le medesime somme configurare quali indennità erogate con lo scopo primario di ricostituire il patrimonio di un soggetto leso ovvero di risarcirlo della perdita del patrimonio con conseguente esclusione da imposizione ai sensi dell'articolo 6, comma 2, del TUIR, laddove si prevede che solamente *“...i proventi conseguiti in sostituzione di redditi ...e le indennità conseguite, anche in forma assicurativa, a titolo di risarcimento di danni consistenti nella perdita di redditi, costituiscono redditi della stessa categoria di quelli sostituiti o perduti”*; ciò non si verificava per i contributi in oggetto, erogati non per remunera-

Le somme corrisposte a fronte di danni non potevano considerarsi fonte di reddito ma rivestivano natura meramente risarcitoria

(segue a pag. 20)

(segue da pag. 19)

re il medico per il mancato/minor reddito professionale per effetto del terremoto che ne aveva ostacolato l'esercizio dell'attività lavorativa, bensì per restituire al medico il suo immobile ed i mobili in esso contenuti nello stato in cui si trovavano prima dei danni provocati dal terremoto stesso.

Tale interpretazione era confortata da alcune decisioni della Corte Suprema di Cassazione (cfr. Cass. n. 1905/2007, n. 3632/2006, n. 2119 e 18369/2005) secondo la quale *“costituisce principio generale in materia quello secondo cui le somme aventi natura risarcitoria di danni emergenti sono, ai sensi dell'art. 6, comma 2, del citato D.P.R. n. 917 del 1986, estranee al concetto di reddito”* ... *“le somme percepite dal contribuente a titolo risarcitorio costituiscono reddito imponibile solo nei limiti in cui abbiano la funzione di reintegrare un danno concretatosi nella mancata percezione di redditi. L'applicazione in concreto della disposizione di legge citata comporta, quindi, che la questione relativa alla imponibilità delle somme riscosse dal lavoratore a titolo risarcitorio non possa mai prescindere dal-*



l'accertamento in ordine alla natura del pregiudizio che l'importo ricevuto ha la funzione di indennizzare, dovendo in particolare il giudicante verificare se la dazione di tali somme trovi o meno la sua causa nella funzione di riparare la perdita di un reddito, potendo soltanto in caso di risposta positiva - e sempre che non si tratti di danni da invalidità permanente o da morte - affermarsi la tassazione della relativa indennità” (cfr. Cass. n. 10972 del 13/5/2009).

Il professionista potrà dedurre i costi per la ristrutturazione dell'immobile nella misura in cui la spesa risulti effettivamente “sostenuta”

Con nota del 23 febbraio 2011, prot. 954-14452/2011, la Direzione Centrale Normativa dell'Agenzia delle Entrate ha sostanzialmente accolto l'interpello proposto dalla Fondazione affermando che: *“Il parere dell'interpellante è condivisibile ...le prestazioni erogate dall'Ente Previdenziale istante, per far fronte ai danni causati dal sisma all'abitazione o allo studio professionale degli iscritti, devono essere assoggettate a tassazione se inquadrabili in una categoria di reddito. Attesa la natura assistenziale dei contributi per la ricostruzione post sisma, detta condizione deve ritenersi esclusa in relazione ai contributi concessi ai pro-*

fessionisti sia per la ricostruzione dell'abitazione sia per la ricostruzione dell'immobile strumentale”. L'Agenzia ha precisato che *“i contributi erogati (dall'Ente) per far fronte ai danni subiti dall'immobile destinato ad uso professionale comportano che il professionista potrà dedurre – nella misura e secondo le modalità previste dall'art. 54 del TUIR – i costi per la ristrutturazione dell'immobile strumentali nella misura in cui la spesa risulti effettivamente “sostenuta”, vale a dire al netto dei contributi percepiti”* (dalla Fondazione).

L'esito dell'interpello comporterà effetti positivi per i percipienti: le somme, in quanto non costituenti reddito, saranno integralmente corrisposte all'avente diritto e la Fondazione non effettuerà alcuna ritenuta fiscale. Coloro che hanno percepito tale tipologia di sussidio nel corso del 2009 avranno la possibilità, entro il 30/9/2011, di rettificare a proprio favore la dichiarazione dei redditi 2009, laddove eventualmente già presentata con l'inclusione degli anzidetti contributi. A coloro che hanno percepito tali sussidi dal gennaio 2010 al febbraio 2011 verranno restituite le ritenute operate. A tutti gli interessati verrà personalmente inviata una comunicazione da parte dell'Ente. •

(*) Dirigenti del Servizio Assistenza e del Servizio Tributario della Fondazione

Medici, futuro in rosa si spera anche al vertice

a cura di
Gian Piero Ventura Mazzuca

Prosegue la nostra rubrica sulle nuove generazioni di medici e odontoiatri che, per la prima volta nella storia dell'Enpam, si affaccia anche nel mondo universitario. Ecco allora che, salutando la neo laureata Elisa Matarazzo che lascia l'incarico, ci preme subito fare un augurio a Marco Bonsano, neo eletto presidente del Segretariato italiano studenti di medicina (SISM), un'organizzazione presente in 36 Facoltà e distribuita su tutto il territorio nazionale che si occupa delle tematiche sociali di interesse medico, dei processi di formazione di base dello studente in medicina, degli ordinamenti che regolano questi processi e dell'aggiornamento continuo dello studente.

Fa invece parte del nostro gruppo di Progetto Giovani Laura Petri, che propone una breve relazione sul rapporto tra il futuro medico e la presenza femminile: "Il futuro della professione medica sarà sempre più rosa. Sono 148.000 oggi le donne medico in Italia, rappresentano il 37% degli iscritti agli Albi e il 64% dei medici sotto i 35 anni.

Tante dunque le donne me-



dico e odontoiatre, che si dividono tra le varie specializzazioni. La Fnomceo si è riunita i primi di aprile a Firenze - presso l'Aula Magna dell'Università - nel Convegno "Leadership in Sanità: interpretazione al femminile, innovazioni, opportunità" proprio per discutere di questo cambiamento in atto della Sanità pubblica e offrire un modello femminile di interpretazione ed organizzazione delle funzioni della Sanità.

Nonostante questi numeri, si deve però sottolineare che nelle posizioni apicali la presenza femminile è esigua. Scarsa è l'attenzione all'accesso di dirigenti medici donne all'interno del Sistema sanitario.

Qualche numero: solo il 13% della dirigenza medica di strutture complesse è donna; sale al 29% la percentuale se ci si riferisce a strutture semplici; bassissimo, solo l'11%, la percentuale femminile di professori ordinari. E su 106

Ordini dei medici solo 2 hanno come presidente una donna: quelli delle provincie di Gorizia e di Fermo.

Un rapporto del 2009 della Commissione europea sulla parità di genere nella scienza dice che le donne rappresentano il 33 per cento dei ricercatori italiani, ma solo il 20 per cento raggiunge le posizioni di leadership. Centoquindici mila medici, oggi compresi nella fascia di età tra i 51 e i 59 anni, il 38% della popolazione medica attiva, il 52% dei dottori arruolati nel servizio sanitario nazionale, entro il 2025. Saranno probabilmente le donne che dovranno ricoprire i posti lasciati vuoti. Le donne hanno indubbe capacità organizzative, gestiscono reti di relazioni, sanno comunicare, sono da sempre pilastro per la guida della famiglia".

La Petri conclude: "Come ha sostenuto il presidente della Fnomceo, Amedeo Bianco, la progressiva femminilizzazione della professione medica dovrà trovare riscontro in una necessaria rivisitazione dei modelli organizzativi delle attività sanitarie. Questo per rendere le specifiche esigenze del ruolo sociale delle donne più coerenti alle specifiche esigenze della professione".

Se il futuro sarà quindi più rosa, nel presente ricordiamo che attendiamo sempre notizie e contributi alla nostra e-mail:

progettogiovani@enpam.it



Valter Santilli è Professore Ordinario in Medicina fisica e riabilitazione e Direttore della Scuola di specializzazione presso l'Università di Roma "Sapienza". Per la stessa Università è presidente del Corso di laurea specialistica per le professioni sanitarie della Riabilitazione

Fisiatria, valore aggiunto nel percorso terapeutico

di Carlo Ciocci

Riabilitazione: in questo campo sono stati fatti passi decisamente in avanti. Che cosa significa oggi occuparsi di riabilitazione?

Riabilitazione è un termine generico e va riempito di contenuti. Prima di tutto dobbiamo ricordare che la nostra disciplina, la fisiatria, non è una disciplina d'organo, non siamo medici che curano solo cuore o fegato. Ma il fisiatra è uno specialista che cura la persona nella sua totalità, quindi, oltre gli aspetti sanitari, deve approfondire le problematiche, sanitarie e sociali, che interagiscono su di una persona portatrice di disabilità. Ci occupiamo della disabilità che è vista come una "riduzione" o la "mancanza" di una funzione. Il Fisiatra è chiamato a rieducare il paziente, per reinserirlo nelle attività, fami-

liari o lavorative, che devono essere svolte, pur essendo portatore di un deficit motorio, cognitivo o sensoriale.

Occuparsi di una persona "nella sua totalità": chiariamo ulteriormente questo concetto?

Un paziente, ad esempio, con una paralisi dovuta ad un ictus, viene colpito dalla patologia non solo dal punto di vista strettamente motorio, ma anche in altri ambiti: nella vita di relazione, nella difficoltà nei trasferimenti, nelle problematiche legate alla vita affettiva, nel non poter guidare un'automobile. Dunque è di nostro interesse non solo il problema biologico, clinico e sanitario della paralisi, ma anche tutte le aree che interagiscono con la vita del paziente. Così, nel rieducare alla deambulazione un emiplegico mi dovrò sicuramente

preoccupare del recupero del cammino, quindi con l'esercizio terapeutico, ma dovrò anche prescrivere dei farmaci, ove servissero, per migliorare il tono muscolare dell'arto paralizzato. Per ultimo mi dovrò anche preoccupare del fatto che il paziente abita al quinto piano di uno stabile senza ascensore. In questo caso il fisiatra dovrà prescrivere degli ausili come il montascala, ma anche consigliare il paziente per le procedure utili ad attivare un ascensore ex novo. Quindi, in poche parole, un'attività a 360 gradi.

Per quanto riguarda l'ambito lavorativo?

Molti nostri pazienti sono giovani che si imbattono in una grave disabilità: devono e possono essere reinseriti nell'ambito di una normale vita sociale, anche per quanto riguarda il lavoro. Personalmente sono stato

primario di Unità spinale e spesso ho incontrato pazienti giovani che sono incappati in gravi incidenti stradali. Ebbene posso assicurare che ci sono mielolesi che rientrano sul posto di lavoro, paraplegici che continuano le attività che svolgevano prima e altri a cui bisogna dare delle speranze modificandogli l'ambiente circostante per renderlo compatibile con le sopravvenute esigenze.

Altro campo di interesse per la riabilitazione è quello dei post-comatosi, coloro che rimangono in coma per lunghi periodi e poi presentano capacità di risveglio per cui necessitano della riabilitazione per essere reinseriti nei limiti del possibile, nella società e a volte nelle attività lavorative.

Per rispondere in generale alla domanda basterebbe ricordare Sir Ludwig Guttmann, uno tra i primi riabilitatori, il quale in Inghilterra dopo la seconda guerra mondiale aprì i primi reparti di Unità spinale per mielolesi. Ebbene questo grande personaggio disse che per l'individuo e per la società è meglio reinserire in ambito lavorativo un paziente con questo genere di problemi che dargli una pensione di invalidità a vita, rendendolo in tal modo passivo per se stesso e per la società.

Tra i vostri pazienti ci sono anche bambini e giovanissimi?

Sicuramente sì, ci occupiamo dai neonati con cere-



bro-lesioni, ma anche di ragazzi con problemi meno gravi come quelli affetti da scoliosi o cifosi. L'età evolutiva è di nostro grande interesse sia per le gravi disabilità che per le lievi. Bisogna puntare sui giovani e su programmi riabilitativi anche di lunga gittata, per un efficace politica sanitaria di largo respiro.

Un campo specifico di intervento è quello legato alla reumatologia.

Esiste un settore della riabilitazione che si chiama "Economia articolare" che studia proprio le strategie per risparmiare le articolazioni in fase di riabilitazione. Si tratta di un campo di grande interesse perché aiuta il paziente a superare le gravi disabilità reumatiche come quelle

presenti nell'artrite reumatoide. Ci occupiamo inoltre di rachialgie. Non è un caso che alla "Sapienza" ho attivato un Master insieme al Prof. G. Brugnoli, di "Medicina manuale, metodiche posturali e tecniche infiltrative in Riabilitazione", prevalentemente finalizzato al trattamento del "mal di schiena", anche con l'uso delle manipolazioni vertebrali.

Fisiatria come disciplina trasversale?

La Fisiatria, come vediamo, è una disciplina trasversale ed entra in contatto anche con altri ambiti patologici: recentemente si dà molto spazio al fisiatra nell'ambito dell'oncologia o per malati affetti da gravi patologie car-

diovascolari e pneumologiche. Ecco, allora, confermata, come dicevo, la trasversalità della Fisiatria che copre numerosi ambiti della Medicina come valore aggiunto nel percorso terapeutico.

La vostra opera viene svolta in collaborazione con altri specialisti?

Le figure con le quali lavoriamo sono il fisioterapista, il terapeuta occupazionale, il logopedista, il tecnico ortopedico che confeziona protesi e fornisce ausili, il neuropsicologo che si occupa dei disturbi cognitivi in seguito a patologia o lesione traumatica al sistema nervoso centrale, il neuro-psicomotricista dell'età evolutiva. Il fisiatra insieme a questi colleghi, e quando necessita insieme allo specialista d'organo, confeziona il progetto riabilitativo.

Lei, professor Santilli, è tra i medici che forse più di ogni altro si dedica alla comunicazione sanitaria. Sono infatti numerose le sue apparizioni in video. A cosa si deve questa attività?

Solo con la Rai, dal '95 ad oggi, sono stato chiamato per contributi scientifici più di trecento volte. "Uno mattina", "Geo & Geo", "Elisir", "Cominciamo bene" sono solo alcune trasmissioni che mi hanno ospitato. Se un professionista, un medico, viene spesso chiamato in trasmissione per parlare di determinati argomenti è per-

ché gli argomenti interessano una ampia fetta della popolazione che normalmente segue la televisione. In questo senso la Rai si è sempre dimostrata molto sensibile ai nostri temi; se poi questi argomenti vengono comunicati in modo efficace accade allora che il messaggio viene reso attraente per gli ascoltatori. Non è cosa da poco: a volte capita che alcuni medici vengano davanti alla telecamera parlando come se si trovasse in un'assise congressuale, di fronte ai colleghi, invece il segreto è essere portatori di un messaggio che interessi una vasta platea e che sia esposto in modo accessibile a tutti. Altro elemento da sottolineare è che possiamo modificare il linguaggio della popolazione che ci ascolta facendo una buona comunicazione: valga l'esempio del fatto che la parola "fisiatra" era un termine per lo più sconosciuto alla maggioranza degli italiani non più di venti anni fa. La Fisiatria, poi, era appannaggio, da un punto di vista contenutistico, di pochi eletti e piccoli ambiti sanitari, sia perché la disciplina non si era diffusa a sufficienza, sia perché il fisiatra veniva spesso confuso con il fisioterapista. Probabilmente l'aver fatto oltre trecento trasmissioni in Rai, ripetendo chi è il fisiatra, diffondendo quali siano i suoi compiti, è servito per una migliore comprensione della fisiatria da parte della popolazione. •

La Fisiatria è una disciplina trasversale ed entra in contatto anche con altri ambiti patologici



Roberto de Franchis è dal 2004 professore ordinario di Gastroenterologia presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Milano. Ha diretto per oltre 20 anni il servizio di Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva del dipartimento di Scienze mediche dell'Università di Milano, presso l'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano. Dal 2006 al 2010 è stato direttore dell'Unità Operativa Complessa di Gastroenterologia 3 dell'IRCCS Fondazione Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano. Dal 1 Novembre 2010 è direttore dell'Unità Operativa di Gastroenterologia dell'Ospedale Luigi Sacco

Anemia e tubo digerente: emorragie del tratto intermedio

La sede del sanguinamento, localizzata nell'intestino tenue, si esplora con metodiche diagnostiche di secondo livello come l'enteroscopia con videocapsula e l'enteroscopia a doppio pallone

di **Claudia Furlanetto**

“Grazie all'endoscopia le conoscenze circa le cause di emorragia digestiva sono progredite enormemente permettendo l'identificazione chiara dell'origine del sanguinamento, sia che la lesione si trovi nel tratto superiore sia che si trovi nel tratto inferiore del tubo digerente. In tutti questi casi la diagnosi può essere formulata con metodiche endoscopiche standard. Tuttavia, resta un 5 per cento di emorragie digestive in cui gastroscopia e colonscopia risultano negative. Si tratta delle emorragie del tratto intermedio, cioè quello compreso tra il duodeno e l'ileo distale, prima chiamate emorragie di origine oscura” – spiega il professor Roberto de Fran-

chis, direttore dell'U.O. di Gastroenterologia dell'Ospedale Luigi Sacco di Milano.

Come si procede in questo caso?

Quando l'emorragia si manifesta con anemia sideropenica senza causa evidente si procede prima con il test del sangue occulto fecale e, se positivo, con la colonscopia. Se la gastroscopia e la colonscopia risultano negative, si apre la strada all'utilizzo di metodiche di secondo livello come l'enteroscopia con videocapsula e successivamente l'enteroscopia a doppio pallone. L'enteroscopia con videocapsula serve non solo ad

identificare la lesione ma anche la sua sede, elemento fondamentale nell'impiego dell'enteroscopia a doppio pallone perché la localizzazione permette di stabilire se l'esame deve essere praticato per via rettale o per via orale, visto che questo tipo di metodica, pur consentendo l'esplorazione di lunghi tratti, non sempre permette l'esplorazione di tutto l'intestino tenue in una sola seduta.

Esistono controindicazioni nell'impiego della videocapsula?

Difficoltà nella deglutizione causata da problemi di ordine neurologico; la gravidanza, in quanto non è possibi-

le stabilire se la radiofrequenza utilizzata per ricevere l'immagine è pericolosa per il feto e in caso di sospetta o accertata stenosi intestinale, poiché la capsula potrebbe rimanere bloccata. In quest'ultimo caso stiamo comunque parlando di una controindicazione relativa: oggi grazie alle *patency*, capsule composte da materiale solubile, è possibile controllare la pervietà dei tratti intestinali e permettere successivamente la somministrazione della videocapsula in tutta sicurezza.

Ci sono stati casi di occlusione intestinale?

Sono rari. Il più delle volte la ritenzione della videocapsula è del tutto asintomatica. In letteratura sono riportati solo un paio di casi di occlusione acuta che è stato necessario risolvere con intervento chirurgico. Oggi, comunque, la ritenzione della capsula può essere risolta con l'impiego dell'enteroscopia a doppio pallone.

Qual è la resa diagnostica della videocapsula?

Nel sanguinamento oscuro la resa diagnostica è abbastanza elevata, tra il 50 ed il 70 per cento. Quindi un miglioramento notevole rispetto alla metodiche alternative come la scintigrafia, l'angiografia ed il clisma dell'intestino tenue, la cui resa si aggirava intorno al 20 per cento.

Come funziona l'enteroscopia a doppio pallone?

L'apparecchio è costituito da un endoscopio flessibile che si muove all'interno di un overtube, un tubo coassiale più corto. Entrambi

Nel 5 per cento di emorragie digestive la gastroscopia e la colonscopia risultano negative

presentano all'estremità dei dispositivi insufflabili che vengono utilizzati per l'ancoraggio dello strumento in un determinato punto dell'intestino. Si utilizza per evitare le volute delle anse e consentire l'esplorazione completa del piccolo intestino. È una tecnica invasiva e richiede molto tempo: l'esame può infatti durare fino a due ore.

Con questo apparecchio è possibile eseguire prelievi biotici, emostasi di lesioni sanguinanti, polipectomie, dilatazioni pneumatiche di stenosi e recupero di corpi estranei.

A quanto ammontano i costi dell'utilizzo della capsula?

Sono state effettuate delle analisi di costo/efficacia basate però su modelli di previsione. Per quanto riguarda le anemie di origine oscura bisogna però considerare che prima che si rendesse disponibile l'enteroscopia con videocapsula, a causa dell'impossibilità di formulare la diagnosi, i pazienti sostenevano dei per-

corsi molto travagliati che prevedevano trasfusioni ripetute ed anche il ricovero. Quindi in assenza di studi formali eseguiti sulla base di dati reali e prendendo in considerazione le spese di ricovero, analisi, trasfusioni che prima si sostenevano si è giunti oggi alla conclusione che la videocapsula è conveniente. Oltretutto in alcune Regioni la capsula è stata tariffata e questo ne facilita l'utilizzo. Ovviamente è necessario effettuare un controllo, come avviene qui in Lombardia, per evitare che venga impiegata in maniera inappropriata.

Ci sono novità nell'impiego della videocapsula?

La videocapsula per il colon, più grande di quella per l'intestino tenue e per l'esofago, presenta due videocamere, una per ogni estremità, che sono in grado di variare la velocità di cattura delle immagini: si passa da un minimo di quattro ad un massimo di trentacinque immagini al secondo, permettendo così una migliore osservazione delle pareti interne del

colon. Questo tipo di videocapsula è ancora in fase sperimentale: l'obiettivo è quello di renderla alternativa alla colonscopia nello screening del cancro del colon. Il problema da superare è oggi rappresentato dalla necessità di preparare l'intestino in maniera analoga alla colonscopia, anzi aggiungendo una quantità maggiore di soluzione di lavaggio per velocizzare la progressione della capsula attraverso il tratto gastrointestinale e garantire una perfetta pulizia del colon. Il problema della maggiore complessità della preparazione non è ancora stato risolto e non è quindi ancora possibile un impiego generalizzato.

Tornando alla diagnosi della lesione, tecniche come quella della enteroscopia push non sono più impiegate?

Si utilizza quando la lesione è relativamente alta, cioè quando si presume di non dovere analizzare un tratto troppo esteso di intestino tenue. Con questo tipo di tecnica infatti non si riesce ad

esplorare più di un metro di digiuno. Inoltre è mal tollerata dai pazienti, tanto da richiedere a volte l'anestesia.

E quella intraoperatoria?

Viene impiegata quando le altre tecniche non sono state sufficienti per una diagnosi o nel caso in cui non si riesca a raggiungere la lesione con l'enteroscopia a doppio pallone. È comunque riservata a quei casi in cui il rischio connesso al persistere del sanguinamento è superiore al rischio operatorio: ricordo che stiamo parlando di pazienti spesso anziani con patologie concomitanti.

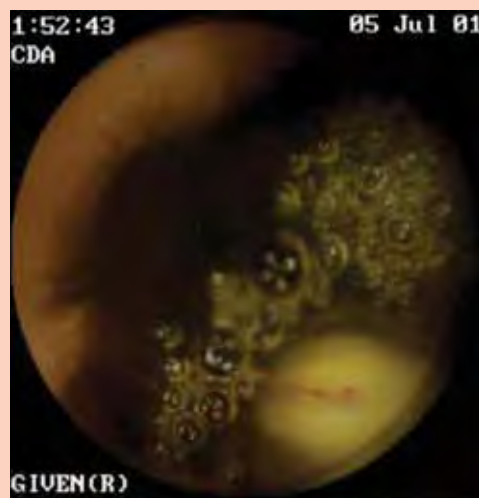
Quali prospettive ci sono con il miglioramento della tecnologia?

In primo luogo si sta investigando la possibilità di guidare la videocapsula dall'esterno attraverso l'utilizzo di campi magnetici. Inoltre, interessante è la prospettiva di poter impiegare la videocapsula nella colite ulcerosa al posto della colonscopia. In entrambi i casi siamo però ancora in fase sperimentale. •

*Ulcera dell'intestino tenue
(malattia di Crohn)*

Tumore sanguinante

Angiodisplasia





Intervista con il prof. Pier Mannuccio Mannucci, Direttore Scientifico, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Fondazione Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico e presidente dell'Associazione Italiana Centri Emofilia (AICE). Dopo la laurea in medicina e chirurgia è diventato Professore Associato di Semeiotica Medica, Università di Milano nel 1983. Da allora è stato Dirigente dell'Unità Operativa di Medicina Interna e del Centro Emofilia e Trombosi, Ospedale Policlinico, Milano e poi Professore di Medicina Interna sempre all'Università di Milano,

Direttore del Dipartimento Assistenziale di Medicina Interna e Specialità Mediche, Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore, Mangiagalli e Regina Elena e fino all'anno scorso Direttore Dipartimento di Medicina Interna dell'Università di Milano. Dal 2009, dopo aver ricoperto numerosi incarichi editoriali soprattutto all'estero, è Editor in chief dello European Journal of Internal Medicine. È stato Presidente della Società Italiana di Medicina Interna fino al 2006 e dal 2008 è Membro del Comitato Tecnico Scientifico dell'Istituto Nazionale dei Tumori, Milano

Emofilia, Italia all'avanguardia

di **Andrea Sermonti**

Gli emofilici godono oggi di trattamenti molto efficaci che permettono a queste persone di condurre una vita normale e di essere membri attivi e produttivi della società. L'integrazione dei pazienti emofilici è oggi più facile, ma restano comunque retaggi del passato da cancellare, come ad esempio l'apparente non idoneità dell'emofilia alle attività sportive agonistiche. La profilassi con il fattore di coagulazione mancante, che è attualmente raccomandata a tutti, bambini e adulti, è in effetti la chiave di volta che consente ai pazienti emofilici di fare anche attività impensabili fi-

no a 30-40 anni fa, come ad esempio le attività sportive che tra l'altro costituiscono una difesa contro la complicità più frequente della malattia, l'artropatia, per prevenire danni muscolari e articolari.

Professore, quante persone colpisce questa malattia?

Le persone affette da emofilia hanno un difetto congenito di uno dei fattori della coagulazione – il fattore VIII per l'emofilia A, il fattore IX per l'emofilia B – che causa un rallentamento della coagulazione del sangue e quindi una tendenza alle emorragie sia esterne, in caso di tagli, ferite e traumi, sia interne. L'emofilia è una malattia ra-

ra: nel mondo il numero totale di persone con disordini della coagulazione è pari a circa 200.000, di cui oltre 80.000 in Europa. In Italia si stimano circa 4.000 persone affette da questa malattia – quasi esclusivamente maschi – a cui bisogna aggiungere i pazienti affetti da altre patologie della coagulazione, per un totale di oltre 8.000 persone.

Come si cura l'emofilia?

Attualmente la terapia si basa essenzialmente sull'infusione del fattore della coagulazione carente che, nel caso dell'emofilia, viene somministrato come fattore plasmatico altamente purificato o fattore ricombinante. Questo grazie all'ingegneria genetica, che

negli ultimi anni ci ha dato un significativo contributo attraverso lo sviluppo di questi prodotti ad alta tecnologia. In questo modo il difetto viene transitoriamente corretto ed i pazienti possono essere trattati o al bisogno, in occasione di episodi emorragici, oppure, ancora meglio, somministrando il fattore carente ad intervalli regolari, in modo da prevenire il manifestarsi delle emorragie (profilassi regolare).

Quali sono i problemi ancora aperti per il paziente emofiliaco?

Gli emofilici godono di trattamenti molto efficaci, a carico del Servizio Sanitario Nazionale, che permettono a queste persone di condurre una vita normale ed essere membri attivi e produttivi della società in cui vivono, praticando anche delle attività impensabili fino a 30-40 anni fa. L'unico problema reale non ancora risolto consiste nel fatto che, in circa 1/3 di questi pazienti, quando si infonde il fattore mancante si sviluppano degli anticorpi che noi chiamiamo 'inibitori' perché inibiscono l'attività dei fattori che vengono infusi. Di conseguenza, questi pazienti rispondono meno alla terapia, anche se in questo campo sono stati fatti notevoli progressi perché esistono dei trattamenti che bypassano parzialmente il difetto del fattore. In definitiva, permane ancora una certa differenza nella qualità di vita tra il 70% dei

ARTERIOPATIA EMOFILICA PROGETTO HEAD US PER LA DIAGNOSI PRECOCE

L'artropatia emofilica è la più comune manifestazione infiammatoria dell'emofilia. È causata da sanguinamenti ricorrenti a livello dell'articolazione, che provocano rapidamente ed inevitabilmente danni irreversibili. Nell'80% dei pazienti colpisce il sistema muscolo-scheletrico ed è in grado di compromettere gravemente la capacità di movimento e la possibilità di svolgere una vita attiva. Per favorire la diagnosi precoce e la prevenzione dell'artropatia emofilica, parte il progetto HEAD US – acronimo di *Haemophilia Early Arthropathy Detection with Ultrasound* – patrocinato dall'Associazione Italiana Centri Emofilia (AICE) e dalla Federazione delle Associazioni Emofilici (FEDEMO), volto a promuovere l'uso dell'ecografia come il necessario complemento della visita di check-up effettuata dallo specialista. Il progetto HEAD US, che è partito ufficialmente in occasione della Giornata Mondiale dell'Emofilia del 17 aprile scorso, coinvolge 18 Centri Emofilia. Ad ogni centro è stato donato uno strumento ecografico di ultima generazione, se non già disponibile, e gli specialisti hanno partecipato a training specifici per eseguire correttamente l'ecografia. A supporto dell'ematologo, inoltre, anche un sito web dedicato, che contiene materiale educativo, un database di immagini ecografiche e un *counselling* online. I dati raccolti costituiranno la base del primo studio multicentrico italiano sulla prevenzione dell'artropatia emofilica attraverso la diagnosi precoce con l'ecografia.

pazienti che non ha questi anticorpi inibitori ed il restante 30% che invece li sviluppa.

Quanto è importante la profilassi nei pazienti emofilici?

La profilassi è divenuta la modalità di trattamento di prima scelta delle persone con emofilia, soprattutto di quelle con le forme più gravi di emofilia A e B. Consiste nella somministrazione continua e regolare dei fattori della coagulazione, prima dell'insorgenza delle emorragie. Nel caso di bambini di età superiore a 6-8 anni, essi stessi ed i loro genitori possono essere istruiti per l'autosomministrazione domiciliare dei fattori carenti, da eseguirsi 2-3 volte a settimana. Nei bambini, però, la profilassi potrebbe rappresentare un problema a causa del diffi-

cile accesso venoso, cosa che si verifica molto più raramente negli adulti, i quali, al contrario, solitamente hanno delle vene più visibili. Il trattamento profilattico viene ormai raccomandato a tutti e in Italia

la quasi totalità dei bambini è in profilassi.

Come percepisce il paziente la malattia e la propria condizione?

Diciamo che i progressi nei trattamenti e nell'assisten-

za stanno dando risultati positivi. Iniziando la profilassi sin dai primi mesi di vita, oggi i pazienti possono arrivare all'età adulta senza mai manifestare un episodio emorragico e senza presentare quindi i danni che le emorragie possono provocare. In questo senso si instaura un rapporto con la malattia che è diverso rispetto ad anni fa. I pazienti, ovviamente, vorrebbero guarire perché, anche se conducono una vita normale, la loro è pur sempre una condizione di "malati" con la consapevolezza di doversi sottoporre costantemente e per tutta la vita ad una cura, che se non seguita potrebbe compromettere seriamente il loro stato di salute. Inoltre, vivono molto male il fatto di essere affetti da una malattia genetica che viene percepita come una tara. •

PER AVERE INFORMAZIONI SULLEMOFILIA IN ITALIA E ALL'ESTERO

Istituzioni

Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale Malattie Rare (www.iss.it/cnmr)
Ministero della Salute (www.salute.gov)
Agenzia Italiana del Farmaco - AIFA (www.agenziafarmaco.it)
Salute-UE (ec.europa.eu/health_eu/health_problems/rare_diseases/index_it.htm)
European Medicine Agency – EMA (www.ema.europa.eu)
Food and Drug Administration – FDA (www.fda.gov)
National Heart, Lung and Blood Institute (www.nhlbi.nih.gov)
Centers for Disease Control & Prevention
(www.cdc.gov/ncbddd/hemophilia/facts.html)

Associazioni e siti italiani

Federazione delle Associazioni Emofilici Onlus (www.fedemo.it)
Fondazione Paracelso (www.fondazioneparacelso.it)
Telethon Italia (www.telethon.it)
Associazione Italiana Centri Emofilia (AICE) (www.aiceonline.it)
Superabile (www.superabile.it)
Cittadinanzattiva (www.cittadinanzattiva.it/salute-home.html)

Le anche neonatali displasiche, prevenzione e trattamento

di Pasquale Berardi

L'utilizzo di una *tempesta* indagine strumentale, quale quella ecografica, praticabile già nelle primissime settimane di vita, periodo ottimale per un recupero *naturale* dell'eventuale deficit dell'anca neonatale, mi ha permesso, sulla scorta di ripetuti controlli retrospettivi, di *valgliare* e comprovare che il buon accudire l'infante è *decisivo* per la *creazione precoce* di un appoggio congruo della testa femorale nell'acetabolo con conseguente *giusto* reciproco modellamento.

Nello specifico dei nati nel Molise sono stati esaminati 1256 dei 2281 *venuti alla luce* nel 2009 e 1923 dei 2359 nati nel 2010: i relativi dati sono stati esportati in files dal formato jpeg ed avi, archiviati in abilitato hard disc, custodito presso il Poliambulatorio di Campobasso.

Per ottenere una specifica, ottimale immagine antero-posteriore e verticale dell'anca con rapida determinazione dei parametri si so-



no utilizzati software dedicati del Logiq E9, dotato di sonda lineare 9L.

Tutte le anche neonatali da quelle *border line* (2A⁺-2A⁻) a quelle *francamente* malate (fig.1), sono state ricondotte alla normalità senza l'utilizzo di *cilici*, quali mutandine *corazzate*, divaricatori ed altro, bensì accudendo sin dalla nascita i neonati in modo che presentino anche flesse di almeno 90°, abdotte di 45° circa e *lievemente* intraruotate.

Infatti, entrando nell'aspetto prettamente tecnico della ricerca, si precisa che:

- la flessione di almeno 90°, meglio se di 100°-110° (le ginocchia siano un poco più in alto del sedere), porta la testa del femore nell'acetabolo (fig. 2);
- la abduzione di 45° stabilizza la testa del femore nell'acetabolo. Nella abduzione non si devono superare i 50°, perché la pressione assiale della testa femorale nell'acetabolo potrebbe pregiudicare la vascolarizzazione della cartilagine jalinna acetabolare e del collo femorale;
- la *lieve* intra-rotazione del femore ne garantisce la sta-

bilità della testa nell'acetabolo, in quanto l'azione di *perno* di quest'ultima contro il margine acetabolare postero-inferiore (ischio), allontanandola da quello supero-anteriore (ileo), la posiziona nel punto di appoggio migliore.

Nello specifico la testa del femore allocata nella profondità dell'acetabolo, contro il margine acetabolare postero-inferiore (fig. 3):

- scarica il tetto acetabolare in modo tale che quest'ultimo, anche se deformato nella componente cartilaginea jalinna, si possa modellare congruamente sulla testa del femore;
- favorisce il *giusto* restringimento della capsula articolare, in modo tale che il rapporto tra la testa del femore e l'acetabolo si renda stabilmente congruo.

Si sottolinea che, a *dispetto* dello stato di debolezza dei muscoli para-vertebrali, non ci sono controindicazioni nel portare il neonato in braccio in posizione verticale sin dalla nascita, se tale posizione è *ottenuta*:

- con il corpo (tronco) dell'infante a diretto contatto con quello del genitore, sostenuto da quest'ultimo con una mano posta sotto il sedere e protetto, *corazzato*, con l'altro arto superiore nel dorso e nella testa;
- con il portato ed il portatore, che tra di loro non presentano neanche lo spazio per infilare una mano.

Quanto esposto permetterà di prevenire anche la coxartrosi giovanile e, quindi, le possibili protesizzazioni d'anca in età adulta. •

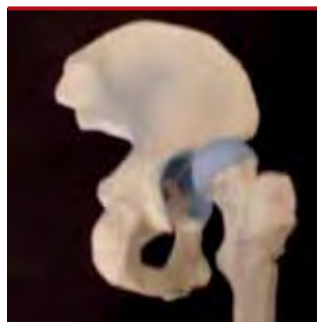


Fig. 1

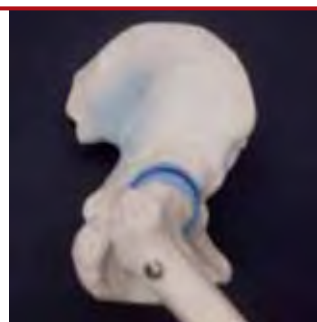


Fig. 2



Fig. 3

Stato vegetativo, la sfida del recupero

di **Andrea De Tommasi**

I soggetti in stato vegetativo o di minima coscienza hanno bisogno di percorsi riabilitativi e assistenziali di qualità. All'ospedale San Camillo-Forlanini di Roma è stato aperto un reparto dedicato a loro, il primo nel suo genere in Italia realizzato in un Dea di II livello. La nuova Unità di cure residenziali intensive (Ucri) è una struttura all'avanguardia che conta al momento dieci posti letto, a regime saranno trenta, e ospita i primi otto pazienti. "Ma la lista d'attesa è lunga - spiega il direttore sanitario Simonetta Massafra, che ha curato l'intero sviluppo del progetto - abbiamo ricevuto numerose richieste di ricovero dal Lazio e da altre Regioni, a te-

stimonianza che c'era un'esigenza forte da questo punto di vista". All'interno dell'Ucri un'équipe sanitaria di prim'ordine (medici, fisioterapisti, infermieri e un logopedista) segue il soggetto nella riabilitazione post-trauma. Molto importante è la presenza dei parenti, che forniscono un'assistenza continua e sono i primi a rendersi conto dei progressi. Per questo, mariti, mogli e genitori dei pazienti possono restare nel reparto anche la notte, in stanze adibite ad ambiente residenziale, e vengono formati in vista del processo di domiciliazione. Massima cura, nel centro, è stata inoltre posta per gli arredi ed i dettagli, in modo da garantire elevati standard qualitativi ed igienici. Per la persona in stato vegetativo si tratta, dunque, di un per-

corso clinico-assistenziale e umano completo, con la possibilità di effettuare le necessarie prestazioni specialistiche e diagnostiche all'interno della stessa struttura in cui sono ricoverati. Accompagnandoci nelle stanze di degenza, nell'incontro affettuoso con i pazienti e i familiari, la dottoressa Massafra non nasconde la sua soddisfazione per il livello di questo reparto, alla cui inaugurazione è intervenuto il Presidente della Repubblica Napolitano, oltre al ministro della Salute Fazio e alla governatrice del Lazio Polverini. "E il Capo dello Stato, prima del suo arrivo, si è interessato e ha voluto sapere nei dettagli il funzionamento della struttura - rivela il direttore generale del San Camillo-Forlanini Aldo Morrone, che passa poi a

descrivere l'importanza di questo polo sanitario -: "La sua ricchezza sta nella grande sfida che una struttura pubblica affronta cimentandosi con il dramma della vita al confine con la morte. Mi riferisco ad un modello di sanità che finalmente si prenda cura di una persona e non soltanto di una malattia. Investire in questo settore, con macchinari e l'impiego di personale umano, significa lavorare sulla complessità che questi casi presentano, ma sui quali, è bene ricordarlo, c'è il maggiore margine di intervento. È una necessità di ordine etico, oltre che assistenziale".

LA STRUTTURA DEL REPARTO

Le stanze di degenza sono monitorate da telecamere a circuito chiuso controllate a distanza da una consolle centrale: questo sistema consente un monitoraggio h24 dei pazienti, che non sono in grado di suonare campanelli in caso d'emergenza. Ogni posto letto è dotato di televisore Lcd con dispositivi multimediali, strumenti con cui i pazienti possono anche effettuare "videoterapia", con proiezioni di filmati ed immagini che rievocano momenti ed emozioni importanti della loro vita prima del coma. All'interno dell'Ucri è presente anche una palestra per la riabilitazione neuromotoria e sono stati allestiti spazi dedicati ai familiari: una sala notte, una cucina e un soggiorno. Il simbolo del reparto è una farfalla. •



Un ambiente del nuovo reparto del San Camillo Forlanini



Catania

Presentato il volume del Centenario

In occasione del Centenario è stato distribuito il volume "Del centenario" edito da Maimone che raccoglie scritti, testimonianze, foto ed articoli dedicato alla storia dell'Ordine di Catania. Il volume contiene la presentazione del presidente Ercole

Cirino e rari documenti recuperati grazie al grande lavoro del personale degli uffici ordinistici ed è stato curato dal compianto Fortunato Fimognari che fino agli ultimi giorni di vita ne eseguì con grande dedizione la stesura. Il file completo di tutto il materiale iconografico è scaricabile sul sito Internet www.ordinemedct.it.



Genova

Modalità per il rilascio gratuito della PEC

L'Ordine di Genova offre gratuitamente agli iscritti una casella di Posta Elettronica Certificata (PEC). Ecco la procedura per ottenerla: accedere al portale www.arubapec.it; cliccare in alto a destra su convenzioni; inserire

il codice convenzione (OMCEO-GE- 0015); nella pagina successiva inserire codice fiscale, cognome e nome (il sistema verificherà che i dati inseriti corrispondano realmente ad un iscritto all'Ordine); inserire i dati richiesti; la richiesta della casella pec viene salvata e vengono generati in pdf i documenti necessari alla sottoscrizione del servizio pec. La casella sarà attivata solamente dopo la ricezione via fax della documentazione sottoscritta allegando il documento d'identità al fax 0575 862026. Ulteriori chiarimenti per la procedura ed attivazione potranno essere richiesti all'indirizzo: ordmedge@omceoge.org. A tutti i colleghi che volessero ricevere "Genova Medica" solo per via telematica, rinunciando alla copia cartacea, chiediamo di inviare un'e-mail a: pubblico@omceoge.org chiedendo la cancellazione del proprio nominativo dal file di spedizione e indicando l'esatto indirizzo e-mail a cui voler ricevere la rivista. Ricordiamo, inoltre, che la rivista viene regolarmente pubblicata on-line, dal 17 di ogni mese, sul sito www.omceoge.org, dove è presente anche un archivio dei numeri precedenti di "Genova Medica".



Piacenza

Cartella clinica al convivente del defunto

Il Garante per la protezione dei dati personali ha stabilito che il convivente di una persona defunta ha diritto di accedere alla sua cartella clinica se intende fare chiarezza in sede giudiziaria sull'operato del personale medico della

struttura sanitaria dove questa era in cura. L'autorità ha reso noto che il diritto del convivente a prendere visione della cartella clinica del defunto, va rintracciata nell'art. 9, co. 3, del Codice della Privacy che riconosce tale diritto, riferito a dati personali concernenti persone decedute a "chi ha un interesse proprio, o agisce a tutela dell'interessato o per ragioni familiari meritevoli di protezione".

L'ambulatorio del medico di famiglia non è uno studio privato

Gli studi del medico di medicina generale, poiché sono destinati allo svolgimento di un servizio pubblico, vanno considerati locali aperti al pubblico e di conseguenza sono sottoposti all'obbligo di eliminazione delle barriere architettoniche.

(Tar Sicilia – Palermo, sentenza n. 9199/2010)



Venezia

È necessario comunicare il sospetto/quesito diagnostico

La richiesta di visita specialistica o di accertamenti diagnostici in alcuni casi viene formulata senza comunicare il quesito o il sospetto diagnostico. Se tale comportamento può trovare giustificazione in alcune situazioni

particolari, nella generalità dei casi è contrario alla buona pratica clinica ed al Codice deontologico (articolo 59 "Il medico curante deve proporre il consulto con altro collega o la consulenza presso idonee strutture di specifica qualificazione, ponendo gli adeguati quesiti e fornendo la documentazione in suo possesso, qualora la complessità del caso clinico o l'interesse del malato esigano il ricorso a specifiche competenze specialistiche diagnostiche e/o terapeutiche" e articolo 62 "Tra medico curante e medici operanti nelle strutture

pubbliche e private, anche per assicurare la corretta informazione al malato, deve sussistere, nel rispetto dell'autonomia e del diritto alla riservatezza, un rapporto di consultazione, di collaborazione e di informazione reciproca al fine di garantire coerenza e continuità diagnostico-terapeutica").

È altrettanto indice di correttezza deontologica e di buona pratica clinica per tutti i medici riportare sulle richieste di accertamenti la data di emissione del documento, il timbro personale del medico proponente con firma – se possibile leggibile – oltreché come raccomandato l'indicazione del sospetto/quesito diagnostico.



Messina

Ordine dei Medici e sanità militare insieme per il Libano

L'Ordine dei Medici di Messina sostiene il "Ponte per il Libano".

È iniziata la raccolta dei farmaci che saranno distribuiti dal personale della Brigata Aosta che dal mese di maggio 2011 parteciperà alla missione UNI-

FIL in Libano. Grazie alla disponibilità di molti colleghi messinesi il dr. Alfonso Zizza (Capo del Servizio Sanitario della Brigata Aosta) potrà disporre di una buona quantità di farmaci da impiegare a favore della popolazione libanese nel corso della missione. Eventuali adesioni al progetto possono essere segnalate alla redazione che le comunicherà al personale incaricato al ritiro dei farmaci (Segreteria di redazione tel. 090/5726604 – fax 090/5729841).



Brescia

Permessi ZTL (zone a traffico limitato)

La Giunta comunale di Brescia ha approvato la nuova disciplina riferita ai permessi ZTL. Si riporta, di seguito, uno stralcio della disciplina con specifico riferimento ai medici. Si precisa che la sotto-

stante delibera si riferisce a tutti gli iscritti all'Ordine che ovviamente abbiano documentabile necessità di accesso al centro storico per motivi professionali e senza

passaggeri a bordo dell'automezzo. Gli organismi comunali di controllo ove riscontrino inosservanza di quanto sopra esposto, comunicheranno i nominativi dei trasgressori all'ordine che inizierà nei loro confronti un procedimento disciplinare.

Vengono rilasciati, gratuitamente, ai medici iscritti all'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di Brescia su richiesta dello stesso Ordine. Abilitano al transito in Ztl ed alla sosta gratuita per un tempo massimo di 45 minuti, con specifica dell'orario di arrivo negli spazi (contrassegnati da segnaletica orizzontale di colore giallo) riservati esclusivamente ai residenti ed autorizzati su tutto il territorio cittadino. Tale abilitazione è valida con esposizione del contrassegno con disco orario. I contrassegni hanno validità quinquennale e possono essere utilizzati esclusivamente per le visite domiciliari urgenti. Nel caso di accertato utilizzo delle agevolazioni nella sosta al di fuori dei casi di visite domiciliari urgenti, oltre all'applicazione delle sanzioni previste dalla normativa si provvederà alla revoca del permesso con segnalazione all'Ordine.

Sul contrassegno possono essere indicati sino a tre numeri di targa. Le targhe devono essere riferite a veicoli di proprietà del richiedente o nella disponibilità documentata dello stesso (ad esempio veicolo familiare, in comodato, in leasing, per uso lavorativo, etc.). Il rilascio e rinnovo è a richiesta dell'Ordine dei medici.



Firenze

Certificati di malattia per agenti di Polizia

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

Infatti il Ministero dell'Interno ha emanato una propria circolare con la quale ricorda che, anche con l'entrata in vigore della procedura telematica per i certificati di malattia, per i dipendenti della Polizia di Stato continua ad essere necessario produrre il certificato cartaceo con indicazione anche della diagnosi. Pertanto i medici che hanno in carico assistiti dipendenti della Polizia di Stato, sono pregati di continuare a rilasciare i certificati di malattia per questi pazienti in forma cartacea. Nel caso in cui il medico rilasci comunque il certificato in forma telematica, dovrà stamparne una copia da consegnare all'assistito agente di Polizia, dal quale risulti anche la diagnosi, con firma autografa del medico.



TEMPI E MODI PER LA PUBBLICAZIONE

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

Società italiana di neonatologia

Infezioni neonatali - **Presidente:** Mauro Stronati

Infettivologia neonatale - **Presidente:** Marcello Lanari

Pavia, 19-20 maggio, Teatro Frascini

Responsabile scientifico: Mauro Stronati

Alcuni argomenti: prevenzione delle sepsi precoci e tardive, delle infezioni fungine invasive, nuove strategie preventive e terapeutiche nella sepsi neonatale, nuovi interventi immunologici nella sepsi neonatale, lattoferrina e sepsi late-onset, nuovi patogeni multi resistenti

Destinatari: medici, infermieri, ostetrici, ginecologi

Informazioni: **Segreteria Organizzativa:** Biomedica srl, Via L. Temolo 4, 20126 Milano, tel. 02 45498282, fax 02 45498199, e-mail: convegni@biomedica.it, sito web: www.biomedica.net

Ecm: in fase di accreditamento

Società italiana di medicina psicosomatica

Pregiudizio e terapia

Parma, 19-22 maggio, centro congressi Camera di Commercio, Via Verdi 2

Presidenti: prof. Giampaolo Lai, prof. Carlo Maggini, prof. Piero Parietti

Argomenti: il Congresso vuole dedicare i propri lavori alle forme di terapia, analizzandole dal punto di vista del pregiudizio che su di esse viene esercitato, tanto da chi le somministra quanto da chi le riceve, sopravvalutandone o sottovalutandone l'efficacia. Finalità del Congresso è sottolineare l'importanza dell'approccio psicosomatico in cui la componente specifica e quella aspecifica delle terapie possono essere combinate in una corretta pratica professionale

Informazioni: **Segreteria Scientifica** dott. Antonino Minervino, e-mail: minerant@libero.it, sito web: www.simpitalia.com

Segreteria Organizzativa: Tradevent International, Via Franco Sacchetti 78, 00137 Roma, tel. 06 87201514 / 87201490, fax 06 87201506, sito web: www.tradevent.it



Associazione italiana ulcere cutanee

Ulcera cutanea

Mogliano Veneto (Tv), 20-21 maggio, Move Hotel, Via Bonfandini 1

Presidenti: prof. R. Attolini, prof. B. Farina, prof. E. Giraldi, prof. G. Papa

Alcuni argomenti: implicazioni psicologiche dell'ulcera cutanea, medicazioni e nuove tecnologie, formazione e ricerca, ulcera neoplastica, novità nell'utilizzo delle medicazioni avanzate

Informazioni: Segreteria Organizzativa Globe events management, Centro congressi internazionale, Via Assietta 14, 10128 Torino, tel. 011 2446915/26, fax 011 2446950, e-mail: e.baccalaro@congressiefiere.com, elena.mercuri@congressiefiere.com

Ecm: richiesti crediti ecm al ministero della Salute

Benessere, bellezza, armonia, uno stile di vita

Roma, 10 giugno, facoltà di Medicina e Chirurgia (Policlinico Tor Vergata)

Direttori: prof. N. Visalli, prof. R. Pulcri

Obiettivi: il tema di questo Convegno si inserisce nel contesto di integrazione e confronto dell'agopuntura clinica con le altre metodiche complementari nell'ambito della clinica dei diversi apparati umani, con l'obiettivo di offrire al medico risorse da affiancare ai propri strumenti terapeutici

Argomenti: confronto-incontro tra medicina estetica e: omeopatia, medicina, agopuntura e m.t.c., fitoterapia

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

Ecm: richiesti crediti ecm

Endocrinologia e metabolismo dell'età evolutiva

Milano, 12-14 maggio, Centro Congressi San Raffaele

Presidente: prof. G. Chiumello

Alcuni argomenti: epidemiologia del diabete e delle sue complicanze in età evolutiva; pubertà, quando intervenire; pubertà precoce; tiroide autoimmune e poliendocrinopatie; ruolo della vitamina D; rachitismo; adolescentologia; ginecologia; trattamento con gh; obesità

Informazioni: Segreteria Scientifica dott. M. P. Guarneri, dott. F. Meschi, dott. G. Russo, dott. G. Weber

Segreteria Organizzativa: Sig.ra Raffaella Vinci, tel. 02 26432623, fax 02 26433627, e-mail: vinci.raffaella@hsr.it

Segreteria congressuale: DueCi Promotion srl, R. Tallarico, tel. 051 4841310, fax 051 247165, e-mail: rtallarico@duecipromotion.com

Ecm: evento ecm per medico chirurgo specializzato in pediatria, endocrinologia, malattie metaboliche e diabetologia

Associazione scientifica didattica e aggiornamento in cardiologia

Ecodoppler vascolare arterioso per cardiologi, internisti e diabetologi

Roma, 21 maggio

Direzione didattica: dott. Luciano Arcari, dott. Roberto Gagliardi

Obiettivo: Corso limitato a 18 iscritti, dedicato a specialisti in cardiologia, medicina interna, diabetologia e geriatria sull'uso dell'ecodoppler nelle malattie vascolari che rappresentano oltre il 50% delle cause di mortalità e morbidità.

Ad una breve introduzione teorica sulle modalità di esecuzione degli esami nei vari distretti arteriosi, seguirà una ampia sessione pratica con le proiezioni di esami eseguiti in diretta e l'esecuzione di ecodoppler vascolari arteriosi da parte dei discenti divisi in gruppi

Informazioni: Associazione ASDAC, e-mail: asdac@fastwebnet.it, cell 336 786955

Ecm: riconosciuti 9 crediti ecm

Relazione mente-corpo: tra medicina e psicologia

Roma, 21 e 27 maggio, aula della Scuola Medica Ospedaliera, Via Borgo S. Spirito 3

Docenti: d.ssa Adriana Roncella, d.ssa Oretta Di Carlo

Argomenti: questo percorso didattico vuole offrire alcune evidenze scientifiche che ci aiutino a comprendere la relazione mente-corpo, sia come dato oggettivo, che come fatto esperienziale. Si rivolge a tutti gli operatori sanitari interessati ad apprendere le basi per un percorso di conoscenza olistica della persona, finalizzato ad una progressiva responsabilizzazione ed abilità nella gestione del proprio equilibrio psicofisico e del proprio benessere globale. È un valido strumento da affiancare alla propria attività professionale in campo medico, psicologico, pedagogico e sociosanitario

Informazioni: Segreteria della Scuola Medica Ospedaliera, Borgo S. Spirito 3, 00193 Roma, tel. 06 68802626, 68352411, fax 06 68806712, e-mail: segreteria@smorrl.it, sito web: www.smorrl.it

Ecm: in fase di accreditamento



Web 2.0, social media e Internet

Milano, istituto Mario Negri

30 maggio 2011 - Corso introduttivo sull'impiego di PubMed

31 maggio 2011 - Corso avanzato sull'impiego di PubMed e metodi di valutazione della ricerca biomedica

7 giugno 2011 - Internet per l'aggiornamento del medico e dell'operatore sanitario

8 giugno 2011 - Il web 2.0 per l'aggiornamento del medico e dell'operatore sanitario

9 giugno 2011 - Facebook, Twitter, YouTube e i nuovi social media per l'aggiornamento del medico e dell'operatore sanitario

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, 349 7210730, fax 02 33200231, e-mail: eugenio.santoro@marionegri.it

Ecm: richiesti crediti ecm

De minimis curat praetor

Pisa, 20-21 maggio

Presidenti: dott. Giovanni Cannavò, prof. Duarte Nuno Vieira, dott. Francesco Ippolito

Alcuni argomenti: micropermanenti in Italia: confronto sulla realtà attuale, presentazione lavoro gruppo medico legale-clinico: tabelle delle micropermanenti proposte dalla mg, presentazione lavoro gruppo medico legale-giuridico, responsabilità civile auto in Europa

Informazioni: Segreteria Organizzativa Impronte srl, via Alamanni 30, 56010 Ghezzano (Pi) tel. 050 8756840, fax 050 8756849, e-mail: info@improntesrl.it, sito web: www.improntesrl.it

Ecm: richiesti crediti ecm e crediti formativi per avvocati

Patrocinato dalla Fondazione Enpam

Percorsi terapeutici virtuosi

Bari, 12-13 maggio, Palace Hotel, Via Francesco Lombardi 13

Presidente: prof. M. Pascone

Comitato di presidenza: prof. G. Guarnera, dott. L. Marasco, dott. G. Maggio

Alcuni argomenti: percorso della gestione del paziente fragile, novità in tema di wound care, percorso dell'ulcera vascolare: dalla diagnosi al trattamento, ulcera da pressione: management in Rsa e sul territorio, tecniche di chirurgia ricostruttiva nelle lesioni cutanee complesse

Informazioni: Segreteria Organizzativa Via Assietta 14, 10128 Torino, tel. 011 2446926-25, fax 011 2446950, e-mail: elena.mercuri@congressiefiere.com, manuela.massocco@congressiefiere.com

Ecm: richiesti crediti ecm al ministero della Salute

Nuovi metodi e tecnologie in medicina

Terni, 4-5 giugno, Best Western Garden Hotel, Viale Bramante 4

Argomenti: laserterapia biologica endovena, semeiotica biofisica, laser agopuntura high-tech, pnei, campi magnetici, disintossicazione da metalli pesanti, medicina delle basse dosi, terapia di monolateralizzazione, ossigeno-ozono terapia, terapia fotodinamica sistemica, odontoiatria naturale

Relatori: d.ssa Tania Rivkina, dott. Francesco Raggi, dott. Giuseppe Vallesi, dott. Mario Siniscalchi, dott. Gerardo Rossi, d.ssa Mirella Santamato, dott. Volfango Perotti, dott. Edoardo Rossi, dott. Michael Weber, prof. Franco Canestrari, prof. Emiliano Clementini, dott. Gabriele Tabaracci, d.ssa Simonetta Marucci, dott. Massimo Rinaldi

Informazioni: Segreteria Scientifica dott. Raggi Francesco, cell 328 5743276 e-mail: raggimail@virgilio.it

Segreteria organizzativa: Agenzia 5M Terni, tel. 0744 407840, fax 0744 448506, e-mail: agenzia5m@virgilio.it, sito web: www.medicalfuture.it, e-mail: info@medicalfuture.it

Topics in gastroenterologia ed epatologia

Piacenza, 27-28 maggio, Park Hotel Strada Val Nure 7

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

Ecm: accreditamento ecm previsto per i medici



150 anni di sanità italiana

Roma, 31 maggio, aula magna Cnr, Piazzale Aldo Moro

Referente scientifico: dott. Walter Pasini

I 150 anni di Unità d'Italia sono un'occasione irripetibile per riappropriarsi del nostro passato e rafforzare la nostra identità nazionale. Una lettura della storia dello Stato italiano ci può venir data dai cambiamenti avvenuti nello stato di salute della popolazione, dall'evoluzione delle conoscenze medico-scientifiche e dalle forme di assistenza sanitaria erogate dal 1861 ad oggi. Il programma scientifico del convegno prevede interventi su: storia dell'igiene pubblica in Italia, pandemie di colera in Italia, malaria: storia di un'eradicazione, i 100 anni della storia dell'ordine nazionale dei medici, le vaccinazioni in Italia: dal vaiolo all'hpv

Informazioni: l'iscrizione va inviata al seguente indirizzo e-mail: travelmed@rimini.com,

sito web: www.150annidisanitaitaliana.it

Ecm: sono stati richiesti i crediti ecm

Congresso nazionale associazione scientifica interdisciplinare aggiornamento medico

Riccione, 13-15 maggio, Hotel Atlantic

Direttore: prof. Francesco Vittorio Costa

Principali argomenti: ipertensione arteriosa, statine e dislipidemie, novità in tema di antiaggregazione e anticoagulazione, bpc, osteoporosi, terapia delle coronaropatie, morbo di parkinson, farmacoeconomia

Informazioni: Segreteria Scientifica Asiam, e-mail: fvcosta@libero.it

Segreteria Organizzativa: Nico srl, Sig.ra Cinzia Pruneti, tel. 055 8797796, 055 8777875, e-mail: cinzia.pruneti@nicocongressi.it

Società medica italiana di psicoterapia ed ipnosi

Psicoterapia e ipnosi clinica

Cattolica (Rn), 28 maggio, Hotel Kursaal, Piazza I Maggio 2

Comitato Scientifico: dott. Riccardo Arone di Bertolino, d.ssa Redina Gega, dott. Maurizio Massarini, d.ssa Elisabetta Zauli

Obiettivi: la scuola intende fornire una preparazione professionale formativa e culturale completa sulle principali teorie e sulle più efficaci prassi psicoterapeutiche

Alcuni argomenti: la nostra psicoterapia, ipnosi e rinascita.. quando è l'anima a guidare, test dell'albero e occlusione ritratti del sé, comunicare col malato di alzheimer

Informazioni: Segreteria organizzativa S.m.i.p.i., Via Porrettana 466, 40033 Casalecchio di Reno (Bo), tel. 051 573046, fax 051 932309, e-mail: inedita@tin.it

Medico competente dopo il d.lgs 106/2009

Firenze, 25 maggio, Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Largo Palagi 1

Alcuni argomenti: medico del lavoro consulente globale per lavoratori e imprese nel programma SimIII 2011-2014, nuovo profilo di competenze e responsabilità per il medico alla luce del d.lgs 106/09, competenza e vigilanza nella valutazione del rischio, posizione Stato/Regioni

Informazioni: Segreteria Organizzativa Meneghini&Associati, Viale Trento 56, 36100 Vicenza, tel. 0444 578840, fax 0444 320321, e-mail: meeting@meneghinieassociati.it

Medicina dell'adolescenza

Ferrara, 28 maggio, 11 giugno, 24 settembre, 8 ottobre

Direttore: dott. Vincenzo De Sanctis

Obiettivi: scopo del Corso è quello di fornire ai partecipanti conoscenze generali, normative, legali e tappe da seguire per un corretto approccio diagnostico-terapeutico alle problematiche di frequente osservazione durante l'adolescenza. Per favorire l'interattività il Corso è diretto ad un gruppo ristretto di medici, pediatri e personale infermieristico

Informazioni: Segreteria Scientifica dott. A. Marsciani, dott. L. Reggiani, dott. G. Timoncini, dott. A. Zucchini

Segreteria Organizzativa Sig.ra Luana Tisci, Ospedale Privato Accreditato Quisisana, Viale Cavour 128, 44121 Ferrara, tel. 0532 207622, fax 0532 202646, e-mail: tiscil@quisisanafe.com

Ecm: richiesti crediti ecm

Sindrome di Penelope, dopo i 75 ne soffre una su 5

Infelici come Penelope, che si struggeva nella nostalgia e nella tristezza, aspettano qualcosa che non arriverà mai. Oggi il dolore e l'attesa solitaria che hanno accompagnato la moglie dell'eroe greco Ulisse sono il vivere quotidiano di oltre 700 mila italiane con oltre 75 anni, affette dalla sindrome che prende il nome proprio dall'eroina raccontata da Omero: donne rimaste spesso vedove, sole, malate di nostalgia del tempo passato, che non guariscono mai dal loro dolore fisico perché lo alimentano con il malessere psicologico. La sindrome di Penelope riguarda ormai una donna ultrasessantacinquenne su cinque, secondo uno studio dell'università di Messina, presentato durante il Congresso nazionale dell'Associazione italiana di psicogeriatrici (Aip). I dati discussi dimostrano anche che queste nonne, se ricoverate per una patologia acuta, poi preferiscono restare in ospedale piuttosto che tornare alla solitudine della loro casa. Inoltre, soffrono spesso di ipertensione e sono particolarmente fragili, quindi ad alto rischio di fratture, e disabilità, immobilità.

"Si tratta di donne malate di attesa di affetti e legami, come la vera Penelope -



spiega Marco Trabucchi, presidente Aip - Un'attesa che si prolunga nel tempo e che sanno inconsiamente

te sarà senza fine". La ricerca ha coinvolto 100 anziani con più di 75 anni, dimessi dall'ospedale dopo

un ricovero per una patologia acuta; tutti sono stati valutati per misurarne il grado di depressione, la presenza di dolore e il livello di fragilità. "In una paziente di sesso femminile su cinque sono stati rilevati i segni della sindrome di Penelope, ovvero depressione e dolore. La prevalenza della depressione nelle anziane era attorno al 70%, mentre fra gli uomini si attestava a circa il 40%. Anche il dolore è risultato più frequente nelle donne (65%) rispetto agli uomini (56%). Si tratta spesso di un dolore intenso, che interferisce con le attività quotidiane e peggiora anche la vita di relazione ed emotiva delle pazienti. •



La dott.ssa Maria Corgna

Psiconeuroendocrino-immunologia (Pnei), un nuovo paradigma e una nuova epistemologia

A proposito di Pnei

che studia la connessione tra i sistemi endocrino, nervoso, immunitario e vede la malattia come "blocco" della comunicazione tra di essi e la psiche. E' ormai sempre più chiaro che emozioni, comportamenti, alimenti, farmaci, attività fisica e ambiente interferiscono con l'espressione genica. È assolutamente evidente che un concetto moderno di terapia deve includere i farmaci, ma anche rivolgere un occhio at-

tento al cibo, all'attività fisica e alla sfera psico emotiva del paziente. Dopo 15 anni di ricerca e di insegnamento della Pnei per un totale di oltre 4000 ore di attività didattica frontale, la dottoressa Maria Corgna (www.mariacorgna.it) ha messo a punto un metodo che costituisce la declinazione in chiave clinica del paradigma PNEI ovvero una metodologia tanto preventiva quanto terapeutica di "ottimizzazione" del network PNEI che poggia su quattro pilastri fondamentali: psiche, nutrizione, esercizio ed iter terapeutico integrato (metodo PNEI4U). •

La terapia deve rivolgere un occhio attento al cibo, all'attività fisica e alla sfera psico emotiva del paziente

Genitori, i migliori ammortizzatori sociali

di Marco Perelli Ercolini

In una riunione sul futuro previdenziale mi ha colpito l'affermazione di un giovane laureato che da tre anni affronta concorsi e colloqui, ma è ancora disoccupato: "Dottore sa quale è in Italia il migliore ammortizzatore sociale nella disoccupazione giovanile? Sono i genitori! Ci hanno fatto studiare, ci mantengono anche ora che dopo gli studi siamo eterni disoccupati, ci comprano il motorino o l'auto e ci stanno molte volte anche pagando il riscatto della laurea o qualche fondo pensione...altro che cassa integrazione!".

Dunque gli anziani non sono parassiti, non rapinano le pensioni dei giovani. I nonni col loro volontariato contribuiscono per 18,3 miliardi l'anno ossia per l'1,2% del Pil alla ricchezza del Paese Italia. Ma c'è di più: dopo una vita lavorativa per il bene del Paese, ora con le tasse delle loro pensioni contribuiscono ancora nei gettiti fiscali italiani come emerge da alcune elaborazioni effettuate da Nicola Quirino, docente di finanza pubblica all'Accademia della Guardia di Finanza e alla Luiss, nel 1993 con un peso del 19,7% che nel 2007 è salito al 26,8%. Dunque gli anziani, i pen-



sionati sono una categoria di tutto rispetto e forse sarebbe ora di smettere di etichettarli come coloro che rapinano il futuro previdenziale dei figli, che invece per parecchi anni dopo gli studi nell'attesa di un sospirato lavoro continuano a mantenere.

Chiediamo piuttosto che fine fanno i contributi previdenziali versati anno dopo anno nelle Casse di previdenza: quanto costano questi elefantiacci apparsi, quali le distorsioni in spese non pertinenti alla previdenza? Ridiamo dignità ai veri pensionati che hanno fatto tanti sacrifici durante tutta la vita lavorativa e che anche

dopo continuano in silenzio a essere degli ammortizzatori sociali e un valido aiuto nella gestione della famiglia.

E anche quando la loro pensione nel tempo si assottiglia e diviene, da debito di valore a semplice debito di valuta quasi insufficiente ai bisogni della quotidianità, non si sottraggono dal volontariato o dall'aiuto economico ai figli dando una mano coi propri risparmi per l'acquisto della casa.

Sia dato dunque un post lavorativo dignitoso agli anziani e ai giovani sia garantita la possibilità al lavoro, dando loro coscienza della

necessità alla creazione di una pensione, evitando vuoti contributivi per il lavoro in nero che, se apparentemente può essere più appetitoso nell'immediato, è però un danno nel futuro previdenziale.

Ci sia, pertanto, un impegno politico-amministrativo a mantenere nel tempo le pensioni, quali retribuzione differita e a fronte di contribuzione a valore corrente, allo stesso potere di acquisto con una perequazione annuale in base all'effettiva svalutazione intercorsa, magari con una defiscalizzazione graduata secondo fasce di età quando maggiori sono anche le esigenze di vita, tra l'altro in carenza di strutture sociali e, inoltre, ci sia una vera volontà ad abolire l'iniquo meccanismo del taglio della pensione di reversibilità agganciata ora al reddito del coniuge superstite, chiaro balzello a scopo di cassa che va ad incidere pesantemente in un momento delicato della vita: quando la pensione è l'unica fonte di reddito di una coppia di anziani non è immaginabile che la scomparsa del titolare ne provochi quasi il dimezzamento. E' una vera ulteriore tassa, la tassa sulla vedovanza. •

Info FEDER.S.PEV.

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

Medico di famiglia e condotto: che cosa è cambiato?

Il dottor Ugo Tenchini ricorda attraverso la sua esperienza la figura del medico condotto, un medico che “doveva saper fare tutto”

di Matteo Di Paolo Antonio

Dottor Tenchini ci racconti qualche episodio significativo della sua esperienza di medico condotto.

La prima condotta che ho vinto mi ha spedito in una sperduta valle del bresciano dove non c'erano strade e per raggiungere qualsiasi destinazione ci si doveva spostare a piedi. Avevo a disposizione un vecchio mulo per i percorsi più lunghi e le zone più impervie dove tenevo un ambulatorio, ma solo in giornate prestabilite.

Quando invece c'erano delle urgenze usavo un mulo più giovane e veloce per arrivare rapidamente, si fa per dire, a destinazione. Noi medici condotti avevamo anche una “indennità di cavalcatura” per pagare il proprietario degli animali.

Ci trovavamo quotidianamente ad affrontare situazioni particolari per cui avevamo sulle nostre spalle la quasi totale responsabilità della sanità, soprattutto per gestire problemi urgenti. Quando un medico condotto nuovo arrivava in paese la prima cosa che gli chiedevano

era se sapeva cavare i denti e fare l'ostetrico. Una volta le donne non potevano andare a partorire in ospedale perché sarebbe costato troppo e non c'era nessuna assicurazione che pagasse il ricovero ospedaliero non urgente, cioè non a rischio di vita per la madre o per il feto. Quindi bisognava cercare di far partorire la gestante il più possibile a casa anche perché non c'erano mezzi di trasporto o le strade erano accidentate o gli ospedali, rari, distanti decine di chilometri. E arrangiarsi.

Il lavoro medico inoltre non poteva avvalersi di una tecnologia strumentale come quella odierna: gli unici strumenti a disposizione erano quello radiologico, che non tutti in periferia potevano permettersi, e l'elettrocardiografo.

Le capitava di svolgere compiti non contemplati dal contratto di condotta?

Il medico condotto doveva saper fare di tutto.

Ma non bastava: capitava di venir chiamato anche a fare il veterinario se qualche contadino aveva bisogno di aiuto per far partorire una mucca: in quei casi si cercava di utilizzare il

buon senso o le analogie comparate.

Una volta invece ho trovato una intera famiglia infettata dalla salmonella dopo che aveva mangiato dei conigli morti pochi giorni prima. Ospedale? Sei matto, con quel che costa. Corro in città con la mia Vespa (50 Km.) per contattare uno specialista che mi suggerisse come dovevo comportarmi. Non c'era il telefonino allora e anche il telefono pubblico non era diretto.

Appunto: com'era il rapporto con i colleghi specialisti?

Guardi, allora gli specialisti erano molto rari. I pediatri a Brescia erano pochi e si portava loro il bambino particolarmente grave che non si riusciva a guarire a casa. Era un grande conforto trovare uno specialista disponibile perché ci insegnava, con la sua consulenza, ciò che non potevamo più imparare, una volta dispersi sul territorio.

“Arte più misera, arte più rotta, non c'è del medico che va in condotta”: sono due versi in rima baciata del medico-poeta veneto Arnaldo Fusinato.

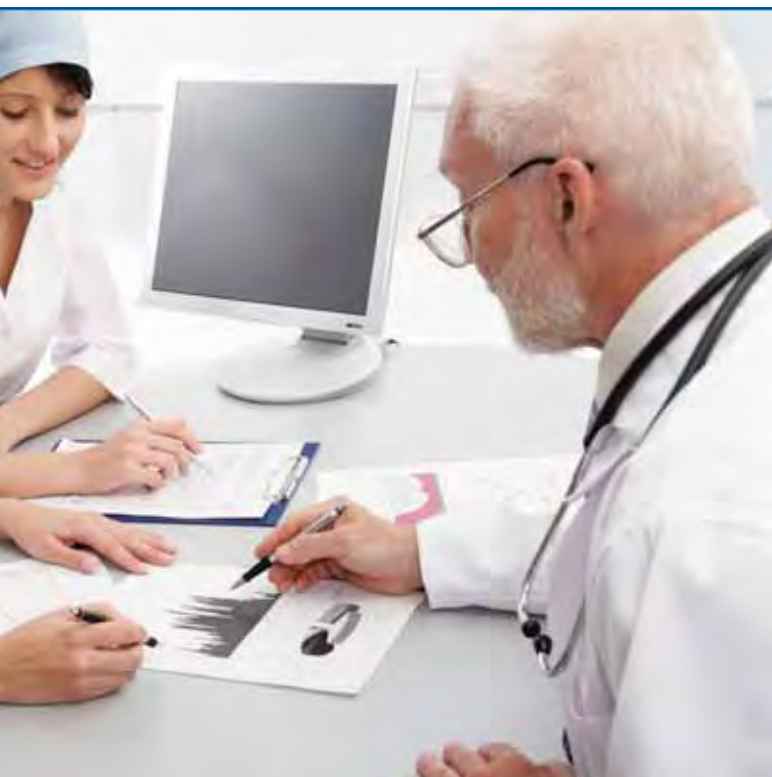


Secondo lei descrivono bene la figura del medico condotto?

Sì, la descrivono bene perché fatiche, solitudine e responsabilità unica erano la quotidianità di chi, iscritto a Medicina convinto di raggiungere il piacere della conoscenza dei segreti dell'uomo, si ritrovava poi a riparare, quando possibile e senza sussidi tecnologici, solo tanto dolore e sconforto.

Alla luce della sua esperienza come si potrebbe oggi migliorare la figura del medico di famiglia?

Oggi i medici di famiglia potrebbero migliorare se imparassero a riascoltare i problemi dei loro pazienti. Ma questi hanno fretta, vogliono le risposte pronte dalle macchine più sofisticate che solo gli specialisti sanno usare e interpretare,



vogliono lo specialista, vogliono l'Ospedale.

Il medico condotto missionario è superato, il medico di famiglia smistatore non serve più. È finita un'era che curava umanamente, ne è cominciata un'altra che cura meccanicamente. Tra poco comparirà una stirpe geneticamente modificata o forse ricomparirà l'uomo delle caverne.

Il medico condotto oggi è stato sostituito dal medico di Famiglia, che cosa è cambiato?

Il medico condotto era alle dipendenze del Comune e doveva garantire l'assistenza ai poveri. I concorsi per andare in condotta erano organizzati attraverso il Medico Provinciale e chi li superava si garantiva uno stipendio come dipendente comunale, minimo come quello degli impie-

gati di primo livello. Oltre a garantire l'assistenza ai poveri il medico condotto poteva prescrivere i farmaci necessari che il Comune erogava gratuitamente e, in quanto incaricato delle funzioni di Ufficiale Sanitario provvedeva a fare le vaccinazioni obbligatorie, e si doveva occupare di tutto ciò che riguardava l'igiene pubblica, l'acquedotto, le fognature, controllare la diffusione delle malattie infettive e faceva parte della Commissione igienico-edilizia comunale come membro obbligatorio.

Il medico condotto lavorava 365 giorni all'anno, compresi i festivi, e non poteva allontanarsi dalla condotta per più di due ore al giorno, sempre col permesso del Sindaco. Questo era dovuto al fatto che allora non esistevano molte

possibilità di comunicazione e di trasporto e dunque la presenza del medico sul territorio, specie nei piccoli paesi di montagna, di campagna o nelle isole, rappresentava un riferimento di pronto soccorso insostituibile. Una grossa critica a questi vincoli è che il medico, non potendosi allontanare dal territorio, non aveva la possibilità di aggiornarsi in tempo reale sulle rapide conquiste della medicina, a tutto vantaggio dei suoi assistiti.

Il cosiddetto "medico di famiglia", che è nato in seguito, interessava coloro che non volevano fare concorsi per condotte inizialmente disagiate e preferivano fermarsi nelle città o nei grossi paesi dove l'assistenza sanitaria veniva retribuita dai sistemi cosiddetti mutualistici: si trattava di Enti che si convenzionavano con alcuni medici perché svolgessero solo le funzioni di diagnosi e terapia, con esclusione delle funzioni sanitarie pubbliche.

A questo punto – dottor Tenchini – è nata una sorta di concorrenza tra le due figure?

In effetti i medici della mutua non vedevano di buon occhio i medici condotti anche perché questi ultimi avevano ottenuto, per arrotondare il magro stipendio comunale, di poter esercitare la medicina convenzionata con gli Enti mutualistici. Si era creato dunque una specie di di-

verso trattamento tra il medico di medicina generale con funzioni di condotto e il medico di medicina generale con funzioni esclusivamente di diagnosi e cura. La figura del primo aveva tuttavia dei vincoli non più accettabili alla luce delle conquiste sindacali in materia di lavoro che i medici di famiglia avevano pian piano raggiunto.

Contemporaneamente l'incremento dei mezzi di comunicazione e di trasporto ha permesso di annullare i tempi morti delle prestazioni sanitarie, mentre gli interventi igienici di prevenzione, sempre più dilatati, hanno reclamato figure professionali specifiche. La Spedalità infine si è ipertrofizzata e si è aperta a tutte le richieste che il SSN ha fin troppo generosamente finanziato. A questo punto il medico condotto non serviva più.

È così scomparsa una figura che giganteggiava nel panorama sanitario territoriale, non tanto perché sapeva fare un po' di tutto: la medicina interna, la piccola chirurgia, la grossa ostetricia, la dentistica, la pediatria, l'igiene pubblica, tutti argomenti d'esame al concorso per condotto, ma soprattutto perché era solo con se stesso e col malato di fronte, specie se acuto. Doveva risolvere problemi a volte gravissimi da solo, solo con la sua esperienza e solo con la sua coscienza, anche se allora la rivalsa su un risultato infelice era meno ricercata di oggi. •

Camici bianchi... alla rivoluzione

In occasione dei 150 anni dell'Unità d'Italia ricordiamo alcune eroiche e tragiche vicende che videro i medici come protagonisti dei primi moti insurrezionali

di Luciano Sterpellone

Nel 1848 l'Italia è poco meno di una semplice entità geografica suddivisa in tanti stati e staterelli, abitata da un popolo in gran parte succube del giogo straniero, abituato alle vessazione e al carcere, a mormorare più che ad agire. I contestatori più "fortunati" (cioè gli amnistiati o coloro che sono riusciti a sottrarsi all'arresto e alle condanne) si sono autoesiliati all'estero o nelle più ospitali terre del Piemonte, della Liguria o della Sardegna, mantenendo tuttavia sempre vivo l'ideale del Risorgimento e della libertà.

In realtà il Risorgimento è cominciato almeno mezzo secolo prima, dando già da allora (ma poi con le cospirazioni e le rivolte del 1814, del '21 e del '31) il proprio contributo di eroi e di martiri. Sino ad esplodere nello storico "Quarantotto", l'anno delle barricate e delle battaglie, che pone l'Italia sulla ribalta internazionale, e che vede il ritorno di Garibaldi dall'America e di Mazzini dall'esilio. Pur essendo sostenuta dal "popolo", l'idea risorgimentale fu inizialmente promossa dalla classe degli intellettuali, della quale i medici erano parte di primo piano: già nel 1775 gli



Paolo Mascagni. Disegno del Focosi, inciso da Luigi Rados (Courtesy of the National Library of Medicine)

archivi di polizia del Meridione ne schedavano un alto numero come "liberali" o "cospiratori". In Italia, lo spirito "insurrezionale" e delle riforme suscitato dalla Rivoluzione francese aveva trovato un terreno fertile per la particolare situazione politico-geografica e le vicende delle conquiste napoleoniche, presto concretizzandosi nella prima vera struttura organizzata di opposizione

e di protesta, la Carboneria: questa era sorta agli inizi dell'Ottocento traendo il proprio simbolismo e rituale dall'organizzazione dei carbonai (boscaioli, preparatori e venditori di carbone al dettaglio). Dopo il Congresso di Vienna (1815) aveva poi assunto un carattere patriottico e apertamente anti-austriaco. Era organizzata gerarchicamente in *baracche*, *vendite*, *vendite madri* e al-

te vendite, e gli iniziati (*buoni cugini*, *apprendisti*) conoscevano solo gli immediati superiori; la costituivano due "logge" principali, una politica che si occupava della protesta pacifica, l'altra militare destinata alle azioni di guerriglia.

L'affiliazione era consacrata da vari giuramenti, che prevedevano gravi pene per gli spergiuri. Già dai primi moti del '20 e '21, chi incappava nelle maglie della polizia veniva sottoposto ai più brutali e interminabili interrogatori per minare le resistenze dell'imputato e fargli confessare il nome dei congiurati. Alcuni non riuscivano a resistere: e non furono pochi i patrioti che subirono pesanti condanne per essere stati denunciati dai compagni.

In Italia la Carboneria mise inizialmente solide radici nel Meridione, specie in chiave antiborbonica, estendendosi poi attraverso le Marche e la Romagna allo Stato Pontificio. Al Nord fu invece indirizzata verso un programma democratico e repubblicano, mentre in Piemonte la variante dei *federati* la portò verso il costituzionalismo liberale, poi evoluta nella visione più ampia di un'azione comune tendente alla creazione di una Nazione unita.

Tra le centinaia di medici,

di farmacisti e di studenti che già nei primi moti rivoluzionari svolsero un ruolo determinante nelle gloriose vicende del Risorgimento è possibile in questa sede ricordarne soltanto alcuni. Ad esempio, Giovanni Rasori, nato a Parma nel 1766, che già da studente ha mostrato un tale ingegno da essere inviato per tre anni a spese del Governo a studiare Chirurgia a Firenze. Costretto a riparare in Francia nel periodo delle vittorie austro-russe, soggiornerà poi a lungo in Inghilterra, seguendo le lezioni di Chirurgia del celebre John Hunter. A trent'anni è nominato professore di Patologia all'Università di Pavia, e due anni dopo rettore della stessa Università. Sarà fautore (ma in un secondo tempo anche critico) della famosa ma ormai obsoleta teoria degli stimoli e controstimoli enunciata dall'inglese Brown ("brow-nismo").

Con il ritorno di Napoleone III, Rasori ricopre importanti incarichi in campo medico e governativo, che gli vengono poi revocati dopo la caduta dell'Impero. Fortemente contrario alla dominazione austriaca, si arruola volontario nell'esercito Cisalpino e, dopo la battaglia di Marengo (14 giugno 1800), viene inviato a Genova per organizzare e coordinare le operazioni sanitarie intraprese per debellare l'epidemia di colera insorta nel prolungato assedio da parte delle truppe austriache e della marina inglese. La sua atti-

vità nel nome dell'idea risorgimentale continua dopo la Restaurazione, quando prende parte alla cosiddetta "Congiura militare bresciano-milanese" contro il governo austriaco; i congiurati si riuniscono clandestinamente nella sua casa, ma uno di loro (un certo Saint-Agnan) è una spia e fa scoprire la congiura. Il 26 novembre 1814 Rasori viene arrestato e sconterà una condanna di tre anni e tre mesi.

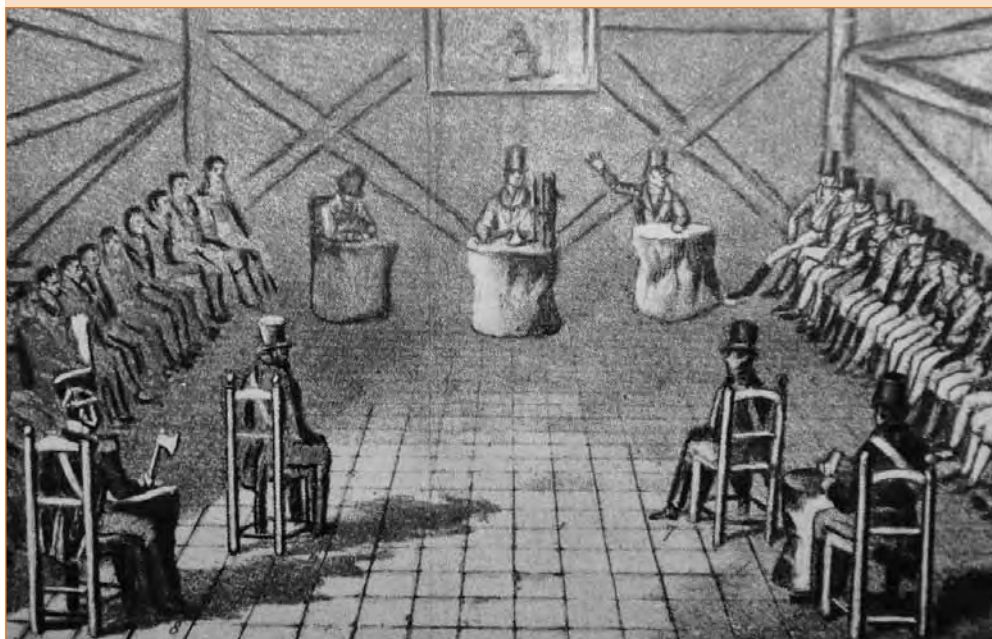
Un altro medico-patriota è Paolo Mascagni, divenuto il più giovane professore nella moderna storia degli Atenei italiani, autore del famoso *Trattato sui vasi linfatici* (nel quale - contro le nozioni del tempo - dimostra con bellissime tavole iconografiche l'origine distinta del sistema vascolare da quello linfatico), nonché per le sue ricerche in gine-

cologia e sui soffioni boraciferi della Toscana. A Siena, durante una rivolta di reazionari, viene gravemente ferito e poi arrestato insieme a Francesco Antonmarchi (che tra alcuni anni sarà il medico di Napoleone Bonaparte a Sant'Elena). Rimase in carcere per otto mesi, fino al ritorno di Napoleone dall'Egitto.

Ma il "martirologio" dei medici del Napoletano che hanno contribuito all'Indipendenza italiana era già iniziato anni prima, esattamente il 18 ottobre 1794 con la salita al patibolo di un giovane di ventiquattro anni - Vincenzo Galiani - studente di Medicina a Napoli: scoperto come rivoluzionario, tenta la fuga verso il nord, ma a Civitavecchia viene arrestato e condannato all'impiccagione. Il suo corpo penderà dalla forca

insieme a quello di altri due patrioti. Cinque anni dopo sarà il suo professore universitario Domenico Cirillo a fare la stessa fine. Attivo patriota, scienziato, professore di Botanica e di Patologia medica all'Università di Napoli, fu anche presidente della Commissione legislativa nella Repubblica Partenopea (1799). Quando fu arrestato dopo il ritorno dei Borboni, tentò di salvarsi chiedendo la grazia a Lady Hamilton, moglie del ministro britannico a Napoli, facendo leva sul fatto di aver a suo tempo curato l'ammiraglio Nelson: ma, visto che la sua lettera non aveva sortito alcun effetto, assunse per ripicca un atteggiamento arrogante che urtò ulteriormente il ministro. Fu così impiccato nel 1799, a sessant'anni, proprio per espresso ordine di Nelson. •

Riunione di Carbonari in una "vendita"





Catastrofe, evento naturale o mancanza del senso del limite?

di Antonio Gulli

Come ci comporteremmo se rimanessimo coinvolti in una catastrofe? Che rapporto può instaurare l'uomo con un evento in grado di cancellare in poche ore tutte le forme di vita, anni di lavoro e ambienti familiari? È possibile individuare in tra-

gedie di questa portata anche una dimensione positiva? Da sempre gli eventi naturali lasciano l'uomo attonito. Tutte le spiegazioni scientifiche nella maggior parte delle persone – per quanto esaurienti – non riescono a chetare la profonda inquietudine, positiva o negativa che sia, che ci pervade nel momento in cui la natura si manifesta. Stupore o orrore, meraviglia o terrore, la natura è capace di scuotere sentimenti, forme di immaginazione e capacità argomentative. L'illuminista Voltaire rivisitò la sua idea di progresso dopo il terremoto che distrusse Lisbona nel '700. La maggior parte degli esseri umani di fronte al vivere della natura ricorrono a spiegazioni divine. A volte rendono divine le stesse forze della natura. Si potrebbe dire che spesso la paura di un male ci porta a un male peggiore.

Ma che cos'è la paura? Sostanzialmente un'emozione. A differenza degli animali, per l'uomo la paura riveste un valore ambivalente, oscilla tra istinto ed elaborazione culturale e si colloca nel cuore della nostra vita psichica diventando un determinante fattore di crescita o d'involuzione. Ogni epoca ha le sue paure. Nel Medioevo c'era la paura della peste nera verso cui la gente si sentiva completamente

esposta, priva di difese. Oggi invece abbiamo paure diverse: la bomba atomica, il terrorismo, le armi batteriologiche. Ecco, tutto quello che sfugge al nostro controllo genera paura ed alcune paure sono più diffuse di altre proprio per la sensazione di non poterle controllare. E proprio perché non si riesce a controllarle le paure si rimuovono. Vengono riposte nel "cestino" del nostro cervello. Chi ricorda più Kyrill? E cosa è Katrina? La memoria è la facoltà che più dimentica, forse proprio perché è preposta a ricordare. Il tragico terremoto che ha colpito la Campania nel 1980 viene sempre e solo ricordato per la ricostruzione e la corruzione che l'ha caratterizzata. La memoria della catastrofe, il ricordo delle vittime e della sofferenza dei sopravvissuti, la distruzione di interi paesi con la loro storia e la loro cultura, tutto questo viene oscurato. Lo si è visto anche quando l'Italia è stata colpita da un nuovo terremoto, quello dell'Aquila. In quel momento si è ricordata l'Irpinia solo per scongiurare una politica di ricostruzione inefficiente e corrotta. A costo di essere iperschematici e, dunque, di ridurre in briciole la complessità del tema, cerchiamo di elencare i nodi di questo filo rosso. Il primo è che le catastrofi ambientali, ovvero i drastici cam-

biamenti che in poco tempo modificano l'ambiente, traducendosi in tragedie per molti individui e specie, ma anche in opportunità per molti altri individui e specie, esistono. Non sono una mera costruzione sociale. Tuttavia molto spesso le catastrofi ambientali – o, almeno, gli effetti delle catastrofi ambientali – non sono del tutto “naturali”. Ovvero non sono indipendenti dalla presenza dell'uomo e dai suoi comportamenti. Un esempio sono i grandi terremoti. Se fanno tremare la sabbia del deserto sono “eventi naturali”, non “catastrofi”. Gli effetti sull'uomo e anche sulle altre specie viventi sono pressoché nulli. Al contrario, se un terremoto piuttosto intenso interessa una città può produrre una catastrofe tale da provocare non solo danni tangibili, ma anche ribaltamenti cognitivi: capovolgimenti di Weltbild, di visioni del mondo, come quella appena ricordata di Voltaire. Le catastrofi esistono da sempre. E intorno alle catastrofi esiste da sempre un “immaginario”. Un modo di raccontarle e di raccontarsele. Queste narrazioni cambiano nel tempo. Anche perché nel tempo cambia la natura delle catastrofi e anche la conoscenza scientifica intorno agli eventi catastrofici.

Questa conoscenza ci induce, sempre più, a cercare di prevenire il rischio. Tanto che, secondo alcuni, viviamo nell'era del rischio (della prevenzione del rischio). Ma l'organizzazione degli sforzi di prevenzione del rischio presuppone scelte e azioni. Ovvero una politica. E dunque un esercizio del potere. E tuttavia è anche vero il contrario; il potere utilizza la catastrofe per rafforzarsi.

Di fronte all'esperienza delle catastrofi dell'uomo nel XX secolo e, in certo modo come risposta ad esse, la filosofa Hannah Arendt sottolinea che “l'uomo possiede evidentemente un meraviglioso e misterioso talento di fare miracoli”, cioè è capace di agire, di prendere iniziative, di dar luogo a un nuovo inizio. La spinta esistenziale dell'esperienza – qui sta l'ambivalenza di principio dei rischi globali – crea involontariamente, spesso anche inavvertitamente e senza che questa opportunità venga colta, l'occasione (o la sventura) di un possibile nuovo inizio, che non giustifica falsi sentimentalismi. Come si può e si deve vivere all'ombra dei rischi globali? Come si può condurre un'esistenza quando le vecchie certezze svaniscono o si rivelano menzogne? Ma che cos'è una catastrofe? In matematica si ha una catastrofe in un sistema quando, al variare con continuità delle condizioni esterne, si ha un cam-

biamento non continuo del sistema. La teoria delle catastrofi, elaborata da René Thorn all'inizio degli anni Settanta, si basa sullo studio delle singolarità di alcune funzioni. In particolare la teoria delle catastrofi ha trovato grande applicazione in geografia economica urbana e regionale. In questo ambito si intende per catastrofe una modificazione repentina indotta, nell'evoluzione di un sistema territoriale, dall'andamento discreto (in termini statistici, ovvero discontinuo) di una o più variabili. E ciò determina il passaggio del sistema da uno stato all'altro di “stabilità strutturale”. La materia è complessa e quindi rimandiamo il lettore interessato a questa scienza a consultare la letteratura finora prodotta su questo argomento.

Prima si è detto della paura. Ciò che dobbiamo aggiungere, però, è che se ci sono tante forme di paura, ci sono altrettante forme di coraggio. Per esempio nella storia antica vi è una differenza tra il coraggio fisico di Achille e quello razionale di Ulisse. Quest'ultimo, quando si trova nella grotta di Polifemo, sopporta che il ciclope mangi alcuni dei suoi compagni, senza però lasciarsi prendere dal panico, perché egli ha una sua strategia. Ed ecco forse scoperta la dimensione positiva che può essere individuata nel verificarsi di eventi naturali catastrofici. Una razionalità che si nutre della pianta madre che è l'umiltà e che è consapevole dei propri limiti e delle sue possibilità. La volontà di forzare “il sistema natura” per ottenere una decisione favorevole è tanto più deflagrante quanto è più alto il rischio accettato, la conseguenza è una modifica del sistema. Non è questa la vera catastrofe? Per fortuna, oggi, affianco alle domande di sempre quando succedono eventi calamitosi – “Dove è finito Dio?” – esiste una “macchina” che come a Sendai, dopo lo tsunami, il terremoto e le radiazioni della vicina centrale atomica, ha visto l'attivarsi di tutta l'operatività che si lega all'esperienza – per esempio – della “medicina delle catastrofi”, che vede l'integrazione tra le istituzioni dei soccorsi, ossia la condizione per giungere ad una sinergia operativa finalizzata ad un obiettivo comune e che fa propria l'estensione del concetto di vittima nella sua globalità. Ossia che non si occupi soltanto di morti e feriti, ma di tutti coloro che sono stati colpiti negli affetti e nella psiche. La nuova concezione del *disaster management* (“gestione dei disastri”) comprende non solo il soccorso e la gestione dell'emergenza, ma anche la formazione della comunità locale, affinché possieda strumenti e metodologie per la propria protezione. Fin qui si va per la strada giusta. L'unica pista che ancora sembra balbettante nel trovare una sua direzione nella mente dei molti è l'idea che a sottrarci il potere rispetto agli eventi cosiddetti catastrofici, non è la forza sempre viva della natura, a cui dobbiamo rispetto se vogliamo evitare lutti e distruzioni, ma ciò che già i greci avevano ben individuato: la *hybris*. Chissà se gli ultimi sconvolgimenti insegneranno all'umanità il “senso del limite”? •

**La volontà di forzare “il sistema natura”
per ottenere una decisione favorevole
è tanto più deflagrante
quanto è più alto il rischio accettato**



Giovani soli alla ricerca di una verità

di Lina Vita Losacco

K ha da poco compiuto diciotto anni ma nel raccontare di sé si esprime con la stanchezza di una “madre di famiglia”. Faceva ancora le medie quando doveva intervenire per mediare fra i genitori continuamente in conflitto ed occuparsi con-

temporaneamente della casa, dello studio e dei suoi problemi di inadeguatezza nel gruppo dei pari: “Sia alle medie che al liceo ogni mattina mi prendeva l’ansia perché mi toccava affrontare i miei compagni e i loro commenti su di me, eppure mia madre era convinta che non avessi problemi solo perché a scuola avevo una media alta. Da sempre è convinta che io sia una persona forte e sicura [...]. Quando torno a casa la mia stanza è sottosopra perché mia madre ha l’abitudine di rovistare nei miei cassetti, le piace usare i miei trucchi, indossare le mie magliette o i miei orecchini perché le danno sicurezza – dice –. Purtroppo nessuno si accorge della mia insicurezza, nemmeno lei!”.

Anche G., sedici anni, è stanca e piena di rabbia perché sente la responsabilità di dover proteggere sua madre per “paura che si cacci nei guai”. Mentre E. deve alternare l’alleanza tra suo padre e sua madre che gli fanno pressione per avere l’esclusiva della sua complicità: “Sembrano due ragazzini [...] tra l’altro a me dispiace vedere mia madre angosciata per i continui tradimenti di mio padre che poi la tratta come una isterica [...]. Sì, questa situazione mi crea confusione e mi sento sola, come del resto è sempre stato”.

Genitori che vogliono essere amici dei loro figli e figli che, *scippati* della loro vita adolescenziale, sono costretti ad assumere precocemente il ruolo di adulto responsabile e

protettivo nei confronti dei propri genitori inclini ad un atteggiamento adolescenziale piuttosto che intenti ad offrire loro sicurezza e stabilità affettiva. Una inversione di ruoli che riguarda le sempre più numerose famiglie dei nostri tempi in cui giovani e giovanissimi si ritrovano ancora una volta soli, nonostante esperti psicologi forniscano continue indicazioni su come diventare valide guide per i nostri figli.

In mancanza di rapporti significativi pregnanti di cura e di comprensione o di quella conflittualità che da sempre ha caratterizzato il rapporto genitori-figli, ai numerosi giovani dell’ultima generazione tocca confrontarsi, nella migliore delle ipotesi, con genitori traboccanti di permissivismo o di modernità o a volte eccessivamente protettivi. In entrambi i casi i ragazzi si ritrovano in famiglie all’interno delle quali le questioni, oggetto di discussione tra generazioni, riguardano il modo di vestirsi, le attività da scegliere per il tempo libero, l’elargizione di paghette settimana-

**Genitori che vogliono essere amici
dei loro figli e figli che sono costretti
ad assumere precocemente
il ruolo di adulto responsabile**

li o di laute somme di denaro da investire nell'acquisto degli emblemi di status symbol universalmente condivisi. E intanto i valori di fondo o le questioni morali e politiche che in passato animavano il conflitto generazionale (oltretutto necessario all'adolescente per stimolare il bisogno di individualismo e la capacità di diventare adulto corredato di propri valori e risorse) finiscono col diventare *cose d'altri tempi*.

Il risultato? Solitudine, confusione, smarrimento cui è difficile sottrarsi dal momento che riguarda la società tutta. E tra i ragazzi aumenta il senso di inadeguatezza e la crisi dei valori con forme di disagio a vari livelli, nel campo del lavoro e nello studio o nelle relazioni sociali e nei rapporti con l'altro sesso come ben ci indicano le svariate interviste e indagini sui giovanissimi consumatori di viagra, sui bulli e cyber bulli e adolescenti con comportamenti a rischio.

Pensiamo alla crisi lavorativa che ha colpito gli italiani: le maggiori ripercussioni riguardano i giovani oltre che le donne. Secondo il rapporto Istat "Noi Italia", circa il 21,2 per cento dei giovani italiani tra i 15 e i 30 anni oltre a non avere un'attività professionale, non è nemmeno iscritta ad un percorso di formazione. Giovani che non lavorano, non studiano, non si formano: sono i *ne-et, not in education, employment or training*, il cui percorso adolescenziale è diventato "un processo in itinere, un percorso dilatato nel tempo"(1), più che fase di passaggio dall'età infantile a quella adulta.

Un quadro piuttosto completo sull'entità del problema adolescenziale ci viene fornito dal rapporto Eurispes-Telefono Azzurro 2010(2) che ha intervistato circa 3100 studenti tra i 7 e i 19 anni. Dall'indagine emerge che i ragazzi si percepiscono inadeguati e soli e ad essi i genitori rispondono inondando i loro spazi fisici e mentali con beni materiali, soprattutto prodotti tecnologici di ultima generazione (cellulare, console per videogiochi, ecc.), a prescindere dalle possibilità economiche a disposizione. È inevitabile che la socializzazione dei figli o gli interventi di supporto e assicurazione vengano affidati al Web: nel 90 per cento dei casi i ragazzi tra i 12 e i 19 anni passano diverse ore su Internet e nell'84 per cento hanno un profilo su Facebook. Tra i bambini dai 7 agli 11 anni il ricorso a Facebook riguarda il 42 per cento, ma Internet è usato dal 60 per cento soprattutto per guardare filmati su YouTube. La paghetta settimanale poi è una prerogativa di 4 ragazzi su 5 e in alcuni casi gli stessi ragazzi la considerano persino eccessiva (27,9 per cento): addirittura il 14,2 per cento dei bambini tra 7 e 11 anni riceve oltre 50 euro settimanali. Ma la maggiore preoccupa-

I valori o le questioni morali e politiche che in passato animavano il conflitto generazionale finiscono col diventare cose d'altri tempi

zione degli adolescenti (e anche dei bambini) riguarda la capacità di conformarsi alle aspettative degli altri; in particolare si teme di deludere i genitori (56,6 per cento) o gli amici (52,4 per cento) o di fare brutte figure. Così che per colmare il senso di inadeguatezza e conformarsi ad una immagine estetica approvata socialmente il 5,3 per cento degli adolescenti tra i 12 e i 19 anni è disposto a ricorrere anche ad un intervento di chirurgia estetica. L'angoscia costante che pervade i ragazzi è di non riuscire a corrispondere ai modelli di una immagine di sé vincente che rispetti i canoni della bellezza o della forza fisica (se maschio) o di non poter raggiungere un livello di soddisfazione personale sempre più elevato. In un tale marasma anche la relazione sessuale, anziché essere vissuta come un'opportunità per sperimentarsi in un nuovo tipo di confronto con l'altro/a a livello affettivo-emotivo e quindi arricchire il percorso di conoscenza di sé, per molti adolescenti è un modo per mettere alla prova le proprie capacità seduttive, l'arte della conquista, l'abilità nel saper stupire e non deludere o di essere accettati e apprezzati. Il tutto finalizzato a rafforzare il proprio sé ma in funzione delle aspettative altrui e secondo canoni e stereotipi prescritti, e a ricordarlo ci pensano i martellanti programmi televisivi aventi come protagonisti-cavie i giovani "il cui povero erotismo è veicolato da apparati muscolari o vestiti microscopici, trucchi da viado, tacchi da passeggiatrici di strade provinciali"(3). E poiché la paura di un insuccesso nella sfera sessuale è sempre in agguato, è frequente anche tra i giovanissimi il ricorso a surrogati in grado di garantire o potenziare le prestazioni sessuali. Non a caso si parla frequentemente di generazione dopata che, per il bisogno di sensazioni forti e di assicurazioni, inconsapevolmente mette a rischio la propria vita. Una generazione estremamente vulnerabile dunque con una identità/non identità priva di valori acquisiti e interiorizzati, con una profonda depersonalizzazione che non può diventare adulta se c'è il vuoto sociale. "Per costruire un'identità matura, senza blocchi o confusioni di ruolo, l'adolescente deve avere dei veri interlocutori, capaci di ascoltarlo, ma capaci anche di esprimere dei valori, attraverso i loro effettivi comportamenti, più che con esortazioni retoriche".(4) •

(1) Petrone L., Troiano M. *Adolescenza e disagio, come superare il problema*. Roma: Editori Riuniti, 2001

(2) Eurispes, Telefono Azzurro. *Indagine conoscitiva sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia*. 2010

(3) Crepet P. *Sfamiglia*. Torino: edizioni Einaudi, 2009

(4) Palmonari A. *Gli adolescenti*. Bologna: il Mulino, 2001

Giovani e anziani, generazioni a confronto

di Maurizio Zomparelli (*)

I giovani di oggi sono diversi da quelli di ieri o del passato? E gli anziani cosa rappresentano e dove si collocano nel tessuto sociale di oggi?

Come cambia la nostra società. Lo strappo generazionale è evidente, palesemente documentato dai modelli che rappresentano l'espressione del *modus* con cui si sta evolvendo nei costumi, la crescita della nostra società.

Giovani che vivono la loro esistenza in compartimenti stagni, ermeticamente protetti dalle contaminazioni dei loro avi, degli

adulti, dalle loro sembianze, perché il bello è essere giovani, il modello è quello del corpo, della felicità e spregiudicatezza, ove tutto è ammesso e giustificabile, ove si può o si deve osare, per combattere l'immortalità, ove il tempo non esiste e la storia ed il passato sono solo ricordi, rimembranze architettoniche di pensieri malinconici e retrò da abbandonare e non da seguire.

Anziani sempre più isolati nella vita, emarginati e condannati ad una fine precoce e sconsolata, perché ostacoli naturali all'evoluzione ed alla crescita. È questa la soluzione

per migliorare? Bisogna non tener conto del passato per crescere velocemente, per evolversi e migliorarsi?

Dissacrare quello che è stato e che invece ancora è: è questa la soluzione? E' questo il modello da seguire? Attenzione ragazzi!, si scherza con il fuoco, esiste il rischio di smarrirsi, di annientarsi dietro futili modelli, dietro l'oblio del faceto, dietro le falene o meglio le muse del nulla, esiste il rischio reale di creare archetipi senza senso di un modello societario senza contenuti che potrebbero rappresentare il baratro per un futuro di sana e reciproca convivenza. Un esempio viene dal recente passato, quando appunto passavamo molto del nostro tempo ad ascoltare i nostri nonni, che ci raccontavano le loro esperienze di vita, le loro preoccupazioni, i loro drammi, ma soprattutto le cose belle, amplificate dai ricordi ed immaginate o romanzate, insomma un modello realistico misto all'immaginazione che ci tranquillizzava e ci dava forza e fiducia nell'affrontare le crisi della nostra crescita e maturazione. Oggi l'isolamento dei giovani ha provocato uno strappo nel tessuto della nostra società, uno strap-

po nella comunicazione, nella comprensione, nella crescita e nella storia stessa dell'umanità, tale da preoccupare noi osservatori e studiosi del comportamento umano e delle sue devianze.

Il richiamo a chi assembla i nostri giovani nel tentativo di isolarli dai loro genitori, dai loro nonni, dalla loro storia familiare e consegnarli al mondo delle vanità e leggi di *merchaising* è chiaro e sintetizzato da questo articolo. Stiamo fabbricando degli esseri umani senz'anima, senza storia e non esiste futuro senza storia; attenti mass media e pubblicitari, attenti economisti del pensiero, tutto questo ci si potrà rivolgere contro perché la posta in palio è il futuro non solo dei singoli ma di intere generazioni che verranno e che non sapranno cosa fare e dove andare, realizzando uno smarrimento collettivo.

La voglia e la speranza di creare un rapporto costruttivo, basato sul rispetto ed il richiamo dei valori che rendono civile la convivenza è chiaro e giustificato, stiamo qui anche per questo ed il monito a non perdere l'occasione per ribaltare il presente, confidando nello spirito dei giovani e nelle loro idee è forte e chiaro, sta a noi perpetuarlo ed essere convinti che la porta è sempre aperta e non preclusa. •

(*) *Docente della Scuola di specializzazione italiana in psicoterapia Smipi*



150 anni di sanità italiana

di Walter Pasini

150 anni di Unità d'Italia sono un'occasione irripetibile per una lettura della storia del Paese attraverso i cambiamenti avvenuti nello stato di salute della popolazione, l'evoluzione delle conoscenze scientifiche e tecnologiche e le forme di assistenza sanitaria erogate dal 1861 ad oggi.

L'esempio più importante è la vaccinazione che consentì di eliminare nel nostro Paese il vaiolo, la poliomielite, il tetano e la difterite.

L'Italia post-unitaria era prevalentemente agricola caratterizzata, soprattutto nelle campagne, dalla povertà. Il tasso di mortalità infantile era elevato e la durata della vita media non superava per uomini e donne i 35/40 anni. La pellagra era la malattia più di ogni altra associata alla povertà: si manifestava con dermatite, diarrea e demenza. Il primo congresso pellagrologico, mirante a confrontare conoscenze e dati, si svolse a Padova nell'aprile 1899.

Nella seconda metà dell'Ottocento e per buona parte del Novecento uno dei maggiori problemi sanitari era rappresentato dalla malaria che affliggeva prevalentemente le popolazioni del centro e del sud Italia, isole comprese. Fino alla scoperta dell'agente eziologico, avvenuta da parte di Alfonse Laveran nel 1878 (il plasmodium), la malattia era attribuita a miasmi, emanazioni ammorbanti sprigionate dalle acque stagnanti dei terreni paludosi (mal'aria). Tanti gli illustri scienziati nel campo della malarologia: Camillo Golgi, Angelo Celli, Giovan Battista Grassi, Ettore Marchiafava, Amico Bignami, Giuseppe Bastianelli, Alberto Missiroli. La "scuola romana" fu il punto di riferimento per oltre un secolo per gli studiosi della materia. Tappe fondamentali della lotta alla malaria furono la scoperta da parte di Giovan Battista Gras-

si della trasmissione dell'infezione attraverso la zanzara Anophele, la distribuzione del chinino di stato negli spacci di Sali e tabacchi come misura di terapia e profilassi, le bonifiche dell'Agro Romano e dell'Agro Pontino avvenute nel Ventennio fascista e la disinfestazione con DDT intrapresa nell'immediato dopoguerra grazie agli aiuti americani.

La tubercolosi era, insieme alla malaria, il principale problema di sanità pubblica. Nel quinquennio 1887-91 su mille morti, 78 erano dovuti a tubercolosi, nel quinquennio 1907-12 le morti per tubercolosi salirono a 81. La presa di coscienza della dimensione sociale della malattia portò il clinico Achille De Giovanni dell'Università di Padova a fondare nel 1898 la Lega nazionale contro la tubercolosi.

L'Ottocento fu poi il periodo delle pandemie di colera. La sua diffusione fu favorita dall'industrializzazione e dall'urbanizzazione per la concentrazione della popolazione in città sprovviste di sistemi fognari efficienti e per l'assunzione di acqua contaminata.

Per la prima legge in materia di sanità pubblica l'Italia dovette aspettare la Legge Crispi Pagliani del 1888. Medici illuminati ebbero il merito di stimolare i politici per dare al Paese una legislazione volta a tutelare i cittadini dalle malattie legate alla povertà, agli ambienti malsani e alle cattive condizioni igienico-sanitarie. Alcuni di essi si impegnarono direttamente in politica come Giovanni Lanza, Luigi Carlo Farini, Luigi Pagliani, Agostino Bertani, Paolo Mantegazza, Giulio Bizzozzero, Guido Baccelli e Angelo Celli.

La scoperta degli agenti eziologici, di metodi diagnostici, di terapie specifiche e la realizzazione di strutture e opere migliorative delle condizioni igienico ambientali del paese portarono, a metà Novecento, ad un significativo calo delle malattie infettive. Contemporaneamente ebbero sempre maggior rilevanza epidemiologica malattie degenerative come il cancro e malattie cardiovascolari.

Sul piano legislativo, dopo la II Guerra mondiale, i passi più importanti furono compiuti attraverso la istituzione del ministero della Sanità nel 1958 e con la legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale nel 1978, legge con la quale si è garantita l'assistenza sanitaria a tutti i cittadini italiani. •

Disinfestazione di una zona malarica



10 MAGGIO 1934

A Parigi viene fondata da Lion Feuchtwanger, Romain Rolland e Heinrich Mann la Biblioteca tedesca della libertà. Vi sono conservate le opere che in Germania vengono messe all'indice.

6 MAGGIO 1937

A Lakehurst negli Stati Uniti, l'Hindenburg, il dirigibile tedesco, esplode mentre si trova in fase di atterraggio. 36 persone perdono la vita.



22 MAGGIO 1939

Italia e Germania stipulano il patto d'Acciaio.

30 MAGGIO 1940

Il pilota americano Wilbur Shaw, su Maserati, vince per la terza volta le 500 miglia di Indianapolis.



Wilbur Shaw

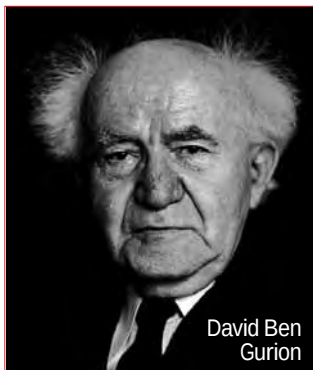
Maggio e le sue storie...

A proposito di Newton... il famoso fisico stava sotto un albero, quando gli cadde una mela sul capo... Dunque, si mise a pensare: come mai la mela cade in giù invece che in su? (Certo, per fare queste grandi scoperte, oltre che grandi geni bisogna essere anche un po' scemi. Come può venire in mente a qualcuno che una cosa possa cadere in su?)

Achille Campanile, La cura dell'uva

14 MAGGIO 1948

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



David Ben Gurion

4 MAGGIO 1953

Il premio Pulitzer viene vinto da Ernest Hemingway per l'opera "Il vecchio e il mare".



Ernest Hemingway

3 MAGGIO 1960

Ad Amsterdam viene aperta al pubblico la casa di Anna Frank vittima del nazismo.



Anna Frank

10 MAGGIO 1968

Sciopero generale di solidarietà con gli studenti organizzato in Francia dai sindacati. Si registreranno tumulti in tutto il Paese.

12 MAGGIO 1974

Calcio: la Lazio si laurea campione di Italia.

4 MAGGIO 1980

Crisi in Jugoslavia a seguito della morte di Tito. Il Paese si avvia alla disgregazione della federazione.

14 MAGGIO 1989

Il peronista Carlos Menem vince le elezioni presidenziali in Argentina.



Carlos Menem

23 MAGGIO 1992

Cade vittima di un attentato mafioso il giudice Giovanni Falcone.



Giovanni Falcone

9 MAGGIO 1994

Nelson Mandela è il primo presidente di colore del Sudafrica.

1 MAGGIO 1997

Tony Blair vince in Gran Bretagna le elezioni con i Laburisti dopo diciotto anni di governo conservatore.

"CORREZIONE"

Alberto Cova vinse i 10mila metri nel 1983 nel corso dei campionati del mondo di atletica che si tennero quell'anno ad Helsinki dal 7 al 14 agosto.

La grande forza della palla ovale

di **Andrea Meconcelli**

Parlamo di rugby? È uno sport affascinante che, solo apparentemente si basa sulla forza fisica. Ci vogliono, oltre alla predisposizione, una volontà ferrea e tanto spirito di adattamento. Ne trattiamo brevemente in questo articolo, per ricordare e ricordarci che molti medici lo hanno praticato e quelli giovani oggi scendono sempre più numerosi in campo. Per comprendere l'importanza di questa disciplina basterà ricordare che al centro di tutto c'è una palla. Però ovale.

“La Commissione Medica Federale, ente della Federazione italiana Rugby, si occupa di dettare le linee guida che vanno dal primo soccorso durante la gara a tutta la diagnostica, compreso il recupero funzionale e il recupero dei traumi, alla nutrizione. Fanno parte della commissione una serie di specialisti: un medico legale, un neurochirurgo, un internista, un reumatologo e un fisiatra. Tutte figure che, di volta in volta, possono essere chiamate in causa qualora si presentassero dei casi particolari magari sull'iter diagnostico o terapeutico”. Con queste parole Vincenzo Ieracitano – presidente della Commissione medica federale rugby – spiega i com-



piti dell'organismo che si occupa della salute dei tanti atleti che praticano questo sport. “E' uno sport duro – continua Ieracitano – di combattimento; l'unico sport dove è concesso l'attacco al portatore di pallone. Di conseguenza è un'attività alla quale bisogna essere preparati. Nel rugby ci sono regole ben precise: è uno sport in cui innanzitutto ci deve essere il rispetto dell'avversario proprio perché è facile far male e farsi male.

Il rugby è una disciplina di contatto e di situazione. È sport di contatto perché il confronto fisico tra i gioca-

tori è una costante del gioco; è sport di situazione perché nella sua evoluzione sta diventando sempre più importante la capacità di comprendere il contesto momentaneo in cui ogni fase della partita si sviluppa concretamente.

Venendo alla storia di questo sport va ricordato che il football era praticato in molti college inglesi che adottavano regolamenti differenti: era differente la forma del pallone ed il numero di giocatori attivi in campo, così come il modo di maneggiare o calciare. Regolamenti il cui sviluppo tecnico ha coinvolto un di-

scritto numero di praticanti presso i college di Rugby (Regno Unito), Cambridge, Eton (Inghilterra), Winchester (Hampshire), Shrewsbury, London Borough of Harrow e distretto Blackheath di Londra nonché Christchurch in Nuova Zelanda. Sembra che il primo a rinnovare il regolamento, anche se non tutti concordano sulla vicenda, sia stato lo studente William Webb Ellis, nel 1823, in occasione di una partita di football nel campo da gioco della Rugby School. Il 26 gennaio 1871 i rappresentanti delle varie scuole inglesi si riunirono nel ristorante Pall Mall di Londra e unificarono il regolamento fondando la Rugby Football Union. Attualmente, in tale luogo, è ancora visibile un'iscrizione su pietra che ricorda il ristorante e la fondazione dell'associazione sportiva. Il rugby a 15 fece parte dei giochi olimpici dal 1900 al 1924 e il rugby a 7 già in programma nei World Games farà il suo esordio ai Giochi Olimpici del 2016. Il primo campionato italiano fu disputato nel 1929. Successivamente furono costituite le organizzazioni di rugby a 13 e rugby a 7.

La Nazionale italiana è impegnata annualmente nel torneo del Sei Nazioni, che la vede di fronte alle migliori compagini nazionali europee: Francia, Galles, Inghilterra, Irlanda e Scozia. Fin dalla sua prima edizione (1987) l'Italia è sempre stata presente alla Coppa del Mondo di rugby. •

Libri ricevuti

di G. F. Barbalace



Le cime e le valli

Nel prezioso trattatello sulla medicina, scritto per chi svolge, o si prepara a svolgere questa attività, Vito Cagli fa ricorso alla sua cinquantennale esperienza per armonizzare gli aspetti etici della professione con quelli scientifici e tecnologici che sembrano acquistare sempre maggiore importanza. Trattando delle radici della medicina, della linfa che la vivifica e della formazione umana e culturale

dei medici, l'autore motiva le ragioni per le quali il medico deve veramente amare il suo lavoro per farlo con adeguatezza e soddisfazione. Le argomentazioni, gli spunti, i suggerimenti presentati nel testo mirano ad affinare la sensibilità del medico proponendogli di vedere l'uomo prima del paziente, la sofferenza prima della malattia, la speranza di guarigione prima della cura e, cosa veramente importante, di "essere" più che "fare" il medico.

Vito Cagli

"Le cime e le valli"

Armando Editore, Roma - pp. 173, euro 15,00

Condotta professionale medica e responsabilità penale

Il medico, nello svolgimento della sua attività professionale, corre sempre il rischio di trovarsi coinvolto in una questione processuale. Un evento, questo, per il quale non è quasi mai preparato, poiché nelle facoltà di Medicina è sempre scarsa la frequenza ai corsi di Diritto sanitario. Con questo volume Gaetano Siscaro, magistrato di Cassazione esperto di Diritto sanitario, offre al medico in attività un utile contributo per colmare le sue lacune giuridico-sanitarie e gli fornisce, in forma chiara ed

esaustiva, uno strumento operativo che lo metterà in grado di conoscere i margini normativi e operativi della sua attività nel rapporto comunicativo e terapeutico con il paziente. Indicando poi i diversi profili di colpa e di reato cui un sanitario può andare incontro, riassume i criteri con cui è organizzato un processo.

Gaetano Siscaro

"Condotta professionale medica e responsabilità penale"

C.E.S.I., Roma - pp. 245, euro 30,00



Il dolore intimo vulvare e perineale

Quando un dolore cronico si presenta senza alcun segno evidente può essere scambiato per una malattia psicosomatica perché riesce ad influire negativamente sulla psiche e, quindi, sul comportamento dell'individuo. Se poi il dolore proviene dalle parti intime, oggetto di remore culturali e di comprensibili silenzi perché deputate anche al piacere, l'aspetto psicologico del male si accentua. Con questo lavoro Ezio Vincenti propone un nuovo metodo di controllo del dolore intimo non tumorale delle donne, utilizzando inizialmente un'inibizione analgesica di alcune strutture nervose periferiche in precise zone anatomiche per giungere gradualmente ad insegnare al cervello come rielaborare i messaggi prima percepiti come dolore. La parte scientifica di questo trattato è alleggerita e resa più accessibile da numerose testimonianze di donne accomunate da questo tipo di sofferenza spesso superata definitivamente.

Ezio Vincenti

"Il dolore intimo vulvare e perineale"

Piccin Nuova Libreria, Padova - pp. 276, euro 30,00

Invettive

Le poesie di Giuseppe Ronzoni affrontano, in forma epigrammatica, gli argomenti sociali e politici che i giornalisti sui quotidiani, e l'uomo della strada al bar, sul treno o in famiglia affrontano quotidianamente. Quegli scritti, però, e quelle chiacchierate hanno la vita breve di un giorno. Queste invettive invece, proprio per la loro veste poetica, possono aspirare a durare a lungo. Il libro è diviso in due parti introdotte, l'una dalla frase "affondare voglio la scure" e l'altra "scozzare voglio rabbiose frecce". Colpiti dalla scure dell'autore sono numerosi personaggi politici, tra i quali Berlusconi, Casini, Fini, Bossi, Mastella, Bertinotti, Bush figlio, la RAI, il sistema carcerario, l'adozione e l'educazione dei fanciulli. I suoi dardi colpiscono l'immigrazione, la Chiesa, l'editoria, i servizi pubblici, le coppie di fatto, i privilegi dei parlamentari. E il lettore, preso da una piacevole lettura, è costretto a meditare.

Giuseppe Ronzoni

"Invettive"

Sallustiana editrice - pp. 168, euro 8,00



Emozioni in movimento



Il testo scritto da Osvaldo Sponzilli e da Enza Carifi sul Lavaggio Emozionale REM avvicina la fisiopatologia cinese alla medicina e alla psicologia occidentali. Questa pratica utilizza il respiro circolare consapevole, il tocco dei punti emozionali e, come le altre discipline olistiche, afferma che non è il corpo ad essere ammalato, ma l'uomo nella sua completezza psicofisica. Il sintomo è l'interruzione dell'armonico fluire della vita. Cinque sono le emozioni fondamentali, considerate i motori della vita, sulle quali agisce questa terapia: la rabbia, la gioia, la vergogna, la tristezza e la paura. Su di esse si agisce con la meditazione per dissolverne i blocchi energetici.

L'aspetto interessante di questa pratica è la visione moderna della meditazione da praticarsi non come mera attività contemplativa, ma anche agendo nella vita attiva fra la gente.

O. Sponzilli, E. Carifi

"Emozioni in movimento"

Edizioni Mediterranee, Roma - pp. 204, euro 14,00

L'ECG in Medicina dello Sport



Il manuale realizzato da Paolo Zeppilli per i cardiologi e i medici dello sport condensa, in un testo conciso e di facile consultazione, la ricca esperienza dell'autore e i risultati delle più aggiornate ricerche che descrivono a livello molecolare l'origine dei segnali elettrici, normali e patologici, da sottoporre alla interpretazione specialistica.

L'elettrocardiogramma, primo fra i molti esami strumentali attualmente disponibili, resta lo strumento principe per indagare e diagnosticare le patologie cardiache. Sulla base delle esperienze favorite dalla SIC Sport acquisite visitando gli atleti in gara e in allenamento, oggi si può affermare che con l'ECG si possono ottenere criteri interpretativi più specifici e completi dell'attività elettrica del cuore. Per l'individuazione precoce delle patologie a rischio nella Medicina dello Sport il manuale dà anche il giusto rilievo all'ECG a riposo.

Paolo Zeppilli

"L'ECG in Medicina dello Sport"

**Casa Editrice Scientifica Internazionale, Roma
pp. 100, euro 24,00**

In breve

Claudio Giorlandino

A CAVALLO DELLA LUNA

Iniziando dalle vicende belliche della guerra d'Africa visute dal padre, il romanzo, in cui la voce narrante dell'autore interviene ora dal di fuori, ora entrando in prima persona nella storia, è arricchito da molte interessanti digressioni di carattere fantastico, paesaggistico e filosofico e da una ricerca sul senso della vita e della morte, nella quale l'umana facoltà di pensiero è percepita come un aspetto della divinità.

Tullio Pironti Editore, Napoli - pp. 190, euro 15,00

Orazio Sudano

L'OSPEDALE G. VASQUEZ DI SOLARINO

Accurata ricerca che fa conoscere l'origine della famiglia Vasquez di Solarino, le vicende della fondazione dell'ospedale, iniziato nel 1926, e le successive utilizzazioni del nosocomio come convalescenziario per bimbi tubercolotici, come sede di un corpo di antiparacadutisti, poi come ospedale da campo britannico e, infine, come ricovero per anziani e centro di servizi sociali.

ESSEDI Artigrafiche, Solarino (SR) - pp. 63

Velibor Baljovic

LA PAZIENTE DI MOGADISCIO

Breve raccolta di annotazioni, quasi un diario, di un ginecologo serbo venuto in Italia in cerca di lavoro dopo essere fuggito dallo sfacelo del suo paese. Senza una stretta successione cronologica, egli riporta le sue impressioni sulle prime difficoltà incontrate, sulla società e la politica del nostro paese e sul fatto che, agli occhi di uno straniero, a Roma i miracoli accadono spesso.

Editore Fileks, Leskovac (RS) - pp. 150

LA PAROLA ALLE PAZIENTI

La Fondazione Federico Calabresi pubblica in queste pagine gli emozionanti scritti di otto pazienti affette da tumore al seno che testimoniano come l'iniziale sconvolgimento emotivo causato da un male tanto sconvolgente, grazie ai successi della medicina, possa oggi tramutarsi in fiduciosa speranza e in una nuova fase della vita più ricca di partecipazione e consapevolezza.

Fondazione Federico Calabresi, Roma - pp. 71

Autori vari

IL GIARDINO DELLE MUSE

Con l'intento di approfondire la conoscenza di artisti, poeti e uomini di pensiero contemporanei, il volume presenta una accurata raccolta ad alto livello di saggi, racconti, immagini fotografiche e poesie. I testi, in lingua italiana, francese e polacca, sono accomunati da una tematica poetica di grande respiro: Acqua, Vento, Fuoco.

Schena Editore, Fasano (BR)

Stalking. Conoscerlo e difendersi



Dory d'Anzeo e Ciro Iannone hanno lavorato su un materiale vivo, su storie vere (quattro, con il tentativo di inquadrarle in un ordine al tempo stesso giuridico e psicologico) e sulla realtà delle individuali conseguenze. Un libro che, tra i tanti pregi, ha pure quello di suggerire, con molta proprietà e tatto, come affrontare il risultato di ciò che si è subito o che potenzialmente si potrebbe subire. Lo stalking è l'anticamera raggelante dello stupro: non si minimizzi e non si abbia paura delle parole. In fondo, è proprio questo aspetto di verità che ha guidato il progetto e la mano degli autori.

Dory d'Anzeo, Ciro Iannone
"Stalking. Conoscerlo e difendersi"
 Edizioni Helicon, Arezzo – pp. 64, euro 10,00

L'arte salutare a Lipari nella prima metà dell'Ottocento

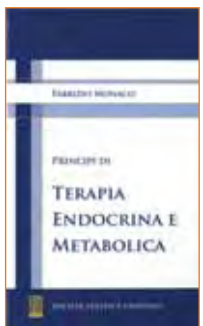


Una sintesi ragionata delle pubblicazioni del dottor Ferdinando Rodriguez, che costituisce un'importante documentazione storica sullo stato dell'arte delle conoscenze mediche e sulla pratica della medicina nelle Eolie nel XIX secolo. Dai suoi scritti ricaviamo che Lipari non fu risparmiata dalle principali malattie dell'epoca (tubercolosi, scabbia, colera, polmonite, ecc.), che anche qui era nota l'importanza dell'anatomia patologica e si praticava già l'autopsia clinica.

Grazie a questo studio possiamo affermare che la medicina praticata sull'isola al tempo era abbastanza aggiornata, ben lungi dall'isolamento culturale che ci si potrebbe aspettare nel contesto in cui operava.

Gaetano Barresi
"L'arte salutare a Lipari nella prima metà dell'Ottocento"
 Edizioni Centro studi, Lipari – pp. 80, euro 12,00

Principi di terapia endocrina e metabolica



La finalità del libro è fornire un testo di terapia per le malattie endocrine e metaboliche e rappresenta il frutto dell'esperienza dell'Autore e dei suoi collaboratori. La terapia endocrina è indicata non solo nelle malattie endocrine e metaboliche, che rappresentano la seconda causa di consultazione del medico, ma anche in quelle sistemiche e nei tumori endocrino dipendenti. Il principio che ha guidato l'Autore è stato non solo quello di trattare la malattia ma soprattutto di come curare il paziente. Il testo fornisce al medico le informazioni necessarie per una cura, o almeno un trattamento terapeutico, dei pazienti en-

docrinopatici ed è rivolto non solo agli endocrinologi ma anche ai medici generalisti e agli studenti di medicina.

Fabrizio Monaco
"Principi di terapia endocrina e metabolica"
 Società editrice universo, Roma – pp. 779

L'energia del sasso

Le radici di un uomo, ovunque egli vada, presto o tardi reclamano a gran voce la propria terra. Le radici conservano la memoria di un uomo, per quanto egli voglia dimenticare, e lo riportano alla sua essenza, nella gioia e nel dolore. Anche quando niente sembra aver senso, quando si è incapaci di leggere il proprio vissuto o immaginare un qualsiasi futuro, l'io frazionato e smarrito ritrova nelle proprie radici la sua unità. Protagonista di questo romanzo dolce e struggente come una romanza antica e vigorosa è solo apparentemente un uomo: le vere protagoniste sono le donne della sua vita, fragili e granitiche al contempo, fonti di costante ispirazione, materne e generose, silenziose e laboriose presenze che tessono la trama della storia e di un destino.

PierGiorgio Magnanini
"L'energia del sasso"
 Albatros Il Filo, Roma – pp. 296, euro 17,00



"Dio quanto ti amo"

La sensibilità e la spiritualità profonde del professor Michele Piccione danno vita a pagine intense e sofferte, in cui l'autore riesce a dar voce a quello che passò nella testa dell'uomo Giuda nella notte più difficile della sua vita, quella che portò all'arresto di Gesù di Nazareth e alla sua Passione. E a quella dello stesso traditore, a detta di Piccione: Giuda fu libero veramente di scegliere? Non era forse necessario che egli tradisse perché il disegno divino si compisse? Ciò che ne nasce è una profonda riflessione sui temi del libero arbitrio e della grazia, sicuramente centrali nell'esperienza cristiana, oltre che un ritratto dolcemente umano sia di Giuda che di Gesù, stretti nell'amore profondo e reciproco, ma anche nella sofferenza, il primo, e nella consapevolezza del Calvario, il secondo. In quelle ore che segnarono il destino non solo di un uomo, ma dell'umanità intera.

Michele Piccione
"Dio quanto ti amo"
 Albatros Il Filo, Roma – pp. 76, euro 12,90



Sentimenti fragili e identità nascoste



Le solitudini interiori e le conseguenti sofferenze nascoste creano sempre più, nelle relazioni umane, “sentimenti fragili” e “identità mascherate” con il continuo bisogno di “apparire” e “fingere” rifugiandosi in un protettivo e rassicurante conformismo. Sulla scia della loro esperienza clinica, gli autori tracciano un cammino ideale per la felicità raccontando una serie di storie di vita apparentemente comiche, espressione di tanti rapporti affettivi, e approfondiscono le componenti biologiche influenti sul comportamento umano, delineando così le tappe di un lavoro clinico che permetta ad ogni coppia di riscrivere il proprio romanzo.

Angelo Peluso, Sara Mariorenzi

“Sentimenti fragili e identità nascoste”

Effatà editrice, Cantalupa (TO) – pp. 176, euro 12,00

Ricordi del medico condotto



Questo libro vuole essere il ricordo, l'elogio e il compianto del medico condotto. Quel medico era paragonabile ad un capitano di ventura perché avevano entrambi un capitolato di impegni che dava il nome al contratto e, quasi sempre, veniva da fuori. Oggi ci si è dimenticati di un medico così e non è neppure più concepibile a causa dello sviluppo tecnologico e dell'espandersi delle conoscenze, ma è rimasta in molti anziani e vecchi, che quel medico hanno conosciuto, la nostalgia di quel “solum refugium”. Soprattutto a costoro sono destinati questi raccontini e riflessioni nati quando l'autore era medico condotto.

Sandro Piscaglia

“Ricordi del medico condotto”

Pazzini editore, Villa Verucchio (RN) – pp. 132, euro 9,90

Il merlo della buganvillea



La sventurata storia d'amore di Laura e Alfredo, ispirata ad un fatto realmente accaduto in un piccolo paese etneo durante la Grande guerra e narrata sullo sfondo particolareggiato dei primi del Novecento, è inserita in un vivace affresco della vita sociale, degli usi e dei costumi dell'epoca. Il profilo psicologico del dramma, innestato sull'influenza che il sentimento esercita da

sempre nell'animo umano, attualizza e rende universale il racconto, coinvolgendo il lettore e trasportandolo nel fascino di un tempo passato in cui però i palpiti del cuore sono gli stessi di sempre. Il romanzo è corredato

da immagini dell'epoca tra cui molte delle lettere autentiche della corrispondenza epistolare che lo ha ispirato.

Ignazio La Spina

“Il merlo della buganvillea”

Gruppo editoriale Acireale, Roma – pp. 160, euro 15,00

Il paziente con diabete ed epatopatia cronica

La contemporanea presenza in uno stesso paziente di diabete mellito ed epatopatie croniche, benché piuttosto frequente, non ha avuto nella letteratura scientifica la stessa attenzione rispetto ad altre associazioni. Il libro analizza il ruolo patogenetico dell'insulino-resistenza, i rapporti tra obesità, sindrome metabolica ed epatopatie e l'associazione tra infezione da virus dell'epatite e diabete, fornendo ampia documentazione sull'importanza che deve essere posta da parte del medico nel ricercare precocemente i possibili segni di una complicanza metabolica nel paziente epatopatico o viceversa un possibile danno epatico nel paziente diabetico. L'approccio pratico rende il libro particolarmente utile a chi deve affrontare le quotidiane problematiche di inquadramento di pazienti polipatologici.

Alessandro Grasso

“Il paziente con diabete ed epatopatia cronica”

SEEd, Torino – pp. 128, euro 22,00



Educazione alla salute

Dalla consapevolezza della distanza tra l'educazione corrente e le leggi profonde della natura, alle quali il nostro corpo e la nostra psiche sono comunque sottoposti, nasce l'impegno degli autori nella sensibilizzazione, formazione e orientamento verso stili di vita più sani ed ecocompatibili, soprattutto delle nuove generazioni. Quella proposta è una pedagogia alternativa, il cui scopo si può ridurre all'acquisizione del criterio organismico in prassi costante, nella propria vita individuale e sociale. Questo libro vuole essere uno strumento pratico per aiutare i diversi attori del processo educativo a realizzare una sinergia operativa, indispensabile per rimuovere il disagio e la patologia e promuovere la salute ed il benessere dei ragazzi di oggi.

Oretta Di Carlo

“Educazione alla salute”

Aracne editrice, Roma – pp. 288, euro 22,00



Sul numero 2 del nostro Giornale, nella rubrica “In editoria”, abbiamo pubblicato la recensione del volume “L'anestesia e la rianimazione” di Jean-Jacques Lehot. Precisiamo che l'edizione italiana - con traduzione ed adattamento italiano della dottoressa Cristina Beverini e della dottoressa Silvana Fiorani - è a cura della I.S.R.A. - Italian Scientific Research Association di Roma.

Opere d'arte in onore dei medici caduti in servizio

di Paola Stefanucci

In camice bianco e in uniforme grigioverde. Al servizio dell'umanità e della Nazione. La "sanità in divisa" rappresenta, ancora oggi, nel Terzo millennio un settore vitale della struttura militare, tanto esteso e incessante è l'impegno delle Forze Armate nella gestione delle innumerevoli crisi internazionali. Tutte le operazioni di peace-keeping sono contraddistinte (ovvio) da una spiccata componente sanitaria, strumentale al soccorso e all'assistenza anche delle popolazioni colpite da eventi bellici o calamità naturali. L'intento filantropico che, di solito, caratterizza tali interventi deve confrontarsi (inevitabile) con un tasso elevato di rischio: si opera in realtà sociali dove odio, violenza, paura, disperazione, povertà si combinano in un mix esplosivo che sovente deflagra con ferocia drammatica. A ciò si aggiungano le imprevedibili, ubiquie e dirompenti azioni terroristiche. Chiunque scelga di fare il medico (o il farmacista o il veterinario) militare, lo fa con lucida e piena consapevolezza. *Perizia, diligenza, prudenza e... coraggio.* Nelle trincee umanitarie i soldati di Ippocrate, chiamati a tutelare la salute e la dignità della persona, la sicurezza e la legalità, svolgo-

no il proprio lavoro in condizioni estreme, armati di abnegazione e sprezzo del pericolo. Una scelta così nobile implica altresì la rinuncia alla prospettiva di una carriera in ambiti ben più remunerativi.

Ma quanti sono i dottori italiani con le stellette in missione di pace?

A risponderci è il generale Antonio Santoro, ispettore DIFESAN, di stanza nella storica Caserma F. Redi di Firenze: "Attualmente, considerando lo scenario globale sono presenti all'estero non meno di 70 - 80 unità per turno". Al Generale abbiamo chiesto se sono stati dislocati medici militari anche per i civili ed egli, con l'ardore partenopeo che contraddistingue il suo DNA, ha affermato così: "In tutte le missioni di pace all'estero i medici militari sono i medici di tutti. In Libano nel 1982 e '83 destò ammirato stupore tra quelle popolazioni martoriate l'universale disponibilità dei colleghi, disponibilità oltretutto gratuita". Ciononostante, dopo l'abolizione del servizio di leva l'organico dei medici militari è stato (notevolmente) ridimensionato.

"Ahimè! Mille tabellati (in realtà erano 1100 per una serie di fattori) sono stati ridotti a circa 700, proprio quanti erano al tempo dell'Unità d'Italia, una contra-

zione raggiunta, di fatto, con diversi accorgimenti tecnici che hanno portato ad una generosa e qualificata immissione di ex specialisti militari nelle strutture del Servizio sanitario nazionale e delle Università. Potrei citare almeno quindici primari e sette professori universitari di ruolo, già medici militari in servizio permanente, ma ritengo che siano molti di più: annoveriamo persino uno primario radiologo negli USA al Loyola Hospital di Chicago". Accade spesso che si dimentichi il sacrificio e la fatica del medico, il cui ruolo, certo, merita un revival dalle amnesie del mondo contemporaneo.

"La sublime missione" del medico militare ha ispirato non soltanto poeti ed artisti, ma anche un suggestivo francobollo emesso nel 1934 dalle Poste Italiane in occasione del Centenario delle prime Medaglie italiane al valore militare. Tra i pochi monumenti dedicati ai medici caduti per la patria è da segnalarsi quello dello scultore Arrigo Minerbi, artista tanto raffinato da conquistare l'ammirazione del Vate. Eretto a Firenze nel 1924 nel Chiostro del Maglio, un antico convento del XIV secolo appartenuto alle Suore domenicane e poi adibito a caserma alla nascita dello Stato italiano. L'opera fu realizzata con il bronzo dei



Francobollo emesso dalle Poste Italiane in occasione del Centenario delle Medaglie al valore militare

cannoni austriaci ed in essa furono fuse, per volontà dei decorati, anche le medaglie conferite agli ufficiali medici periti in battaglia o sopravvissuti alla Grande Guerra, nonché le vere nuziali delle loro mogli. La scultura è visibile anche dall'esterno della caserma Redi, cui soprasiede il generale Santoro, attraverso l'imponente cancellata in ferro battuto disegnata dal Mazzucotelli: articolata in sette sezioni in ciascuna delle quali le aste scandiscono 24 spa-



Sacrario dei medici defunti

zi; legati dalla fune ininterrotta, simbolo del dovere, ornata dalle spine, simbolo del sacrificio, e dal vischio, pianta sacra ad Igea: la cancellata rappresenta la “dolorosa fatica” del medico che non conosce tregua. In questo edificio, carico di memorie e suggestioni, si sono formate intere generazioni di ufficiali medici, farmacisti, odontoiatri e di sottoufficiali: infatti, qui è stata ospitata per oltre un secolo, dal 1883 al 1998, la Scuola di Sanità militare, come è ricordato da una lapide in pietra serena posta accanto a quella celebrativa del Centenario.

Una profonda venerazione per i medici si respira anche a Duno: nel minuscolo centro della Val Cuvia sorge il Tempio votivo dei medici d'Italia con l'annesso Sacra-

rio per i medici caduti in guerra, ma non solo. Il singolare Santuario fu edificato nel 1937 grazie alla fervida tenacia di un religioso del luogo, Don Carlo Cambiano, che in esso investì tutta la sua energia e tutti i suoi risparmi fino all'ultimo centesimo, indebitandosi pesantemente. Eppure non mancarono gli sponsor, citati da una targa commemorativa: tra i sostenitori più munifici la Farmaceutici Italia-Montecatini che partecipò con la somma di 200 mila lire. La Chiesa, rigorosamente classica, è firmata dall'architetto bergamasco Cesare Paleni. L'interno è ricco di dipinti e sculture, tutte eseguite da coloro che praticavano l'arte di Esculapio: spiccano, tra le altre immagini, quelle dei 4 Santi evangelisti dipinti dal dot-

tor Enrico Less, autore, tra l'altro, di un famoso San Luca che si trova nella Chiesa di San Marco a Milano. L'altorilievo bronzeo situato nella *Zona del Silenzio*, intitolato *L'Offerta*, è opera del dottor Cesare Scandola, mentre la porticina del Tabernacolo, il busto di don Cambiano e il portale del Tempio sono creazioni del medico condotto Enrico Magrini. Ai lati dell'altare maggiore ardono due lampade perenni, una per i medici defunti e l'altra per i medici viventi. Attiguo al Santuario è il Sacrocrario, inaugurato 61 anni fa: sulle lapidi marmoree sono incisi i nomi dei luminari ma anche quelli di medici umili e sconosciuti. In questo mistico spazio è custodita una raccolta di cimeli degli scomparsi. Ogni

anno il 18 ottobre, giorno di San Luca, viene celebrata la messa in loro suffragio. Non di rado durante le funzioni liturgiche risuonano le note dell'organo, dono di Vincenzo Mascioni, titolare della più apprezzata fabbrica organaria italiana. Meta di pellegrinaggi fino agli anni Sessanta, il Tempio di Duno sembrava caduto nell'oblio fino al punto di non essere visitato nemmeno da coloro cui era stato dedicato. Dopo decenni di solitudine il Tempio è sembrato finalmente rianimarsi grazie anche alla lungimirante istituzione del Centro per lo studio e la promozione delle professioni mediche che esprime una nuova fioritura sulle antiche radici. Si può ricordare con commozione? O, addirittura commuoverci? •



Duno - Chiesa dei medici d'Italia



Duno - Interno del Tempio

Tamara de Lempicka, icona della modernità

Al Complesso del Vittoriano, fino al 10 luglio, la mostra dedicata all'eccentrica artista polacca. L'esposizione, dal taglio inedito, ricostruisce interamente il suo percorso figurativo

di Riccardo Cenci

Si respira l'aria dei salotti aristocratici europei nella pittura di Tamara de Lempicka, quelle stesse atmosfere care al cinema di von Stroheim, popolato da figure elegantissime e crudeli della nobiltà decaduta, portate a compiere azioni assolutamente immorali per sopravvivere agli stravolgimenti della storia. In seguito alla rivoluzione d'Ottobre un'intera generazione è spinta verso l'esilio, come la scrittrice Irène Némirovsky, costretta ad un pellegrinaggio senza fine che la porta a fuggire da una Mosca in fiamme, per trovare poi la morte in un campo di sterminio nazista, o come Nina Berberova, anch'ella obbligata a rifugiarsi in Francia, destinazione comune a tanti emigrati senza patria. Tamara de Lempicka, nata con tutta probabilità a Varsavia nel 1898, giunta a San Pietroburgo nel 1914, condivide questo destino erratico ma, grazie alla forza di un carattere ferreo, riesce a piegarlo alla propria volontà. Spinta dal culto per la nobiltà e la ricchezza, animata da un indubbio talento pittorico, la Lempicka diviene in breve una delle donne più sofisticate, eleganti ed ammirate di Parigi. Anticonformista e spre-

giudicata negli atteggiamenti, l'artista incarna un ideale di bellezza che la accomuna alle dive dell'epoca, quali Marlene Dietrich o Greta Garbo; la sua disinvolta ed ambigua condotta sessuale, la "virilità" dei suoi comportamenti ne fanno un simbolo di emancipazione in una realtà percorsa dai primi vagiti del femminismo. A questa affascinante e controversa figura il Complesso del Vittoriano dedica una mostra (a cura di Gioia Mori, fino al 10 luglio 2011) dal taglio inedito, capace di restituire per intero l'immagine di un'artista davvero cosmopolita, presentando ad esempio un'opera considerata perduta (il *Portrait de Madame P.*), offrendo al visitatore spunti di riflessione su eventi ignoti della sua carriera, quali la frequentazione con il futurista Enrico Prampolini, sino ad ora sconosciuta (ben nota è al contrario la vicenda dell'incontro con D'Annunzio), evidenziando infine aspetti poco frequentati della sua produzione (le opere di argomento religioso o quelle

umili). Ciò che colpisce nel mondo pittorico della Lempicka è la capacità di creare immagini che divengono vere e proprie icone del gusto moderno.

Il suo stile, caratterizzato da un cerebralismo che costruisce l'immagine con scultorea perfezione, animato da un cromatismo ristretto, coniuga le istanze della tradizione (riconosciuto è l'influsso di Ingres) con le suggestioni provenienti dall'attualità (gli insegnamenti di Denis e Lhote, il cubismo, il futurismo), in un'alchimia spiccatamente originale. Grande è il legame con l'arte del nostro paese. Ancora bambina, nel 1907, la piccola Tamara finge addirittura

una malattia alla gola per seguire la nonna in un viaggio che la condurrà a Firenze, Venezia e Roma; ma è certo il secondo soggiorno italiano del 1925 a lasciare un segno indelebile sulla sua pittura, quell'aspirazione verso la perfezione e l'algida raffinatezza di chiara ascendenza manierista. È questo il momento più affascinante della sua arte, quello nel quale nascono le opere più convincenti, come il *Portrait du grand-duc Gabriel Costantinovic*, dall'espressione nobile e vagamente sprezzante, o *La belle Raphaëla*, nella quale l'immagine della prostituta incontrata al Bois de Boulogne diviene simbolo di

ineffabile voluttà. Il trasferimento negli Stati Uniti segna invece il progressivo impoverirsi della sua vena creativa, modellata su stereotipi figurativi ormai logori e stanchi.

Quando la morte la coglie, nel 1980, la Lempicka vive ormai come una vecchia diva, immersa nel culto di un passato, gli "années folles" trascorsi a Parigi, del quale è stata grande interprete. •



Tamara de Lempicka, "La sciarpa blu", 1930, Olio su tavola, 56,5 x 48 cm

ed esposizioni in Italia

a cura di Anna Leyda Cavalli

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

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

Palazzo Roverella
telefono: 0425 460093
www.palazzoroverella.com

HENRI MATISSE. LA SEDUZIONE DI MICHELANGELO

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

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

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

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

Palazzo Strozzi
telefono: 055 2469600
055 2645155

IMPRESSIONISTI. CAPOLAVORI DELLA COLLEZIONE CLARK

MILANO
fino al 19 giugno 2011
Settantatré stupendi dipinti appartenenti alla famosa collezione americana del

Clark Institute che comprende opere di Renoir, Monet, Degas, Manet, Morisot e Pissarro.

Palazzo Reale
telefono: 199500200
www.impressionistmilano.it

LA RIVOLUZIONE DELLO SGUARDO. CAPOLAVORI IMPRESSIONISTI E POST-IMPRESSIONISTI DEL MUSÉE D'ORSAY ROVERETO (TN)

fino al 24 luglio 2011
In mostra settantacinque capolavori impressionisti del museo parigino, chiuso per restauro fino all'autunno prossimo, e per la prima volta in assoluto arriva "L'origine del mondo" di Courbet, la tela più scabrosa della storia dell'arte.

MartRovereto
telefono: 800397760

INCANTI E SCOPERTE. L'ORIENTE NELLA PITTURA DELL'OTTOCENTO ITALIANO

BARLETTA – fino al 5 giugno 2011
Un centinaio di selezionatissime opere raccontano l'Oriente nella pittura dell'Ottocento italiano nella più approfondita esposizione mai allestita sul tema.

Palazzo Marra
Pinacoteca Giuseppe De Nittis
telefono: 0883 538372
www.comune.barletta.ba.it

LO STUPORE NELLO SGUARDO. LA FORTUNA DI ROUSSEAU IN ITALIA DA SOFFICI E CARRÀ A BREVEGLIERI

MILANO – fino al 1° giugno 2011
Per la prima volta un'esposizione analizzerà organicamente l'influsso che il pittore francese ha esercitato in Italia negli anni Dieci del Novecento su artisti come Soffici, Carrà, Rosai, Garbari, Morandi e, negli anni Venti e Trenta, su Donghi, Usellini, Birolli, Tomea, Breveglieri e altri.

Fondazione Stelline
telefono: 02 45462411
www.stelline.it

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

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

Galleria Nazionale
d'Arte Moderna
telefono: 06 322981



Claude Monet, "Oche nel ruscello", 1874, olio su tela, 73,7 x 60 cm

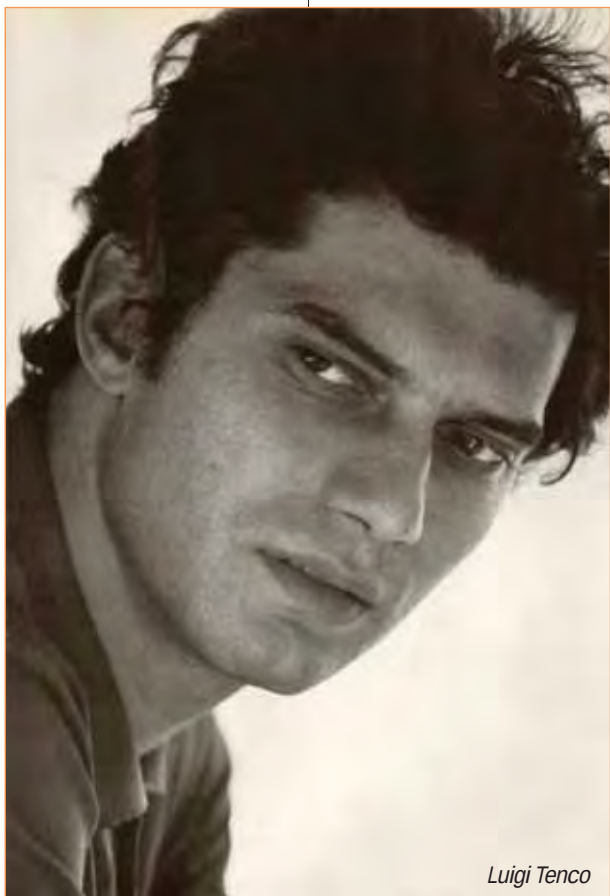
Tenco, se la musica si prende la vita

di Piero Bottali

Può una canzone, che è quasi una poesia, descrivere pienamente un compositore? Se la risposta è affermativa allora la struggente *Un giorno dopo l'altro* rappresenta il ritratto morale, artistico e forse anche fisico di Luigi Tenco (Cassine, Liguria 1938 - San-

remo 1967). Di sé diceva: "Io sono uno che sorride di rado, ma in giro ce ne sono già tanti che ridono sempre...". Ecco, Tenco si poneva come misura degli altri, oggi lo definiremmo un egocentrico, ma togliendo a questo attributo il significato negativo. Perché: "Luigi era un bravo ragazzo, pulito, moralmente onesto, sensibile e chiuso. L'ho seguito per anni sia come persona che come artista a Genova ma anche a Milano e a Roma, quando ci veniva". A raccontarci questi fatti di prima mano è una persona che Tenco lo conosceva molto bene, Giuliano Crisalli, anche lui genovese, a quel tempo redattore del "Secolo XIX" ed oggi direttore del "Giornale della Previdenza": "Erano i primi anni '50 e a Genova si era formato una specie di sodalizio di musicisti, poeti, compositori, sognatori, parolieri, cantautori quando questa parola non era ancora stata inventata. Ci vedevamo al bar-latteria Igea, in via Cecchi: qui poco a poco sono arrivati alcuni dei nomi che hanno fatto la musica dell'ultimo cinquantennio, Bruno Lauzi, Ruggero Coppola, Sergio Endrigo, Guido Tenze, Umberto Bindi, Gino Paoli, i fidanzatini Giorgio Gaber e Ombretta Colli, Gianfranco Reverberi tutti calamitati dal poeta anarchico Riccardo Mannerini. Mi vedevano un po' come il loro fratello maggiore, non tanto per l'età, quanto perché essendo giornalista, girando di notte per lavoro, ai loro occhi sembravo personaggio misterioso, quasi mitico...". Frequento compagno di vagabondaggi notturni era Luigi Tenco, che proprio in un night compose *Mi sono innamorato di te*, una delle sue più belle canzoni. Pochi sanno che il delicato compositore genovese era appassionato del rude baseball e che

come quasi tutti i ragazzi del suo tempo aveva creato un complessino jazz nel quale suonava il sax, Marcello Minnerbi il piano, Bruno Lauzi il banjo e Ruggero Coppola la batteria. Adesso, in via Cecchi, stanno allestendo una lapide a ricordo di quei tempi esaltanti con i nomi di tutti i partecipanti. Dopo vari apprendistati nell'ambito musicale, il primo lavoro di Tenco come cantautore (lui si definiva compositore) nacque nel 1959 con un 45 giri EP con Enzo Jannacci e Gianfranco Reverberi, con quattro brani, *Mai, Giurami tu, Mi chiedi solo amore, Senza parole*, pubblicato sotto il titolo di *Tenco*. Nel 1961 il primo 45 da solista, *I miei giorni perduti*, e nel 1962 il primo 33 giri con successi quali *Angela, Cara maestra* (censurata dalla Rai, sorte seguita l'anno dopo con *Io sì* e *Una brava ragazza*). Qualche esperienza cinematografica di poca soddisfazione, il servizio militare, poi nel 1965 il contratto con la RCA Italiana e la nebbiosa *Un giorno dopo l'altro*, che diventa la sigla dello sceneggiato 'Il commissario Maigret' con Gino Cervi; *Lontano, lontano, Uno di questi giorni ti sposerò, E se ci diranno, Ognuno è libero*. A Roma conosce la cantante calabro-francese Dalida, instaurando una relazione breve ma intensa. Sarà lei a convincerlo a partecipare al festival di Sanremo nel 1967 con *Ciao amore ciao*. "Me la fece pre-ascoltare nella sua Jaguar quando venne da Roma - ricorda Crisalli - 'Sono quasi sicuro che vincerà', mi disse. Io gliela distrussi. Affettuosamente. Proprio come un fratello maggiore". Il brano non fu apprezzato e arrivò al dodicesimo posto. Ciò fu troppo per il fragile Tenco che, in un momento di sconforto, in una camera d'albergo, il 27 gennaio 1967 si tolse la vita. •



Luigi Tenco

“L'impronta” del produttore

di Maricla Tagliaferri

“Mamma, da grande voglio fare il produttore”. “Bravo, piccino. Ma che mestiere è?”. Già. Cosa fa esattamente un produttore cinematografico, figura molto favoleggiata e parecchio enigmatica? Lo chiediamo a Riccardo Tozzi, fon-

datore e presidente della Cattleya, che dal 1997 produce cose come “Io non ho paura” di Salvatores o “Romanzo Criminale”, sia il film che la fortunatissima serie tv, blockbuster tipo “Benvenuti al sud” e fenomeni culturali come “Tre metri sopra il cielo”, per citare solo qualche titolo. Attuale presidente della sezione produttori dell'Anica, l'Associazione delle industrie cinematografiche italiane che molto probabilmente presiederà dal prossimo settembre, è nel settore dal 1975, prima nella Sacis, dove curava le vendite estere e le coproduzioni Rai, poi come responsabile della fiction di Mediaset.

Dunque: cosa fa esattamente un produttore?

Cosa fa ora, intende dire. Perché nel tempo le sue funzioni sono cambiate. Schematizzando un po', nell'epoca d'oro che va dagli anni '40 ai '60 era un mestiere facile, si sfornavano film di tutti i generi, da Visconti a Ciccio e Franco, contando su una sorta di monopolio del cinema rispetto ad altre forme di intrattenimento, su un pubblico che andava in sala, qualunque cosa si proiettasse. Poi, cresciuti i redditi, è cresciuta la possibilità di concedersi teatri, concerti e altro. È arrivata la concorrenza della tv e i film dovevano avere un'attrattiva in più, distinguersi dal piccolo schermo. È cominciato un periodo un po' buio, in cui invece di inventare un altro modo di fare cinema, s'è chiesto l'aiuto di stato, s'è smesso di rischiare in proprio. A parte le solite eccezioni, il produttore si limitava a fare domanda di fondi al Ministero o, più spesso, a battere cassa presso la nascente tv commerciale. Il prodotto ne ha risentito e il pubblico s'è disaffezionato.

Oggi invece il nostro cinema va a gonfie vele. Lo scorso anno ha conquistato un 33 per cento del mercato e in questi primi mesi siamo già oltre il 50. Cos'è cambiato?

Il produttore è diventato simile all'editore o allo stilista: punta ad un'impronta personale e a uno staff di talenti riconoscibile. Il rapporto con gli autori è diventato più paritetico e collaborativo. Anzi spesso è il produttore che propone il progetto, chiama sceneggiatori e registi che ritiene giusti e con loro lo perfeziona.

E dal punto di vista imprenditoriale?

Oggi siamo generalmente in grado di finanziarci interamente. A patto di saper seguire correttamente la catena del profitto, che fra pay per view, dvd, tv e altre nuove tecnologie, s'è fatta molto più complessa. Un bel balzo, se penso che per il mio primo film da solo mi beccai un'ulcera.

Addirittura.

Era “Jane Eyre” di Franco Zeffirelli. Avevo scelto Charlotte Gainsbourg come protagonista, ma non piaceva al distributore americano, che contribuiva con 5 miliardi al budget totale di 15. Cominciammo comunque le riprese e ogni giorno lo stesso incubo: come farò? Per fortuna a

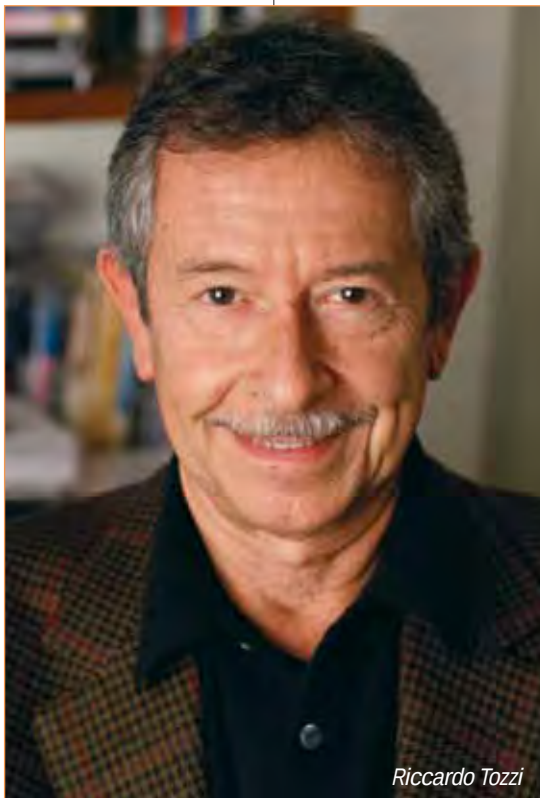
metà lavorazione l'americano si convinse.

Da “Non ti muovere” a “Quando la notte”, fino ai prossimi “A.C.A.B.” di Carlo Bonini e “Educazione siberiana” di Nicolai Lilin, lei sembra prediligere i film tratti da libri.

La mia formazione, dopo l'economia, è letteraria e mi piacciono le storie forti, il racconto. Una bella sceneggiatura è importante, ma se sbagli la storia, ti giochi l'osso del collo.

Come si sceglie una storia?

Con l'intuito e il gusto personale. L'intelligenza c'entra poco, non puoi mai prevedere davvero come andrà un film. Ti devi anche buttare. Uno dei film che amo di più è “El Alamein”: sapevo che non avrebbe avuto successo, ma ancora adesso penso fosse bellissimo. •



Riccardo Tozzi



QUANDO POTRÒ ANDARE IN PENSIONE?

Egregio Presidente,

sono un medico di medicina generale laureato nel '77 e iscritto all'Ordine dei medici due anni dopo. Ho avuto la convenzione con i disciolti Enti mutualistici nel '79 come medico condotto e sono tuttora convenzionato con il SSN. Ho svolto anche la mansione di Ufficiale sanitario per un consorzio di Comuni versando contributi all'Inadel fino al 1987. Per questi contributi ho richiesto la ricongiunzione; ricongiunzione che mi è stato detto essere onerosa, ma di cui non so ancora nulla. Ho richiesto a suo tempo (nel 1990) di riscattare gli anni di laurea ma non ne feci nulla perché in quel periodo la deducibilità fiscale era stata ridotta al 19%. Ho versato nel dicembre 2009 un anticipo per il riscatto dell'anno di servizio militare.

Vorrei sapere quando potrò andare in pensione e a quanto ammonterà la mia pensione quando avrò maturato i 35 anni di anzianità contributiva.

Con molti ringraziamenti.

(lettera firmata)

Caro Collega,

preliminarmente devo precisarti che la definizione della tua domanda di riscatto del periodo di servizio svolto per assolvere agli obblighi di leva è vincolata alla evasione della istanza di ricongiunzione, come stabilito dalle vigenti norme regolamentari. Con domanda del 14 luglio 2004, infatti, hai inteso accentrare la tua posizione contributiva presso questa Fondazione, chiedendo, ai sensi della legge n. 45/1990, il trasferimento presso il Fondo Medici di Medicina Generale dei periodi assicurativi attualmente in giacenza presso l'I.N.P.D.A.P..

Nel merito, ti informo che gli Uffici hanno provveduto a sollecitare nuovamente il suddetto Ente pubblico ad inviare i tabulati contenenti i dati contabili necessari al completamento della procedura. Successivamente, riceverai una lettera di proposta in cui, oltre all'eventuale onere da sostenere, ti saranno dettagliatamente illustrati i benefici pensionistici connessi con l'effettuazione della ricongiunzione. Qualora dovessi giudicare non convenienti le condizioni rappresentate, hai facoltà di non dare alcun seguito al procedimento.

Solo successivamente gli Uffici saranno in grado di pro-

cedere al conteggio del contributo di riscatto inerente il periodo di servizio militare, relativamente al quale riceverai una ulteriore lettera di proposta che sarai libero di accettare o lasciar decadere.

Ti ricordo, inoltre, che per quanto concerne la domanda di riscatto degli anni del corso di laurea, da te presentata il 25 marzo 1991, risultano incassate le prime due rate per un importo pari ad euro 1.823,56.

Al riguardo, ti informo che in caso di interruzione dei pagamenti rateali, le somme corrisposte a tale titolo vengono convertite in anzianità contributiva utile al conseguimento del trattamento di quiescenza, nella fattispecie pari a circa 18 mesi.

Per quanto riguarda, invece, la stima della misura del futuro trattamento pensionistico, ti comunico che in assenza dei dati contabili relativi alla ricongiunzione, gli Uffici non sono in grado di approssimare la data del raggiungimento dei 35 anni di anzianità contributiva necessari al collocamento a riposo.

A titolo meramente informativo, ti comunico che supponendo costante la contribuzione presso il Fondo Medici di Medicina Generale fino al compimento del 65° anno di età, la rendita pensionistica che percepiresti in caso di cessazione dell'attività professionale svolta in convenzione con gli Istituti del S.S.N. al raggiungimento del suddetto requisito anagrafico, è quantificabile in circa euro 3.600,00 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 79.000,00 al lordo delle ritenute fiscali, congiunta ad una rendita pensionistica mensile ammontante a circa euro 3.000,00 lordi.

Nel merito, ti preciso che tali importi sono stati determinati utilizzando la media contributiva riferita all'ultimo quinquennio di attività professionale, gli stessi non comprendono ovviamente eventuali maggiorazioni derivanti dalla accettazione delle proposte di ricongiunzione e riscatto che ti verranno formulate.

Devo precisarti, da ultimo, che a fronte di eventuali modifiche della normativa previdenziale di riferimento le proiezioni sopra rappresentate potrebbero subire variazioni. La presente informativa non deve pertanto ritenersi comunque impegnativa per la Fondazione.

L'occasione è gradita per salutarti cordialmente.

Eolo Parodi



CHE COSA FARE PER "MIGLIORARE" IL FUTURO?

Caro Presidente, desideravo ricevere alcune informazioni riguardo la mia posizione pensionistica, con particolare riguardo all'anzianità contributiva, essendo io odontoiatra, con inizio versamenti dal 1995. Ho riscattato gli anni del corso di laurea ed ho alcuni versamenti a partire dal 1989 al Fondo specialisti. Come viene effettuato il computo, cosa è opportuno fare per ottimizzare il futuro rendimento a fronte dei precedenti vuoti legislativi? Nel ringraziarti per la gentile attenzione ti invio cordiali saluti.

(lettera firmata)

Caro Collega, sulla posizione in essere presso il Fondo di Previdenza Generale sono accreditati i contributi obbligatori dovuti annualmente alla Quota A, emessi a mezzo di ruoli esattoriali, nonché quelli affluenti alla Quota B, che versi in ragione dell'esercizio della libera professione.

Risulta, altresì, perfezionato, presso la Quota B, il riscatto del periodo degli studi universitari, per un totale di 11 anni.

Il Fondo in parola, che non prevede l'erogazione di prestazioni di anzianità, ti garantirà una pensione di vecchiaia a partire dal compimento del 65° anno di età. È stata effettuata una stima che ha determinato, per la Quota A, un rateo mensile lordo di circa euro 350,00.

Per quanto riguarda la Quota B, invece, è stato proiettato all'età del collocamento a riposo l'ultimo versamento memorizzato, con le vigenti aliquote di contribuzione del 12,50% e dell'ulteriore 1%. Ne è scaturito un rateo di circa euro 2.200,00 lordi mensili.

Ti faccio presente che, per effetto di eventuali modifiche della normativa di riferimento, le ipotesi rappresentate potrebbero subire variazioni.

In merito, poi, al quesito circa la possibilità di implementare il montante contributivo della tua posizione previdenziale, ti invito a considerare la possibilità di accedere al riscatto di allineamento, sempre presso il Fondo di Previdenza Generale - Quota B.

L'istituto di specie consente di allineare gli anni di attività nei quali la contribuzione risulti inferiore all'importo del contributo più elevato fra quelli versati nei tre anni coperti da contribuzione antecedenti la presentazione della domanda. L'operazione, in sintesi, consentirebbe di incrementare la base retributiva da considerare per il calcolo della pensione e ti assicurerebbe, quindi, un maggior importo in erogazione. Se interessato, puoi presentare la domanda di specie, reperibile presso l'Ordine provinciale ovvero sul sito www.enpam.it. A seguire, la Fondazione ti farà pervenire la proposta, non vincolante, inerente oneri da sostenere e relative modalità di versamento.

Ti confermo, infine, che risultano accreditati a tuo nome contributi presso il Fondo degli Specialisti Ambulatoriali, per un totale di euro 8.033,08.

Tali versamenti, effettuati, con periodi di interruzione, tra il 1989 ed il 2001, ti consentiranno di ottenere un ulteriore trattamento di quiescenza, sempre a 65 anni.

Ti saluto cordialmente.

E. P.



QUALE SARÀ IL MIO TRATTAMENTO PENSIONISTICO?

Carissimo Presidente, laureato e iscritto all'Ordine nel '75, ho lavorato dapprima per pochissimi anni come medico convenzionato e poi come assistente pediatrica del 1981 al 1986 presso una Usl. Dal 1986 svolgo esclusivamente attività libero-professionale.

Ho in atto il pagamento rateale del riscatto degli anni corrispondenti alla laurea, alla specialità, e al servizio militare per un totale di oltre 49mila euro. Ho operato nel 2007 la ricongiunzione al Fondo generale Quota A dei contributi pregressi versati all'Inpdap e ai Fondi speciali, con un trasferimento di fondi che, sulla base dei miei calcoli, superava di oltre 14mila euro la riserva matematica relativa all'incremento di pensione concessomi. In quell'occasione (ottobre 2007) avendo nel frattempo presentato domanda di riscatto di allineamento, ho chiesto che quella somma relativa alla ricongiunzione che eccedeva la riserva matematica non andasse per me perduta, ma venisse utilizzata nell'ambito dell'operazione di riscatto di allineamento.

Mi rivolgo pertanto a te e alla tua ben nota cortesia e disponibilità per sapere quale potrà essere il mio trattamento pensionistico all'età di 65 anni, anche nell'ipotesi di dover nuovamente chiedere un riscatto di allineamento per maturare una pensione che consenta di vivere dignitosamente.

(lettera firmata)

Caro Collega, preliminarmente devo precisarti che la gestione in parola eroga esclusivamente pensioni di vecchiaia; pertanto, per poter fruire della rendita dovrai attendere il compimento del 65° anno di età.

Ciò premesso, ti informo che proiettando fino al raggiungimento del suddetto requisito anagrafico, l'ultimo contributo accreditato presso la "Quota B" del Fondo, l'ammontare del trattamento pensionistico che percepiresti è quantificabile in circa euro 1.500,00 lordi mensili.

Per quanto riguarda la "Quota A", invece, la rendita pensionistica che ti verrà riconosciuta dopo il compimento del 65° anno di età, che include il beneficio economico derivante dalla ricongiunzione alla quale hai già aderito, è stimabile in circa euro 430,00 lordi mensili.

Nel merito, devo precisarti che a fronte di eventuali modifiche della normativa previdenziale di riferimento, gli importi indicati potrebbero subire variazioni. La presente informativa non deve pertanto ritenersi comunque impegnativa per la Fondazione.

L'occasione è gradita per salutarti cordialmente.

E. P.

Francobolli dello spazio in ricordo di Gagarin

a cura di
Gian Piero Ventura Mazzuca (*)

Tra le serie tematiche più seguite in ambito filatelico troviamo di certo quella spaziale, ovvero su tutto ciò che riguarda satelliti, astronavi, missioni e voli dell'uomo nello spazio.

Storicamente possiamo ricordare come, in partenza, sia stata l'Unione Sovietica ad essere in *pole position*. Infatti il primo essere vivente nello spazio fu la gloriosa cagnolina Laika a bordo dello Sputnik, mentre il primo uomo fu l'ufficiale Jurij Gagarin che, a bordo della nave spaziale Vostok 1 (Oriente 1), fece il primo volo orbitale attorno alla Terra. La missione si concluse in un campo vicino alla città di Takhtarova dove atterrò su di un seggiolino catapultabile attaccato ad un paracadute, dopo aver abbandonato la capsula che gli aveva permesso di attraversare sano e salvo l'atmosfera. Era il 12 aprile



1961. Una gloria che però durò poco dato che, il valoroso astronauta, morì solo sette anni dopo la sua grande impresa, a bordo di un piccolo caccia schiantatosi al suolo poco prima di essere in procinto di partire per una nuova missione spaziale. Lasciando così allo storico volo effettuato l'importante primato, ma anche il fatto di essere rimasto il suo unico viaggio in orbita.

In realtà esiste anche una particolare teoria leggermente diversa ovvero che, prima di quella di Gagarin, missione conclusasi indiscutibilmente con un suc-

cesso, ci siano stati altri tentativi da parte della vecchia URSS. I due fratelli italiani Judica Cordiglia, appassionati di telecomunicazioni di cui Achille (medico specializzato in cardiologia ed in medicina aeronautica e spaziale) e Giovanni Battista (documentarista e perito fonico presso il tribunale di Torino), raccontano infatti di aver raccolto numerose registrazioni audio molto suggestive che ipotizzano possano essere relative a missioni umane effettuate prima del celebre volo. Operazioni terminate però in modo tragico, con la

perdita dell'equipaggio e quindi mai annunciate pubblicamente dai sovietici di allora. Le registrazioni di cui dichiarano di essere in possesso

contengono infatti quelli che potrebbero essere gli ultimi respiri degli astronauti ansimanti e i loro appelli angosciati prima della morte, e dovrebbero risalire al novembre del 1960. I due sono autori di diversi libri ma la tesi, naturalmente, è sempre stata smentita, dall'Unione Sovietica prima e dalla Russia poi.

Tornando invece alla storia ufficiale riscontriamo come, dopo solo un mese, gli statunitensi vollero rispondere alla sfida tramite la missione dell'astronauta Alan Bartlett Shepard. Questi compì un volo suborbitale a bordo della capsula di classe Mercury denominata Freedom 7, raggiungendo la velocità di 8.262 km/h e l'altezza di 185 km, diventando così a sua volta il primo astronauta americano a essere lanciato nello spazio. Sia l'Italia che San Marino, così come molti altri Paesi, hanno deciso di rendere omaggio a questi pionieri ed al 50° anniversario delle loro gesta. Poste Italiane ha emesso un solo valore da € 0,75 su Jurij Gagarin con dietro l'astronave, mentre la Repubblica del Titano ne propone due: nel primo francobollo da € 0.50 viene raffigurato il sovietico sullo sfondo della bandiera dell'URSS, nel secondo da € 2.40 Alan Shepard sullo sfondo della bandiera americana.

Par conditio... spaziale!

(*) gp.ventura@enpam.it





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

Nell'ambito dell'esercizio dell'attività medica si distinguono due tipologie di responsabilità, quella di natura contrattuale, ex art. 1218 c.c., che presuppone l'esistenza di un rapporto di natura obbligatoria avente ad oggetto la prestazione medica e quella c.d. aquiliana, ex art. 2043 c.c. derivante da una condotta che sostanzialmente è un atto illecito. Dalla relazione ministeriale di accompagnamento del disegno di legge del codice civile emerge che al fine di evitare richieste risarcitorie da parte del paziente e, allo stesso tempo, per indurre il sanitario ad una maggiore riflessione sulle conseguenze dei propri atti, si operò, tramite l'art. 2236 c.c. una limitazione di responsabilità - qualora la prestazione del medico riguardasse la soluzione di problemi di particolare complessità - ai soli casi di dolo e colpa grave. Si ritiene, quindi, essere in presenza di una ipotesi riconducibile ad una prestazione di particolare complessità, quando attraverso una valutazione del caso concreto siano ravvisabili condizioni tali da renderlo

di speciale difficoltà. La difficoltà, va tenuto presente che, non può essere valutata una tantum ma occorre tenere a mente sia il bagaglio di conoscenze del singolo medico sia le condizioni che hanno caratterizzato l'intervento.

Nelle obbligazioni di mezzi è il paziente che deve provare il comportamento non diligente del sanitario e la esistenza del nesso causale tra la condotta di questi e l'evento lesivo.

Il medico, da parte sua, deve provare che non ha agito con colpa e che l'evento dannoso è stato cagionato dal sopravvenire di cause imprevedibili e, comunque, a lui non imputabili.

L'intervento medico di tipo routinario non può portare alla creazione di una ipotesi di responsabilità oggettiva, ex art. 2050 c.c. perché altrimenti si passerebbe da una obbligazione di mezzi ad una obbligazione di risultati.

Per quanto attiene alla responsabilità a carico della struttura sanitaria, un primo orientamento giurisprudenziale reputava l'accettazione del paziente nell'ospedale, ai fini del ricovero oppure di una visita ambulatoriale, comportare la conclusione di un contratto d'opera professionale tra il paziente e l'ente ospedaliero, il quale assume a proprio carico, nei confronti del malato l'obbliga-

zione di compiere l'attività diagnostica e la conseguente attività terapeutica in relazione alla specifica situazione patologica del paziente preso in cura.

La giurisprudenza opera, inoltre, una distinzione a seconda che la struttura sanitaria sia pubblica o privata: di conseguenza la responsabilità per fatto illecito opera sul soggetto che gestisce il nosocomio, sia esso a regime pubblico o privato. In tale ipotesi le norme richiamate per suffragare il criterio di imputazione sono, rispettivamente, l'art. 28 della Costituzione e l'art. 2049 c.c.

Tale principio che conduce alla estensione della responsabilità di tipo civile, ex art. 2049 c.c., opera in presenza di qualsiasi rapporto di natura subordinata ad eccezione del caso in cui il datore di lavoro sia un ente pubblico; infatti, in costanza di un rapporto di pubblico impiego non può più parlarsi di responsabilità indiretta ma diretta, in virtù del principio di immedesimazione organica che opera tra l'ente ed i suoi dipendenti.

In presenza di tale rapporto di immedesimazione organica scatta, ex art. 28 della Costituzione un concorso di responsabilità tra i dipendenti e l'ente pubblico.

Per un altro orientamento la responsabilità dell'ente ospedaliero, gestore di un servi-

zio pubblico sanitario, e del medico suo dipendente per i danni subiti da un privato a causa della non diligente esecuzione della prestazione medica, inserendosi nell'ambito del rapporto giuridico pubblico (o privato) tra l'ente gestore ed il privato che ha richiesto ed usufruito del servizio, ha natura contrattuale di tipo professionale. Dubbi in merito al fondamento di tale tesi sono stati espressi nel corso degli anni, in particolare per quanto concerne il richiamo all'art. 28 della Costituzione che non sarebbe esaustivo del problema relativo alla natura della responsabilità del medico dipendente.

Resta da citare un recente orientamento dottrinale secondo il quale nei confronti del medico, dipendente ospedaliero, si configurerebbe pur sempre una responsabilità contrattuale nascente da "un'obbligazione senza prestazione ai confini tra contratto e torto", in quanto poiché sicuramente sul medico gravano gli obblighi di cura impostigli dall'arte che professa, il vincolo con il paziente esiste, nonostante non dia adito ad un obbligo di prestazione, e la violazione di esso si configura come colpa in non facendo, la quale dà origine a responsabilità contrattuale. •

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

Organi Collegiali

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

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

COMITATO ESECUTIVO

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

COLLEGIO SINDACALE

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

Gabriella Emiliani Pescetelli va in pensione

Il 31 marzo scorso si è svolta, presso la sede della Fondazione Enpam, la festa di pensionamento di Gabriella Emiliani Pescetelli, dipendente dell'Ente e storica sindacalista CGIL. Una storia che inizia nel 1974 e che si è intrecciata con quella della nostra Fondazione per 37 anni; un lungo periodo che ha visto anche il passaggio delle Casse dei professionisti da pubbliche a privatizzate. Anni di cambiamenti e sfide, sempre in prima linea nelle battaglie per i diritti dei lavoratori, prima all'interno, come rappresentante dei dipendenti e, poi, dal 2000, come Coordinatore Nazionale CGIL per gli Enti previdenziali privatizzati.

A festeggiarla tantissimi colleghi, rappresentanti di altre sigle sindacali, amici e anche rappresentanti dell'Amministrazione Enpam, quest'ultimi a testimonianza di una collaborazione e di una stima cresciuta negli anni, nonostante, a volte, le circostanze difficili, come i confronti al tavolo delle trattative.

Un saluto, questo, sicuri che continuerà la sua instancabile opera sindacale, tra i lavoratori, ancora una volta in prima fila per i diritti di tutti.

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

IL GIORNALE DELLA PREVIDENZA DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

PERIODICO INFORMATIVO DELLA FONDAZIONE ENPAM

Editore: Fondazione ENPAM

DIREZIONE E REDAZIONE

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

Direttore: EOLO PARODI

Direttore responsabile: GIULIANO CRISALLI

PROGRAMMAZIONE E COORDINAMENTO REDAZIONALE

Carlo Ciocci

email: c.ciocci@enpam.it

CULTURA

Claudia Furlanetto

email: c.furlanetto@enpam.it

CONGRESSI, CONVEGNI E CORSI ARCHIVIO E DOCUMENTAZIONE

Andrea Meconcelli: Tel. 06 48294513

Fax 06 48294260/793

email: congressi@enpam.it

SCIENZA E SOCIETÀ

Andrea Sermoni

email: andrea.sermoni@gmail.com

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Paola Boldregghini: Tel. 06 48294258 - Fax 06 48294260

email: giornale@enpam.it

Foto: Archivio ENPAM - THINKSTOCK

**MENSILE - ANNO XVI - N. 4
DEL 21/04/2011**
**Di questo numero sono
state tirate 431.370 copie**

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

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

Servizio Accoglienza Telefonica

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

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

NOTIZIE FLASH

Quota A – riscossione contributo 2011

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, accompagnata da copia di un valido documento di identità.

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

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

Iscritti nati nel 1946 - Anche gli iscritti nati nel 1946 che compiono 65 anni nel corso dell'anno 2011 possono effettuare il pagamento in unica soluzione o in 4 rate. **Il pagamento è dovuto fino al mese di compimento del 65° anno ed è calcolato sui mesi effettivi.**

Domiciliazione bancaria – RID

Per aderire al servizio è sufficiente:

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

Attenzione:

- il modulo RID non deve essere presentato alla propria banca bensì trasmesso direttamente ad Equitalia Esatri S.p.A.;
- l'iscritto che aderirà al servizio di domiciliazione bancaria non dovrà pagare alcuna rata, compresa quella con scadenza 30 aprile. I contributi saranno automaticamente addebitati in conto corrente alla scadenza delle rate previste o in unica soluzione;
- per il servizio offerto, la commissione richiesta è di euro 2,07 per ogni addebito;
- a coloro che hanno aderito al servizio di domiciliazione bancaria nel 2010, Equitalia Esatri S.p.A. invierà, in tempo utile per gli adempimenti fiscali, un riepilogo annuale dei versamenti effettuati;
- gli utenti registrati presso il portale **www.enpam.it**,

accedendo all'Area riservata, potranno reperire direttamente un duplicato della certificazione dei pagamenti effettuati mediante RID;

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

Duplicato CUD

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

Per ricevere il duplicato CUD ad un indirizzo diverso da quello risultante negli archivi dell'Enpam come luogo di residenza, ovvero per riceverlo a mezzo fax, occorre allegare alla richiesta copia di un valido documento di identità del pensionato. L'istanza deve essere inoltrata al Servizio Prestazioni del Fondo Generale, anche tramite fax al numero 06.48.294.923, completa di dati anagrafici, indirizzo e recapito telefonico.

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

Stampa automatica del duplicato CUD e modulo detrazioni d'imposta 2011 – La stampa automatica del CUD è consentita a tutti i pensionati Enpam registrati all'Area riservata del sito www.enpam.it, utilizzando nome utente e password.

Unitamente al modello CUD è stato trasmesso, **soltanto ai pensionati che già lo scorso anno fruivano di detrazioni per familiari a carico**, il modulo per rinnovare la richiesta di applicazione delle predette detrazioni anche per il corrente anno 2011. Tale modulo deve essere compilato in stampatello, sottoscritto e restituito, entro il termine del **31 maggio 2011**, utilizzando l'apposita busta indirizzata a Fondazione E.N.P.A.M., Casella postale n. 2475, Ag. RM 158, via Marsala n. 39, 00185 Roma.

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

Ufficio accoglienza e relazioni con il pubblico

Via Torino 100 - Roma

Orari di ricevimento:

dal lunedì al giovedì ore 9.00-13.00 / 14.30-17.00

venerdì ore 9.00 / 13.00



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

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

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

**Fondazione ENPAM:
80015110580**

GRAZIE!