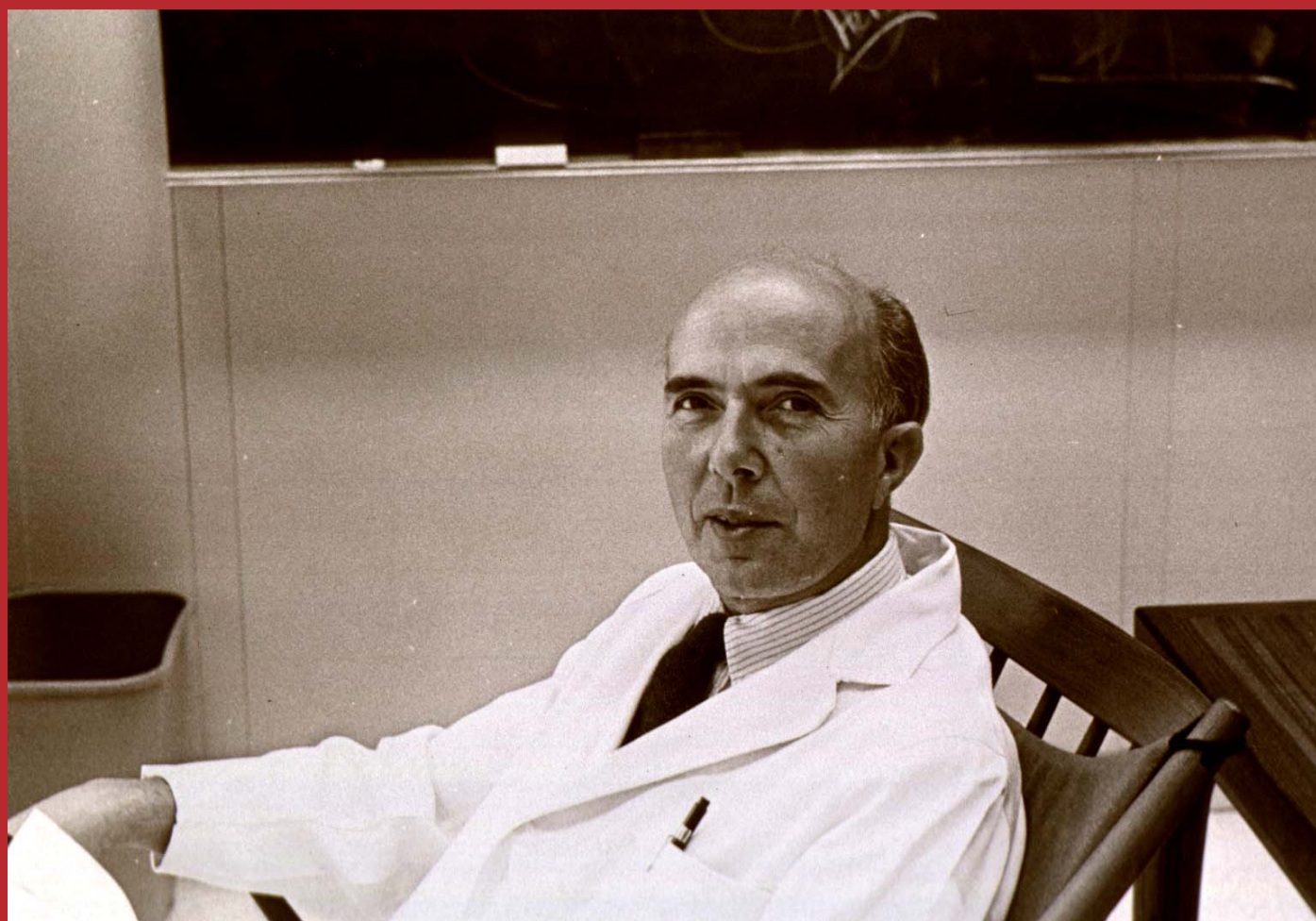


IL GIORNALE DELLA **Previdenza** dei Medici e degli Odontoiatri



Renato Dulbecco in una foto del 1966. Ha ricevuto il Nobel per la Medicina nel 1975 – insieme a David Baltimore e Howard Martin Temin – per le scoperte sulle interazioni tra virus tumorali e materiale genetico della cellula

2 **ENPAM**
Ieri
oggi
e domani

5 **PREVIDENZA**
Lavorare
per un
futuro sereno

12 **POLIZZA**
Ecco
il modulo
di adesione

periodico

DCOER0953 Omologato

Posteitaliane

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

un futuro di certezze.

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



www.adven.it

Per aderire:

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



PER INFORMAZIONI:

Tel. 06 48294333 Sig.ra DANIELA BRIENZA

Tel. 06 48294337 Sig.ra PAOLA CINTIO

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

www.fondosanita.it

Fondi chiusi o fondi aperti?

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

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

Prestazioni pensionistiche

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

CAPITALE TOTALE

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

RENDITA ANNUALE LORDA

Euro 3.640
Euro 10.920
Euro 16.650,64

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

Come pagare MENO TASSE

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

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



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

IL GIORNALE DELLA Previdenza

dei Medici e degli Odontoiatri

in questo numero

2-3	Enpam ieri, oggi e domani
4	Federspev
5-7	Previdenza per un futuro sereno
8-9	In partenza i modelli D 2010
10-11	Contribuenti e redditi per la Quota B
12-14	Polizza sanitaria, scadenze e modulo
16-17	Aumentare le pensioni atto di giustizia
18-19	L'intervista/1: statistica sanitaria
20-21	L'intervista/2: Day surgery
22-23	L'intervista/3: terapia del dolore
24-25	Fuga di talenti? Si può arginare
26-27	Senior tra balli e sballi
28-29	A proposito di... invecchiamento
30-31	L'isolamento degli uomini maltrattati
32	Accadde a... Giugno
33-35	Congressi, convegni, corsi
36	Giornata del malato oncologico

37	Attualità, le parafilie
38-39	Medici illustri: Ilja Metchnikoff
40	Pensione "in crociera"
41	Televisione, in onda c'è Big
42-43	Leggere un quadro, i colori
44	"I due imperi" in esposizione
45	Mostre ed esposizioni in Italia
46-49	Recensioni libri
50-51	Giordania, terra ancora da scoprire
52-53	L'emozione del fado
54	Musica, ancora su Gene Kupra
55	Cinema, Furio Scarpelli
56-57	Enpam, una rivoluzione "personale"
58-59	Vita degli Ordini
60-61	Lettere al Presidente
62	Filatelia
63	L'avvocato
64	Consegnato il Premio Pezcoller

IN COPERTINA



Renato Dulbecco nasce a Catanzaro nel 1914. Laureatosi in medicina si trasferisce negli Stati Uniti, a Bloomington nell'Indiana, dove scopre il fenomeno della foto riattivazione del fago inattivato con raggi ultravioletti. Nel '63, in California, lavora sul processo di infezione da parte del Dna di virus tumorali: quando una cellula diviene infetta ciò vuol dire che in essa è penetrato il Dna del virus e che questo si unisce al Dna cellulare. Trascorrono gli anni e nel 1975 è presidente e direttore di uno dei più qualificati Centri di ricerca nel mondo, il prestigioso Salk Institute di La Jolla in California. Dopo aver trascorso quasi cinquanta anni negli Stati Uniti, Dulbecco si è "riaffacciato" in Italia come esperto del Cnr di Milano per il Progetto Genoma (la parte italiana del progetto internazionale).

(Foto di copertina: Courtesy of the National Library of Medicine)

Eolo Parodi e Renato Dulbecco (foto tratta dal libro di Giuliano Crisalli "Eolo Parodi, vita da medico")

Enpam: 1993-2010

La storia degli ultimi due decenni del nostro Ente è caratterizzata da profonde trasformazioni, soddisfazioni e riconoscimenti internazionali. Ripercorriamola insieme

di G. Cris.

A fine giugno si terranno le elezioni per il rinnovo degli Organi Statutari dell'Enpam per il quinquennio 2010-2015. È un rituale che i medici ben conoscono: i Presidenti degli Ordini Provinciali (o loro delegati) sceglieranno, con il voto, chi nominare alla guida del nostro Ente di Previdenza: presidente, vice-presidenti, consiglieri e sindaci.

Ci sembra utile e in un certo senso doveroso, "ripassare" questi diciassette anni di amministrazione Parodi: una lunga stagione, all'inizio molto faticosa, cominciata con l'ingresso dell'on. Parodi in un Enpam in grave crisi di visibilità e identità. Un Ente di Previdenza dei Medici per mesi sotto l'occhio indagatore di giudici, politici ma anche di raggruppamenti di medici sorti qua e là "spontaneamente". Commissario era stato nominato un magistrato di specchiata onestà: il dottor Emidio Frascione. Siamo nel 1993, il regime di commissariamento non superò i tre mesi e il 27 di marzo Parodi fu eletto presidente dell'Enpam dopo che aveva diretto per quasi diciassette anni la Fnomceo. Parodi si spese, per chiarire la situazione, in un'atti-



Eolo Parodi con il supporto del direttore generale, Alberto Volponi, ha fatto redigere un interessante fascicolo dove, soprattutto in cifre, viene raccontata la storia dell'Enpam a partire dal 1993

vità che si può definire frenetica tra interviste giornalistiche e televisive, dibattiti pubblici senza esclusioni di colpi, affollate conferen-

ze stampa e visite agli Ordini provinciali.

Subito dopo illustrava il calendario rigidissimo che avrebbe rispettato: a) ar-

monizzazione dei dati sul Patrimonio immobiliare allo scopo di informatizzarlo e studio approfondito per rivalutarlo; b) definizione dei patti in deroga con le migliaia di inquilini sparsi in tutta Italia; c) collegamento telematico con gli Ordini Provinciali; d) assistenza sanitaria integrativa per tutti i medici italiani; e) difesa strenua dell'avvenire previdenziale dei medici.

Fu una stagione particolarmente faticosa per il nostro Ente ma anche esaltante per coloro che hanno avuto la fortuna di viverla sino ai giorni nostri. Basta ricordare l'iscrizione dei laureati in odontoiatria avvenuta nel 1995 che coincide con la rivoluzionaria decisione del Consiglio Nazionale di trasformare l'Enpam in una Fondazione privata. Il riscontro felice dei risultati positivi via via ottenuti non può certo far dimenticare i membri del Consiglio di Amministrazione che nel trascorrere degli anni, ci hanno lasciato. Partiamo da Mario Boni lungimirante capo dei medici di Medicina Generale e, via via, tutti gli altri a cominciare da Flavio Michieletto, Paolo Maria Costa, Tullio Zunino, Giovan Battista Degani, Ignazio Basile, per arrivare al grande cuore bolognese di Vittorio Angelini, al senese Mario Braconi, alla simpatia e alla umana bontà di Nunzio Romeo. Ma vanno ricordati, ringraziandoli, tutti i medici-consiglieri, i mem-

L'Enpam ha ricevuto nel 2004 il Premio come migliore Fondo Pensione Italiano da parte dell'Investment Pension Europe

**Fondo di Previdenza
Generale
(Quota A e Quota B)**

bri delle Consulte, i Sindaci, i consiglieri esperti, che hanno vissuto, sulla loro pelle, sia le battaglie della nostra Fondazione sia i momenti gloriosi come quelli del 18 dicembre 1998 quando, preceduto dai corazzieri in alta uniforme, venne in visita all'Enpam il Presidente della Repubblica Oscar Luigi Scalfaro. L'allora Presidente della Repubblica prese la parola ricordando di aver ricevuto, precedentemente a quel giorno di dicembre, il nostro Consiglio di Amministrazione al Quirinale e così proseguì: "...Credo che un grazie del Capo dello Stato di fronte a una sana amministrazione sia un atto di giustizia. Questo deve essere detto ufficialmente; ognuno di noi sa che l'Enpam ha avuto dei momenti dolorosi e, quando lei illustre presidente Parodi, anzi, tu caro amico Parodi sei stato chiamato a portare questa croce sulle spalle, la situazione era grave. L'aver fatto risorgere l'Enpam è un grande merito tuo e di tutti i tuoi collaboratori. Le cifre che tu fornisci su questa amministrazione sono esaltanti. Avete fatto mettere un più dove c'era un meno. Certo, siete capaci". Da quel giorno l'Enpam divenne un esempio di am-

**Fondo dei Medici
di Medicina Generale,
Pediatri di libera scelta
e Addetti ai servizi di
continuità assistenziale**

ministrazione corretta. Altro ricordo da incorniciare, quando il vertice dell'Enpam nella primavera del 2007 venne ricevuto al Quirinale dal presidente Giorgio Napolitano. In visita alla nostra Sede vennero decine e decine di ministri, parlamentari, presidenti di Casse di Previdenza, alti gradi militari. Grazie anche al nostro Giornale (431 mila copie a numero) siamo conosciuti in ogni parte d'Italia: tutti sanno che il nostro è un Ente privatizzato, che ci onoriamo di avere tra i nostri iscritti scienziati di fama internazionale che considerano un onore appartenere a una Fondazione dove sono legge i concetti di trasparenza e lealtà, al di fuori dei giochi di potere. Questi meriti sono stati riconosciuti all'Enpam dall'Eurispes che nell'ultimo rapporto definisce il nostro Ente "un esempio di buona amministrazione, di conduzione corretta e trasparente, di capacità e competenza del management". A queste lodi al Consiglio di Amministrazione in scadenza e, logicamente, a tutti i dipendenti Enpam, se ne possono aggiungere due assai significative e lusinghiere: in ambito europeo il Premio come migliore Fondo Pensione Italiano da

**Fondo dei Medici
Specialisti
Ambulatoriali**

parte dell'IPE nel 2004 (Investment Pension Europe) ed in ambito mondiale il giudizio di World Finance che ha definito l'Enpam miglior Fondo Pensione Italiano nel 2010. Nelle pagine che seguono, il nostro giornale analizza i difficili temi della previdenza e le possibili inevitabili ricadute sugli iscritti dell'attuale situazione politica economica mondiale. Ci si occupa anche di "risorse umane" e comunicazione trattando i temi della "accoglienza telefonica", della "formazione", delle varie strategie dell'Enpam che puntano con decisione sull'attività moderna del personale composto da 472 unità (57% donne). Aggiungiamo il successo che stanno ottenendo il nostro "Portale" sempre più "visitato" dai medici, la "Collana Universalis" che offre ai lettori una serie di approfondimenti tematici svolti in collaborazione con studiosi e ricercatori e l'Ufficio dell'Accoglienza. Il "Portale", attivo dal 2003, nel corso di questi anni si è arricchito continuamente sia nella forma sia nei contenuti. Il numero di accessi al sito è passato da circa 400 mila a 2 milioni del 2009. Nello stesso periodo il numero degli utenti registrati all'area riservata è cre-

**Fondo dei Medici
Specialisti Esterni**

sciuto fino a raggiungere la cifra di 130 mila: se ne deduce che un iscritto su quattro è registrato all'area riservata del portale. È sottinteso che ci saranno nuovi importanti miglioramenti di questa via di comunicazione. Non si possono infine dimenticare i "Totem" preziosi strumenti che permettono all'Enpam di comunicare (tramite una linea telefonica a banda larga con l'ausilio dell'ADSL) e di usufruire di una rete privata con gli Ordini. Al progetto hanno aderito 104 Ordini su 106. Tutte queste concrete iniziative (oltre ai bilanci!) hanno trovato riscontri favorevoli nella relazione della Corte dei Conti. E all'orizzonte spunta la nuova sede, ormai quasi pronta (vedi foto nella pagina precedente) che consentirà all'Enpam di usufruire di una struttura centralizzata moderna e tecnologicamente avanzata. Infine un dato inconfutabile ed una massima: l'attivo della Fondazione è aumentato di quasi 7 miliardi di euro passando da più di 2 miliardi e mezzo (considerati in euro) del 1993 agli oltre 10 miliardi attuali. La citazione è di Einstein: "Non penso mai al futuro. Arriva così presto". •

L'anziano, un peso o una opportunità?

Le molte facce della terza età, dai suoi limiti alle potenzialità spesso ignorate. A Caserta la Tavola rotonda. Riaffermare il protagonismo degli anziani è il vero e proprio patrimonio di competenze e memoria

di Eumenio Miscetti (*)

Rispetto al passato l'aspettativa di vita è più che raddoppiata: un fenomeno evidente ed acquisito, reso possibile grazie al progresso della medicina che ha contribuito a ridurre la mortalità delle persone anziane. L'invecchiamento della popolazione non sembra destinato a subire battute d'arresto: si prevede per i prossimi anni una crescita della percentuale relativa agli ultraottantenni. L'Italia, in particolare, si colloca ai primi posti nella classifica della longevità nel Vecchio Continente e nel mondo. Proprio nel nostro Paese, la Terza età, pur con le sue peculiarità, mostra interessanti segnali di vitalità, mentre il contesto sociale, culturale ed economico in cui viviamo non appare né sensibile e né pronto. Da questa (amara) consapevolezza è scaturito il tema

della Tavola rotonda che si terrà al Centro Congressi Grand Hotel Vanvitelli a Caserta (lunedì 31 maggio, dalle ore 10 alle 12.30) nell'ambito del 47° Congresso Nazionale della Federspev: "L'anziano: un peso o una opportunità?". In qualità di presidente della (combattiva) Associazione che accoglie (e difende) i medici, i farmacisti, i veterinari pensionati e i loro coniugi superstiti aprirò la discussione sulle molte facce della Terza età, dai suoi limiti alle sue potenzialità, spesso ignorate. A questo

importante momento di riflessione e confronto, al quale sono stati invitati autorevoli rappresentanti del mondo politico ed istituzionale, parteciperà Michele Poerio segretario nazionale nostro e della Confedir-Mit (Confederazione dirigenti pubblici e manager del terziario), Raffaele Cerqua docente alla Scuola di Specializzazione in Gerontologia e Geriatria dell'Università degli Studi di Napoli "Federico II". A coordinare gli interventi sarà Marco Perelli Ercolini, consigliere Enpam e no-

stro vice presidente. Ma perché questa iniziativa? Per tanti (ed ovvi) motivi. Riaffermare il protagonismo degli anziani, vero e proprio patrimonio di competenze e memoria. Richiamare la società e le istituzioni alla responsabilità nei nostri confronti che pur abbiamo concorso per tutta la vita con il nostro lavoro al benessere e allo sviluppo della collettività. Costruire una rete di interventi di solidarietà e protezione a favore dei pensionati (e sono tanti, credetemi) in stato di palese sofferenza. Sensibilizzare l'opinione pubblica e avvicinare i giovani creando le basi di uno scambio intergenerazionale, fertile, proficuo e sempre più continuo: in quest'ottica (pragmatica) la Federspev sin dalla sua costituzione, da ben quarantasette anni, assegna un premio studio a cinque neolaureati, orfani di sanitari. Tutti obiettivi, è forse superfluo sottolineare, in sintonia con lo slogan del nostro prossimo ed imminente Congresso nazionale: "Per i pensionati dignità di vita e riconoscimento dei loro diritti" se ne è discusso a Caserta dal 29 maggio al 2 giugno. •

(*) *Presidente Federspev*

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



**Per i pensionati
dignità di vita
e riconoscimento
dei loro diritti**



di Alberto Oliveti (*)

L'obiettivo del **programma di legislatura 2005-2010** in tema di politiche previdenziali era quello di mettere la previdenza al centro di tutte le attività operative della Fondazione.

A tale scopo appariva prioritario perseguire il consolidamento del patto di solidarietà tra generazioni successive, ponendo la massima attenzione sulla corresponsività tra la contribuzione richiesta a tutti gli iscritti ed il suo controvalore in termini di prestazioni, per rafforzare l'immagine soprattutto nei giovani e futuri contribuenti di un sistema equo, garante per tutti del massimo trattamento sostenibile nel tempo alla luce di rigorose tecniche attuariali.

Il tutto declinando la dife-

**Lo slogan da diffondere:
"Se muore
la professione
si ammalia anche
la tua pensione"**

Previdenza consapevole per un futuro sereno

sa dell'obbligo contributivo che supporta la gestione finanziaria a ripartizione dei Fondi anche nell'aspetto della convenienza finanziaria oltre che dei vantaggi della solidarietà in termini di rete di tutela e protezione.

Inoltre ci si proponeva di estendere la rete di garanzia dal periodo post lavorativo anche a quello lavorativo fonte dei flussi contributivi, con particolare attenzione al coinvolgimento dei giovani nella visione solidale e cooperativa della Fondazione con progetti di facilitazione al loro inserimento lavorativo e programmi di sostegno alla qualificazione dell'esercizio professionale.

Infine impegno della Fondazione sia nel fornire servizi utili alla categoria, che nella diffusione culturale dell'esigenza di una corretta e tempestiva analisi dei propri bisogni per interventi efficaci di integrazione.

Si evidenziavano i problemi prospettici di instabilità dei Fondi, determinati dalla particolare struttura per età dei contribuenti attivi, oltre che dal costante e progressivo aumento dell'aspettativa di vita della popolazione.

Per ovviare a questa caratteristica demografica della nostra professione - i tanti

nati nel decennio 1950-60 - si proponevano alcune linee di operatività come fare bilanci tecnici frequentemente per una visione dinamica della situazione dei Fondi gestiti, l'attento monitoraggio dei flussi contributivi dei Fondi, lo studio di forme di gestione a capitalizzazione di parte degli stessi, l'aumento automatico dei contributi convenzionali a prescindere dalle scadenze convenzionali, la semplificazione dei Fondi, la corretta riscossione del 2% derivante dalle società di capitale, la praticabilità di un Esculapio al 2%, la Previdenza complementare ed integrativa, l'impostazione di uno specifico Programma Giovani e un Programma Donne medico, il confronto sui temi previdenziali con altri Enti, Associazioni o Fondazioni come l'Adepp, Inpdap, Inps, Onaosi.

GLI EVENTI AVVERSI

Per fare un bilancio a consuntivo di questo programma di legislatura va tenuto conto di cosa è poi accaduto nel periodo, e purtroppo due eventi per così dire avversi hanno occupato la scena.

Il primo è stato il subitaneo passaggio con la Finanziaria 2007 dell'orizzonte temporale di equilibrio richie-

sto dai quindici ai **trenta anni**, fattore che in nome di una maggiore sostenibilità della gestione aggravava il debito previdenziale in atto e comporta l'esigenza di aumentare il flusso contributivo riducendone la valorizzazione, tenendo al contempo d'occhio l'età pensionabile e la indicizzazione delle pensioni in godimento. A causa del maggior arco temporale di equilibrio, ogni fattore di costo va a tal fine monitorato e ricalibrato, rimettendo in discussione persino la relativa intangibilità delle pensioni in godimento ed il meccanismo del "pro rata".

Il secondo evento avverso è stata la grande **crisi economica finanziaria mondiale**, che ha condizionato e condiziona la redditività del nostro patrimonio. Entrambi questi eventi esercitano prevedibili effetti negativi sul flusso finanziario necessario al pagamento delle prestazioni dato che ogni pensione viene liquidata utilizzando per quota parte i contributi incassati e per quota parte i proventi del patrimonio accumulato.

Prima del **"accadde in una notte"** dei trenta anni, con gli opportuni e gradualmente intervenuti assunti sulla scorta dei bilanci tecnici attuariali al 2006 avevamo garantito l'equilibrio dei Fon-

di per i quindici anni originariamente previsti con la sola eccezione del Fondo dell'Accreditamento (peso relativo 3-4% sul totale economico della Fondazione) che sconta il ridotto incasso del 2% a carico delle Società causa contenzioso giudiziario in atto.

Questo senza cambiare il metodo retributivo reddituale di calcolo della pensione né modificando l'età pensionabile, ma intervenendo su vari parametri come l'entità della contribuzione, la sua valorizzazione, il decremento delle maggiorazioni previste per pensionamenti dopo i 65 anni, la rivalutazione dei contributi per definire la base pensionabile, e l'indicizzazione delle pensioni. Il patrimonio, contabilizzato al costo storico, risultava triplicato rispetto al 1995, data della privatizzazione con la quale è bene ricordare che, in cambio di una **maggiore autonomia**, ci siamo fatti carico del debito previdenziale in atto rinunciando alla garanzia di trasferimenti fiscali a carico dello Stato in caso di dissesto.

Se abbiamo rispettato le regole di equilibrio assegnateci le nuove imposizioni in termini di maggior equilibrio temporale, di criteri di

redazione dei bilanci e di modalità di investimento subordinate a direttive ministeriali, non depongono per una maggiore autonomia, mentre nel contempo svariati milioni di euro ogni anno continuano ad andare alle casse dello Stato come trasferimento fiscale per la **tassazione cui sono sottoposti i nostri investimenti patrimoniali**.

Questo problema di privatizzazione incompleta, insieme agli scenari demografici ed economici, costituisce forse la principale fonte di preoccupazione per il futuro.

L'effetto di scelte politiche a noi avverse si configura come un **rischio incombente** sulle nostre attività previdenziali.

Se pensiamo alla questione della gestione separata Inps e come l'influenza delle scelte di questo ente pubblico condizionino le nostre politiche previdenziali nel rapporto con i nostri pensionati o con i giovani che si stanno specializzando o formando alla medicina generale, si comprende come nostra preoccupazione non sia soltanto la demografia o l'economia mondiale ma anche la politica nazionale.

Nel versante delle positività del periodo va senz'altro annoverata l'istituzione di Fondo Sanità, Fondo pensione chiuso dei medici e degli odontoiatri italiani, che permette di cogliere le opportunità di diversificazione previdenziale del se-

condo pilastro al minimo costo di gestione, con la finalità di crearsi una rendita integrativa alla pensione o un capitale, reversibile anche sull'asse ereditario e testamentario, utilizzabile subito dai giovani medici in attesa di accedere agli istituti di riscatto ed indirizzabile anche ai figli a carico dei medici per impostar loro un progetto pensionistico previdente. Altro elemento di sicuro risalto è stata la aumentata consapevolezza previdenziale degli iscritti, sicuramente dovuta al progressivo avvicinamento generale all'età pensionabile, ma riteniamo anche per l'azione di diffusione della cultura e della problematica previdenziale prin-

**Va difesa
la piena autonomia
di governo
e di gestione
della Fondazione**



cipalmente esercitata nel rapporto con gli Ordini Provinciali, sedi di convegni ed incontri che, al di là delle presenze non sempre nutrite, hanno contribuito alla sensibilizzazione ed attivazione di una fascia di colleghi che esercita una funzione di trasmissione di tale interesse con le rispettive basi locali di iscritti. La crescita delle domande di integrazione tramite riscatto e ri-congiunzioni, l'aumento dei contatti con il neo istituito S.A.T. (servizio accoglienza telefonica), il gradimento e l'efficacia dei processi formativi e dei rapporti telematici con i dipendenti degli Ordini intrapresi dalla Fondazione attestano la crescita di questo interesse. Con questi scenari economici, demografici, professionali e politici molto ci sarà da fare. Per primo va enfatizzato il concetto della solidarietà generazionale e del profondo legame che unisce le sorti dei pensionati, degli attivi e dei futuri iscritti. Legame che trova il suo campo di applicazione non solo nella previdenza ma anche e prima nel lavoro, dato che l'assetto futuro della professione medica

**Scelte politiche
a noi avverse
configurano
un rischio
sulle nostre attività
previdenziali**

avrà logiche influenze sulle gestioni previdenziali.

Se muore la professione, si ammala anche la tua pensione: uno slogan da diffondere.

L'interesse del singolo collegato alla collettività attuale e futura apre il campo alla esigenza di un rilancio della comunicazione previdenziale.

Il progetto "busta arancione" a tutti gli iscritti per rendicontare i contributi giacenti e fornire la proiezione standard della pensione può essere uno strumento, cartaceo od informatico, che oltre all'indubbia utilità di consapevolezza individuale, potrà favorire una migliore accountability della Fondazione fondata sul **dare conto per rendersi conto**.

La sua efficace attuazione implica necessariamente a monte l'indispensabile **digitalizzazione di tutti i processi della struttura** finalizzata alla eccellenza operativa e manageriale, in grado quindi di contribuire anche alle scelte strategiche di interventi sui Fondi, favorendo l'analisi integrata e comparata delle esigenze, delle opportunità, della praticabilità delle azioni, per operare efficacemente in modo trasparente e tracciabile.

Se la sostenibilità è la capacità di mantenere nel tempo gli impegni assunti a fronte del cambiamento progressivo dei fattori economici e demografici di contesto, usando al meglio le tecniche di matematica attuariale che, calcolando

la probabilità del verificarsi di certi eventi, determinano gli atti e gli interventi necessari all'equilibrio richiesto, la road map previdenziale in tal senso pare tracciata.

Intervenire opportunamente sui Fondi per raggiungere il nuovo arco temporale di legge, rispettandone l'assunto teorico di maggior garanzia di stabilità per il nuovo contribuente, purché non si ingenerino iniquità e tensioni generazionali, da affrontare eventualmente con opportune proposte di **modifiche legislative** di tali termini se socialmente ingestibili.

A tal proposito ci si adopererà per il mantenimento dell'attuale sistema retributivo reddituale in nome dell'adeguatezza delle prestazioni e dell'equità solidale tra generazioni subentranti di contribuenti, nella massima correttezza tra contributi incassati e prestazioni erogate e nell'obiettivo dichiarato del massimo di pensione per ognuno, calibrata sull'aspettativa di vita residua da pensionato ed integralmente rivalutata, almeno fino al livello attualmente usato dalle pensioni pubbliche.

L'investimento patrimoniale dovrà seguire una **logica previdenziale** che tenga in dovuto conto per ognuno dei Fondi le scadenze dello specifico debito previdenziale acquisito collegando ad esso la durata dell'investimento e le aspettative di rendi-

mento in rapporto alla sua rischiosità.

Va difesa la piena autonomia di governo e di gestione della Fondazione mediante il completamento legislativo del processo di **privatizzazione** e l'**attrazione** alla Cassa di tutti i prelievi previdenziali obbligatori per redditi derivati dalla professione medica ed odontoiatrica comunque esercitata.

Bisognerebbe promuovere e difendere con decisione l'esigenza dell'**integrazione** previdenziale tempestiva, perseguendo la sensibilizzazione culturale e predisponendo gli opportuni strumenti tecnici per soddisfare la fondamentale necessità di una autoanalisi tempestiva dei propri bisogni previdenziali come presupposto indispensabile per costruirsi una pensione adeguata.

L'obiettivo delle riforme previdenziali di garantire la sostenibilità dei Fondi secondo i nuovi termini di legge, andrebbe perseguito usando il valore del patrimonio proiettato temporalmente al periodo critico di squilibrio transitorio dei Fondi. Tale occasione andrebbe però utilizzata anche per blindare il patto generazionale sui termini della **convenienza** dimostrata a parteciparvi per ognuna delle generazioni subentranti di contribuenti.

Riformare senza informare sarebbe un errore imperdonabile. •

(*) Consigliere Enpam

Dichiarazione dei redditi, in partenza i modelli D 2010

di Vittorio Pulci (*)

I professionisti iscritti all'E.N.P.A.M., come è noto, sono tenuti a comunicare entro il prossimo **31 luglio** il reddito derivante dall'esercizio della professione medica e odontoiatrica prodotto nel corso dell'anno 2008. Tale dichiarazione può essere effettuata utilizzando i Modelli D 2010 recapitati al domicilio degli iscritti nelle prime settimane del mese di giugno. Tali modelli (oltre **380.000**) sono stati personalizzati in base alla posizione contributiva del singolo iscritto presso il Fondo della Libera Professione – Quota B del Fondo Generale:

- iscritto attivo con contribuzione intera (Modello D_CO);
- iscritto attivo con contribuzione ridotta (Modello D_CR);
- iscritto attivo che ha optato irrevocabilmente per la contribuzione intera (Modello D_IR);
- iscritto che ha compiuto il 65° anno di età nel corso dell'anno 2009 (Modello D_65);
- iscritto di età superiore ai 65 anni (pensionato del Fondo generale “Quota A”) che non ha optato per l'esonero contributivo (Modello D_P).

CONTRIBUTO PROPORZIONALE RIDOTTO

La richiesta di contribuzione ridotta alla “Quota B” del Fondo Generale può essere presentata entro il **31 luglio 2010** dagli iscritti dotati di altra copertura previdenziale obbligatoria ovvero dai titolari di un trattamento pensionistico derivante da contribuzione previdenziale obbligatoria. Coloro che negli anni precedenti hanno regolarmente prodotto la predetta domanda non devono ripeterla.

In caso di perdita del diritto alla contribuzione ridotta, va indicata nell'apposita dichiarazione presente nel Modello D la data in cui sono venute meno le relative condizioni di accesso. L'iscritto decaduto dal diritto alla contribuzione ridotta può, comunque, presentare una nuova domanda qualora torni in possesso dei requisiti.

Gli iscritti già ammessi alla contribuzione ridotta possono optare per il versamento del contributo nella misura intera del 12,50%. Tale opzione non è revocabile.

È opportuno sottolineare che **la mancata ricezione del modello D** – come ribadito dal Consiglio di Amministrazione dell'ENPAM – **non esonera l'iscritto dall'obbligo di presentazione della dichiarazione reddituale entro il termine sopra indicato.**

L'invio del modulo personalizzato, infatti, ha la sola funzione di agevolare i professionisti nell'adempimento di un obbligo dichiarativo al quale essi possono ottemperare utilizzando anche strumenti alternativi. Coloro che non sono venuti in possesso del proprio modello o che lo hanno smarrito possono, difatti, reperire il modello D 2010 non personalizzato sul sito Internet della Fondazione www.enpam.it, presso la sede dell'E.N.P.A.M. in Roma, via Torino n. 98 (II piano), o presso l'Ordine dei Medici di appartenenza.

La dichiarazione dei redditi soggetti a contribuzione presso la “Quota B”, infine, può essere effettuata in via telematica, sempre entro il suddetto termine, **previa registrazione** presso l'Area riservata del sito Internet della Fondazione www.enpam.it. L'accesso all'Area riservata consente, inoltre, di usufruire di ulteriori servizi *on-line* personalizzati, quali, ad esempio:

- la visualizzazione dei versamenti effettuati a titolo di contributi previdenziali obbligatori o di riscatto;
- l'accesso ai dati relativi alla pensione in godimento;
- la stampa di certificazioni ai fini fiscali (CUD);
- la visualizzazione dei dati relativi alla polizza sanitaria in convenzione;
- la carta di credito Fondazione ENPAM, emessa dalla Banca Popolare di Sondrio;
- la stampa di duplicati di bollettini MAV o RAV smarriti o non pervenuti.

Il reddito soggetto a contribuzione presso la “Quota B” del Fondo Generale, da indicare nel modello D 2010, è quello derivante dall'esercizio, anche in forma associata, della professione medica e odontoiatrica, al netto delle spese sostenute per produrlo. Concorrono, altresì, a formare tale reddito i compensi, anche se equiparati ai fini fiscali ai redditi di lavoro dipendente, che derivano dallo svolgimento di attività attribuite all'iscritto in ragione della sua particolare competenza professionale.

Gli Uffici della Fondazione provvederanno a determinare l'importo del contributo dovuto detraendo dal reddito dichiarato nel Modello D il reddito già assoggettato a contribuzione presso la “Quota A” del Fondo di

PENSIONATI DEL FONDO GENERALE E.N.P.A.M.

I pensionati del Fondo Generale, attualmente, sono esonerati d'ufficio dal versamento dei contributi e, di conseguenza, dall'invio del Modello D.

Essi, tuttavia, se titolari di reddito professionale, possono chiedere entro il **31 luglio 2010**, nell'apposito spazio previsto nel Modello D o con domanda in carta semplice, di essere ammessi al versamento del contributo nella misura intera del 12,50% o ridotta del 2%.

Si rappresenta, in ogni caso, che con delibera n. 53/2009, **il Consiglio di Amministrazione dell'E.N.P.A.M.**, visto il quadro giuridico di riferimento ed al fine di evitare possibili contenziosi con la Gestione Separata INPS, **ha proceduto all'abolizione dell'esonero contributivo per i pensionati del Fondo che proseguono nell'esercizio dell'attività. Tale modifica regolamentare è attualmente al vaglio dei Ministeri vigilanti ed esplicherà i propri effetti successivamente alla relativa approvazione.** Si consiglia, pertanto, di effettuare la dichiarazione reddituale, indicando l'aliquota contributiva prescelta.

Le modalità di versamento del contributo e di invio del Modello D sono identiche a quelle previste per gli iscritti non pensionati.

SANZIONI

Il vigente regime sanzionatorio, in caso di invio del Modello D oltre il termine del **31 luglio**, prevede l'applicazione di una sanzione in misura fissa pari a **€ 120,00**. Qualora il pagamento dei relativi contributi venga effettuato in ritardo è prevista:

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

bito rateale, i contributi dovuti all'E.N.P.A.M.. Per richiedere tale carta è necessario accedere all'Area Riservata del sito www.enpam.it e compilare il relativo modulo di domanda. Per ulteriori informazioni sulla Carta Fondazione E.N.P.A.M. è a disposizione il numero verde **800.190.661**; per ottenere chiarimenti sull'accesso all'Area Riservata è possibile contattare il n. 06.48.29.48.29 (*Attenzione: per l'abilitazione all'accesso all'Area Riservata e l'emissione della carta di credito è necessario attendere i relativi tempi tecnici*).

Il mancato ricevimento del bollettino non esonera dal pagamento del contributo. In tal caso dovrà essere contattata tempestivamente la Banca Popolare di Sondrio al numero verde: **800.24.84.64**. Gli utenti registrati presso il portale www.enpam.it possono reperire un duplicato del bollettino accedendo all'Area riservata di tale sito. In questo caso il pagamento può essere effettuato esclusivamente presso gli Istituti di Credito.

Si ricorda, infine, che i contributi previdenziali – compresi quelli dovuti alla Quota B del Fondo Generale – sono interamente deducibili dall'imponibile fiscale, ai sensi dell'articolo 10, comma 1, lett. e), del Testo Unico delle Imposte sui Redditi (DPR 22 dicembre 1986, n. 917).

(*) *Dirigente Enpam*

Previdenza Generale. Il relativo pagamento dovrà essere effettuato in un'unica soluzione (non sono ammesse rateazioni) entro il **31 ottobre** del corrente anno e comunque non oltre il termine indicato sul bollettino MAV precompilato (pagabile presso qualsiasi Istituto di Credito o Ufficio Postale) che la **Banca Popolare di Sondrio** invierà in prossimità della suddetta scadenza a tutti gli iscritti tenuti al versamento. Unitamente al MAV sarà inviato un prospetto esplicativo del calcolo effettuato per determinare l'importo del contributo.

Tale Banca, come sopra ricordato, offre in esclusiva agli iscritti alla Fondazione una carta di credito gratuita che, oltre alle ordinarie funzionalità di acquisto, consente di pagare direttamente *on-line*, anche con adde-

DICHIARAZIONE PER VIA TELEMATICA

Allo scopo di incrementare la trasmissione per via telematica dei redditi professionali e di accrescere il numero degli utenti che accedono ai diversi servizi offerti dal Portale Internet della Fondazione, nei plichi contenenti i modelli D 2010 personalizzati è stata inserita una parte della password necessaria per la registrazione agevolata all'Area riservata del sito www.enpam.it.

Per ricevere l'altra metà della password al proprio indirizzo di posta elettronica e completare la registrazione agevolata sarà sufficiente compilare il relativo modulo on-line, disponibile sul sito www.enpam.it.

L'inserimento di tale password nei plichi contenenti i modelli D/2009, ovviamente, non ha riguardato gli utenti già registrati. Ad essi, comunque, sono state comunicate le modalità di recupero dei dati necessari per l'accesso all'Area riservata, in caso di smarrimento degli stessi.

Per informazioni riguardanti la registrazione al Portale è possibile contattare: tel. 06.48.29.48.29 – sat@enpam.it

Contribuenti e redditi da dichiarare alla Quota B

Conformemente alle vigenti disposizioni del Regolamento del Fondo di previdenza Generale, sono soggetti a prelievo contributivo presso la Quota B i redditi derivanti dall'esercizio, anche in forma associata, della professione medica e odontoiatrica al netto delle spese sostenute per produrli e tutti i compensi, *anche se equiparati ai fini fiscali ai redditi di lavoro dipendente*, che derivano dallo svolgimento di attività attribuite all'iscritto *in ragione della sua particolare competenza professionale*.

Non è dunque la classificazione fiscale a determinare l'assoggettamento previdenziale dei compensi, bensì la natura della prestazione svolta: tutti gli emolumenti percepiti per prestazioni attinenti alla particolare competenza professionale del medico e dell'odontoiatra non soggetti a prelievo contributivo presso altre forme di previdenza obbligatoria devono essere dichiarati alla Quota B.

Si riportano, di seguito, alcune fattispecie esemplificative di contribuenti alla Quota B del Fondo Generale.

a) Liberi professionisti

I professionisti titolari di partita IVA devono dichiarare alla Quota B i redditi di lavoro autonomo prodotti nell'esercizio dell'attività medica e odontoiatrica (Quadro **RE** del Modello Unico) anche se svolta in forma associata (Quadro **RH**).

b) Associati in partecipazione

I medici e gli odontoiatri associati in partecipazione, qualora l'apporto sia costituito esclusivamente da prestazioni di lavoro, devono dichiarare i relativi redditi alla Quota B (Sez. III Quadro **RL** del Modello Unico, Quadro **D** del 730).

c) Medici convenzionati con il SSN (*medici di base, pediatri di libera scelta, addetti alla continuità assistenziale, all'emergenza territoriale ed alla medicina dei servizi, specialisti ambulatoriali, specialisti esterni*)

I redditi percepiti per lo svolgimento di attività in convenzione con il SSN sono soggetti a contribuzione previdenziale presso i Fondi Speciali ENPAM e **non** devono, pertanto, essere dichiarati alla Quota B del Fondo Generale.

I professionisti convenzionati devono, invece, dichiarare eventuali redditi percepiti per lo svolgimento di attività libero professionale. Qualora non sia possibile imputare le singole spese alle varie tipologie di reddito prodotto (da convenzione e da libera professione) la quota di spese da portare in deduzione può essere determinata in proporzione all'incidenza sul reddito professionale totale delle diverse categorie reddituali.

d) Dipendenti pubblici e privati

I redditi percepiti per lo svolgimento di attività di lavoro dipendente sono soggetti a prelievo contributivo presso l'INPDAP o l'INPS e **non** devono, pertanto, essere dichiarati alla Quota B.

I lavoratori dipendenti possono svolgere anche attività libero professionale *intramoenia* o in regime di *extramoenia*. Con particolare riferimento ai dipendenti pubblici, peraltro, il CCNL di categoria qualifica come "*libero professionali*":

- l'attività a pagamento svolta in strutture di altra azienda del SSN o in altre strutture non accreditate *previa convenzione* con le stesse;
- l'attività a pagamento svolta all'interno della struttura anche al fine di consentire la riduzione dei tempi di attesa;
- l'attività richiesta dall'azienda in via eccezionale e temporanea, ad integrazione dell'attività istituzionale o *al fine di ridurre le liste di attesa* o di *acquisire prestazioni aggiuntive* specie in carenza di organico;
- i servizi di guardia notturna eccedenti gli obiettivi prestazionali dell'Azienda.
- l'attività di *consulenza* richiesta da soggetti terzi all'azienda per lo svolgimento di compiti inerenti i fini istituzionali.

I redditi percepiti per lo svolgimento dell'attività intramoenia ed extramoenia e delle altre tipologie di attività libero professionali previste dal CCNL della dirigenza medica dell'area sanitaria devono essere dichiarati alla Quota B.

Il relativo ammontare deve essere indicato nel punto 2) della parte "B" del CUD rilasciato dall'Azienda Ospe-

I redditi percepiti per attività in convenzione con il Ssn non devono essere dichiarati nella Quota B

I redditi percepiti per lo svolgimento dell'attività intramoenia e extramoenia debbono essere dichiarati nella Quota B

daliera (si ricorda che l'Azienda ha l'obbligo di versare i contributi previdenziali all'INPDAP solo sui redditi relativi all'attività istituzionale).

I professori universitari che, unitamente ai redditi derivanti dallo svolgimento dell'attività istituzionale, percepiscono compensi per attività di ricerca o consulenza svolta sulla base di convenzioni stipulate dall'Università con soggetti terzi, devono dichiarare i relativi compensi alla Quota B (tali somme sono indicate al punto 2 del CUD).

e) Collaboratori coordinati e continuativi e a progetto

I medici chirurghi e gli odontoiatri titolari di contratti "co.co.co" o a "progetto" per lo svolgimento di attività attribuita in virtù della particolare competenza pro-

Riepilogo esemplificativo dei redditi assoggettati alla Quota B

- redditi di lavoro autonomo prodotto nell'esercizio, anche in forma associata, della professione medica e odontoiatrica;
- redditi derivanti da contratti di associazione in partecipazione quando l'apporto è costituito esclusivamente dalla prestazione di lavoro;
- redditi percepiti per lo svolgimento di attività *intramoenia* ed *extramoenia* e delle altre attività libero professionali previste dal CCNL della dirigenza sanitaria medica;
- redditi percepiti per lo svolgimento di attività di collaborazione coordinata e continuativa o a progetto, attribuita in virtù della particolare competenza professionale;
- borse di studio attribuite in virtù della competenza professionale;
- redditi di lavoro autonomo occasionale per attività connessa alla competenza professionale.

Riepilogo esemplificativo dei redditi non assoggettati alla Quota B

- assegni di ricerca, borse di studio per dottorati di ricerca e compensi percepiti per la partecipazione ai corsi di specializzazione;
- redditi percepiti per lo svolgimento di attività in convenzione con il S.S.N.;
- redditi percepiti per lo svolgimento di attività di lavoro dipendente.



fessionale, devono dichiarare i relativi redditi alla Quota B (punto 1 della parte "B" del CUD rilasciato dal datore di lavoro).

Si ricorda che, in tali casi, non trovano applicazione le disposizioni relative all'obbligo contributivo a favore della Gestione Separata INPS (art. 2, comma 26 legge 8 agosto 1995, n. 335) e che nessuna trattenuta previdenziale deve dunque essere effettuata da parte del datore di lavoro.

f) Titolari di borse di studio

I titolari di borse di studio attribuite in virtù delle particolari conoscenze professionali devono dichiarare alla Quota B le somme percepite a tale titolo (punto 1 della parte "B" del CUD rilasciato dal sostituto d'imposta).

Ad esempio, sono soggette a contribuzione presso la Quota B le borse di studio percepite dai partecipanti ai corsi di formazione in medicina generale.

g) Lavoratori autonomi occasionali

I professionisti sprovvisti di partita IVA che svolgono attività di lavoro autonomo occasionale attribuita in virtù della particolare competenza professionale (ad esempio, partecipazione a convegni / congressi, consulenze tecniche d'ufficio) devono dichiarare alla Quota B i relativi compensi al netto delle spese sostenute (Quadro **RL** dell'Unico, Quadro **D** del 730).

V. P.

Polizza sanitaria Enpam prorogata al 31 dicembre

Il 30 giugno scadrà il termine per il pagamento del premio. Sul sito www.enpam.it il nuovo elenco dei Centri Clinici convenzionati.

Tra le modifiche migliorative l'innalzamento dei tetti di rimborso relativi ad alcuni interventi chirurgici eseguiti fuori rete

di **Pietro Ayala (*)**

Il 30/6/2010 scadrà il termine per il pagamento del premio relativo alla polizza sanitaria che, quest'anno, è stata prorogata sino al 31/12/2010. Nelle pagine seguenti è pubblicato il modulo di adesione che potrà essere utilizzato da coloro che devono apportare variazioni

all'adesione espressa lo scorso anno (cancellazione o inserimento o variazione della composizione del nucleo familiare), o da coloro che vogliono aderire per la prima volta.

Il testo delle condizioni di polizza, che avete avuto modo di leggere nel numero precedente della rivista, contiene alcune modifiche migliorative che è stato pos-

sibile inserire sin da questo primo rinnovo quali:

- innalzamento dei tetti di rimborso relativi ad alcuni interventi chirurgici eseguiti fuori rete
- introduzione di un limite massimo di franchigia per tutti gli interventi eseguiti fuori rete (non compresi nell'elenco di quelli con limite di rimborso).

Inoltre, troverete sul sito www.enpam.it il nuovo elenco dei Centri Clinici convenzionati con Unisalute SpA, ampliato rispetto a quello in vigore sino al 31/05/2010.

Il monitoraggio e l'analisi dei risultati della polizza per l'annualità giugno 2009 / maggio 2010 ci consentirà, alla ripresa autunnale, di mettere a fuoco eventuali margini di intervento sulle garanzie attualmente previste.

Non smetteremo, comunque, di ricercare sul mercato soggetti e/o soluzioni utili per consentirci di soddisfare al meglio le esigenze dei nostri iscritti. •

(*) *Vice Direttore generale Enpam*



MODULO DI ADESIONE E AUTOCERTIFICAZIONE Piano Sanitario ENPAM - UniSalute SpA

Da inviare firmato entro il **30/06/10** a: **Fondazione ENPAM - Casella Postale 7216 - 00100 ROMA NOMENTANO**
Periodo copertura: dalle ore 24,00 del **31.05.2010** - alle ore 24,00 del **31.12.2010**, numero polizza **10004762**

DATI ANAGRAFICI TITOLARE

Io/ Sottoscritto/a _____ Codice ENPAM _____
N° tel./cell. _____ Indirizzo e-mail (leggibile) _____

Dichiaro di aver esaminato le condizioni e letto la nota informativa precontrattuale (disponibili anche sul sito www.enpam.it) **relative alla polizza sanitaria**, emessa dalla Compagnia “Unisalute SpA” e stipulata in convenzione con l’ENPAM. In particolare, **dichiaro di conoscere il contenuto del Piano sanitario ed approvare specificatamente le seguenti clausole di polizza: artt. 18a** (Istituzione della commissione paritetica - Deferimento di controversie ad un collegio medico arbitrale); **18c** (Estraneità dell’Enpam da controversie tra Società e Assicurati); **art. 19** (Deroga alla competenza territoriale dell’Autorità Giudiziaria); **art. 20.1** (Tacito rinnovo del contratto in assenza di disdetta entro due mesi dalla scadenza); **20.2** (Risoluzione per singolo aderente per premio non pagato alla scadenza annuale).

Aderisco, pertanto, al Piano Sanitario ENPAM - Unisalute SpA (per il periodo dal 31.05.2010 al 31.12.2010) per l'opzione:

barrare con una X la sottostante opzione prescelta - 1 oppure 2 (a-b-c-d)

☐ 1. Solo Medico: costo € 180,00
Oppure Superstite

☐ 2. Intero Nucleo Familiare

☐ 2a. Medico e 1 familiare: costo € 410.00

☐ 2b. Medico e 2 familiari: costo € 535.00

☐ 2c. Medico e 3 familiari: costo € 605.00

☐ 2d. Medico e 4 o più familiari: costo € 650,00**DATI ANAGRAFICI COMPONENTI NUCLEO FAMILIARE (coniuge e convivente more uxorio/figli conviventi fiscalmente a carico)**

(compilare solo per l'opzione 2a, 2b, 2c, 2d)

Avendo scelto l'opzione 2, **CHIEDO** l'estensione del Piano sanitario ENPAM ai seguenti miei familiari conviventi:

[illegible]

(per la validità dell'adesione, è necessaria la firma che segue)

Per l'attivazione della copertura verserò la somma di € _____,00 (riferita al periodo 31.5.2010 - 31.12.2010) usando il bollettino Mav della Banca Popolare di Sondrio che ENPAM, ricevuta e registrata la mia adesione, mi invierà a mezzo posta. Prendo atto che, **se avrà spedito il presente modulo di adesione entro il 30.06.2010 e pagato il dovuto entro la data indicata sul bollettino Mav**, ENPAM provvederà a versare per mio conto a Unisalute S.p.A. la somma ricevuta e quest'ultima garantirà, a partire **dall'1/06/2010** la decorrenza della copertura assicurativa in mio favore (ed eventualmente a favore dei miei familiari), che scadrà il 31.12.2010

Firma per adesione alla polizza

Luogo e data

AFFINCHÉ UNISALUTE POSSA TRATTARE I SUOI/VOSTRI DATI È NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RIPORTATO DI SEGUITO

Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assicurative e liquidative
(Art. 23 D.Lgs. n. 196/03 - Codice in materia di protezione dei dati personali)

Sulla base dell'informativa allegata, Lei/Voi può/potete esprimere il consenso, valevole per il trattamento dei Suoi/Vostri dati personali, eventualmente anche sensibili, per finalità assicurative e liquidative, apponendo la Sua firma e facendo apporre quella dei Suoi familiari assicurati. Ricordiamo che in mancanza di questo consenso UniSalute S.p.A. non darà esecuzione al contratto assicurativo e/o si vedrà impossibilitata a trattare i dati sensibili per la liquidazione degli eventuali sinistri o rimborsi.

Nome , Cognome e firma dell'iscritto

Nome, Cognome e firma dell'interessato (coniuge o convivente more uxorio)

Nome, Cognome e firma dell'interessato (1 figlio/a)

Nome, Cognome e firma dell'interessato (2 figlio/a)

Nome, Cognome e firma dell'interessato (3 figlio/a)

Nome, Cognome e firma dell'interessato (4 figlio/a)

Consenso al trattamento dei dati personali comuni per finalità commerciali
(Art. 23 del D.Lgs. n. 196/03 - Codice in materia di protezione dei dati personali)

Sulla base dell'Informativa allegata, Lei potrà fornire il suo consenso alle società facenti parte di Unipol Gruppo Finanziario (elencate nell'informativa) per le finalità commerciali indicate al punto 3 (b, c, d) dell'informativa. **Lei è assolutamente libero di non dare il suo consenso e di non firmare la seguente dichiarazione.**

Nome e cognome del titolare di polizza (in stampatello)

Firma dell'interessato



Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti Art. 13 D. Lgs 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali

Gentile Cliente,

per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi in Suo favore previsti Unisalute S.p.A., in qualità di Titolare del trattamento, ha necessità di utilizzare alcuni dati che La riguardano. Ove la copertura sia eventualmente estesa al nucleo familiare, il trattamento potrà riguardare anche i dati dei Suoi familiari e conviventi per le finalità e nei termini di seguito indicati¹.

QUALI DATI RACCOGLIAMO E COME LI TRATTIAMO

Si tratta di dati comuni (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione) che Lei stesso od altri soggetti⁽¹⁾ ci fornisce; nonché di dati di natura sensibile⁽²⁾, indispensabili per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il rilascio della polizza e per la gestione dell'attività assicurativa e, in alcuni casi, obbligatorio per legge⁽³⁾. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio **facoltativo** di alcuni dati comuni ulteriori (recapito telefonico fisso e mobile e indirizzo di posta elettronica) può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio ed eventualmente, ove Lei sia d'accordo, per illustrarLe nuove opportunità commerciali, anche delle società facenti parte di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A.

I dati così acquisiti non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, solo dal personale incaricato dalle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa⁽⁴⁾.

TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI (COMUNI E SENSIBILI) PER FINALITÀ ASSICURATIVE

I dati personali saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti⁽⁵⁾; ove necessario potranno essere utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo⁽⁶⁾ e potranno essere inseriti in un archivio clienti di Gruppo.

I dati personali di natura sensibile (relativi al Suo stato di salute) potranno essere oggetto di trattamento soltanto previo rilascio di esplicito consenso della persona interessata (Cliente o Suo eventuale familiare/convivente) così come richiesto nella specifica sezione della pagina precedente.

I dati personali potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi richiesti od in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa⁽⁷⁾.

Ai fini dell'estensione della copertura assicurativa a favore di familiari/conviventi, alcuni dati anche sensibili relativi alle prestazioni assicurative effettuate a loro favore saranno messi a conoscenza anche del Cliente, quale contraente della polizza, ove necessario per la gestione della medesima polizza, nonché per la verifica delle relative coperture e massimali a disposizione del Cliente e del suo nucleo familiare.

TRATTAMENTO DI DATI COMUNI PER FINALITÀ COMMERCIALI

In una sezione separata Le chiediamo di esprimere uno specifico consenso per il trattamento dei Suoi soli dati **comuni** (compresi recapito telefonico fisso e mobile e indirizzo di posta elettronica) per finalità commerciali: il Suo consenso ci permetterà di utilizzare i Suoi dati per finalità di rilevazione della qualità dei servizi, ricerche di mercato ed indagini statistiche, promozione e vendita di servizi e/o prodotti della nostra Società e delle società del nostro Gruppo⁽⁸⁾ svolte per posta o telefono, con sistemi anche automatizzati, e-mail, fax, messaggi preregistrati e SMS, ed analisi dei prodotti e servizi richiesti.

Il consenso al trattamento dei Suoi dati comuni per tali finalità è facoltativo e il suo mancato rilascio non incide sui rapporti assicurativi in essere.

Esclusivamente per le qui descritte finalità e solo nel caso Lei abbia prestato il Suo consenso, i Suoi dati potranno essere comunicati anche ad altri soggetti - in Italia o all'estero - che li utilizzeranno come autonomi titolari. In particolare, i Suoi dati potranno essere trattati da taluni dei seguenti soggetti: società - anche bancarie - del Gruppo UGF; società specializzate per attività di informazione e promozione commerciale, per ricerche di mercato e per indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti.

Il consenso che Le chiediamo di esprimere riguarda, pertanto, anche gli specifici trattamenti effettuati da tali soggetti.

QUALI SONO I SUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D.Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione.

Titolare del trattamento dei Suoi dati comuni e sensibili è Unisalute S.p.A. (www.unisalute.it), con sede in Via del Gomito n. 1 - 40127 Bologna.

Per ogni eventuale dubbio o chiarimento, nonché per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie di soggetti ai quali comunichiamo i dati e l'elenco dei Responsabili potrà consultare i siti www.unisalute.it o rivolgersi al Responsabile per il riscontro agli interessati presso UGF Assicurazioni S.p.A. con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna - e-mail: privacy@ugfassicurazioni.it.

Note

- Ad esempio, contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.
- Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale. Sono considerati particolarmente delicati anche i c.d. dati giudiziari relativi a sentenze o indagini penali.
- Ad esempio, in materia di accertamenti fiscali, ecc.
- Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.
- Ad esempio, per predisporre o stipulare polizze assicurative, per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie di Unipol Gruppo Finanziario, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; l'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; l'analisi di nuovi mercati assicurativi; la gestione ed il controllo interno; attività statistico-tarifarie.
- Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. ed UGF Assicurazioni S.p.A., cui è affidata la gestione di alcuni servizi condivisi per conto delle altre società appartenenti al Gruppo UGF.
- In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia o anche all'estero (ove richiesto), da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori, mediatori di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; periti, legali; società di servizi, tra cui società che svolgono servizi di gestione e liquidazione dei sinistri (quali le Centrali Operative), servizio di quietanzamento, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta in arrivo e in partenza; medici, strutture sanitarie o cliniche convenzionate da Lei scelti; nonché ad enti ed organismi del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (indicati nell'elenco disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per il Riscatto).
- Le società facenti parte di Unipol Gruppo Finanziario sono: Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. (www.unipolgf.it), UGF Assicurazioni S.p.A. (www.ugfassicurazioni.it), Compagnia Assicuratrice Linear S.p.A. (www.linear.it), Navale Assicurazioni S.p.A. e Navale Vita S.p.A. (www.navale.it), Unisalute S.p.A. (www.unisalute.it), UGF Banca S.p.A. (www.ugfbanca.it), UGF Merchant S.p.A. (www.ugfmerchant.it), UGF Leasing S.p.A. (www.ugfleasing.it), Unicard S.p.A. (www.unicard.it) e BNL Vita S.p.A. (www.bnlvita.it); i recapiti aggiornati di ogni società sono disponibili sul sito web di ogni società.

¹ In caso di polizze per nucleo familiare copia della presente informativa viene consegnata al Cliente ed ai Suoi familiari e conviventi (se maggiorenni).

Visita il sito dell'ENPAM



giornale

www.enpam.it

cerca nel sito

Per i soli iscritti

utente

IN PRIMO PIANO

- Specializzandi: conferma posizione dell'Enpam. I versamenti alla gestione separata dell'Inps dovranno essere effettuati con aliquota ridotta
- Fondo Generale "Quota A": contributi obbligatori per il ruolo 2008
- L'Enpam fa proprio il d.lgs 231/2001 e vara il codice etico

Accedi alle NOTIZIE



Fondato da Folco Parodi

www.enpam.it

ENPAM
Anno IX - n° 1-2007

IL GIORNALE DELLA
Previdenza
dei Medici e degli Odontoiatri

TIME
The Weekly Newsmagazine

L'ENPAM compie 70 anni

COMUNICAZIONE
Che cosa c'è di nuovo

PREVIDENZA
Prospettive e interrogativi

AFRICA
Medici volontari

CONSIGLIO NAZIONALE
Unanimità sui Bilanci

Sportelli self-service nelle sedi degli Ordini

L'Enpam ha consegnato ventisette buste di cui undici in bustarelle e cinque in buste di cartoncino. Una busta contenente informazioni e modulistica per medici e odontoiatri.

di degli Ordini e sportelli self-service nelle sedi degli Ordini. L'Enpam ha consegnato ventisette buste di cui undici in bustarelle e cinque in buste di cartoncino. Una busta contenente informazioni e modulistica per medici e odontoiatri.

Consulta la tua rivista **ONLINE**

Aumentare le pensioni è un atto di giustizia

Insieme ai lavoratori dipendenti sono i maggior contribuenti.

Tassati e con scarse o nulle possibilità
di detrazioni e deduzioni sul reddito imponibile.

La proposta: agire sui tagli operati dal fisco

di Marco Perelli Ercolini (*)

In campo previdenziale una cosa è certa: le pensioni, nell'attualità, sono un semplice impegno debitorio di valuta, ma non di valore.

Anno dopo anno sotto la spinta inflattiva diminuiscono il loro potere d'acquisto e nel giro di un decennio perdono un 30 e più per cento, pur essendo stati versati fior di contributi a valore corrente, in un momento delicato di vita, quando con l'aumento dell'età i bisogni del pensionato sono maggiori per una inevitabile maggior disabilità connessa alla vecchiaia, ciò poi acuito dalla carenza di strutture sociali nella realtà italiana.

La perequazione automatica, che dovrebbe mantenere l'assegno di pensione allo stesso potere di acquisto, sganciata dalla dinamica salariale dei colleghi

in attività di servizio, non è calcolata al 100% ed è agganciata ad un paniere di beni di consumo per lo più non pertinente ai bisogni di vita, molto differenti, della categoria dei pensionati e, pertanto, è molto deficitaria allo scopo.

Ecco perché le pensioni di annata presto diventano pensioni dannate, spesso da fame, svuotate dal loro potere originario di acquisto e il fenomeno si acuirà maggiormente quando tra qualche anno i trattamenti di pensione saranno ridotti all'osso per modalità di calcolo dei rendimenti che vanno sempre di più verso un indice di sostituzione tra ultimo trattamento salariale e primo rateo di pensione ben al di sotto del 50 per cento, iludendo che la pensione integrativa ricca di speranze, ma priva di certezze perché agganciata ai mercati finanziari, possa

essere l'ancora di salvezza economica del pensionato. D'altra parte esistono serie difficoltà economiche degli enti previdenziali perché affrontino adeguamenti monetari delle pensioni al valore corrente (pur avendo incassato, ripetiamolo, contributi a valore reale).

Come, dunque, aumentare le pensioni per mantenerle allo stesso potere economico originario?

Tralasciando utopistiche proposte quale la "tassazione separata per ciascun trattamento di pensione ad aliquote sociali" come è per le pensioni del II pilastro oppure l'introduzione delle detrazioni fisse per pensionati, poco incisiva di fronte alla graduale, ma inesorabile perdita del potere di acquisto dell'assegno di pensione che non trova, per i motivi sopra detti, valida protezione con la perequazione automatica annuale, cosa dunque fare e richiedere di fare?

Unica via agire sui tagli operati dal fisco.

Emerge da alcune elaborazioni effettuate da Nicola Quirino, docente di finanza pubblica all'Accademia

della Guardia di Finanza e alla Luiss, che i pensionati (insieme ai lavoratori dipendenti) sono i maggior contribuenti, tassati o meglio tartassati sino all'osso con scarse o nulle possibilità di detrazioni e deduzioni sul reddito imponibile di pensione, e conseguentemente meritevoli di maggior attenzione ad un sgravio fiscale; infatti, per quanto riguarda i redditi dichiarati dalle persone fisiche nel 1993, i dipendenti pesavano il 56,2%, i pensionati il 19,7%, gli imprenditori il 13,2% e i professionisti il 7,6 e, quindi, dieci anni dopo, nel 2007, il peso complessivo dei primi due è ulteriormente aumentato: i dipendenti pesano il 51,8%, i pensionati il 26,8% (più di un quarto del gettito fiscale), gli imprenditori il 5% e i professionisti il 4,2.

Sarebbe, dunque, un atto di giustizia sociale una defiscalizzazione parziale e graduata in scala crescente in rapporto coll'aumento dell'età (quando maggiori sono le spese connesse all'età, per la maggiore disabilità) dell'assegno di pensione sino ad arrivare alla totale defiscalizzazione dopo l'età massima della cosiddetta speranza di vita e una abolizione dei tagli sugli indici di reversibilità connessi al reddito del coniuge superstite (provvedimento chiaramente connesso ad un reperimento di fondi, peraltro irrisori, che non trova corrispondenza nei calcoli attuariali,

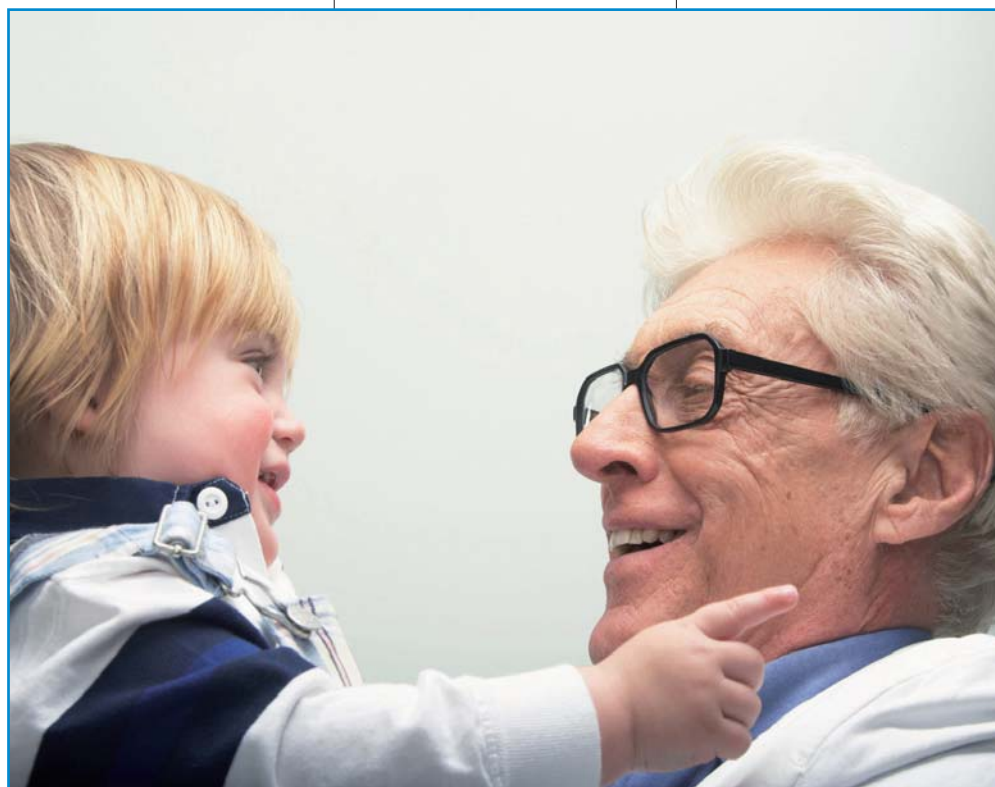
**Le pensioni sono il frutto
della contribuzione versata
dal futuro pensionato
durante tutta la vita lavorativa**

La Corte Costituzionale ha definito la pensione una retribuzione differita nel post lavorativo

ma che incide pesantemente sul coniuge superstite in un momento delicato di vita col carico delle maggiori spese non suddivise su due assegni di pensione) di cui al comma 41, articolo 1, legge 335/95.

Inoltre, riguardo all'istituto della perequazione automatica, andrebbe rivisto il meccanismo della perequazione automatica: calcolo al 100 per cento dell'indice Istat su un paniere dei beni di consumo calibrato alle esigenze dell'anziano e una sua totale defiscalizzazione perché non venga subito tolto con la mano sinistra ciò che si fa finta di dare con la mano destra.

Da ultimo va tenuto presente che le pensioni (non gli assegni sociali, giusto



impegno di solidarietà di uno stato civile che deve trovare la fonte di spesa nella fiscalità) non sono una regalia dello Stato, ma trovano radice nella contribuzione versata dal futuro pensionato durante tutta la vita lavorativa e sono, come definito in passato dalla stessa Corte costituzionale, una retribuzione differita nel postla-

vorativo e, pertanto, è logico che a maggiori contribuzioni ne conseguano più alti corrispettivi di pensione pagati per mantenere una dignità economica in relazione alla propria scala sociale.

Pertanto le pensioni non sono un furto ai giovani, ma un dovuto che deriva dai sacrifici del lavoratore versati a valore corrente

reale per una garanzia economica nell'età postlavorativa.

Purtroppo molto spesso i contributi previdenziali sono stati deviati dagli amministratori per scopi non pertinenti alla previdenza, ma questo non è una colpa del pensionato, che invece ne è la vittima. •

(*) Consigliere Enpam

PROPOSTA DI DEFISCALIZZAZIONE PARZIALE E GRADUATA DELLE PENSIONI

pensione dai 65 ai 70 anni	assegno di pensione defiscalizzato del 20%	imponibile 80%
pensione dai 70 ai 75 anni	assegno di pensione defiscalizzato del 40%	imponibile 60%
pensione dai 75 agli 80 anni	assegno di pensione defiscalizzato del 60%	imponibile 40%
pensione dagli 80 agli 85 anni	assegno di pensione defiscalizzato dell'80%	imponibile 20%
oltre 85 anni	assegno di pensione totalmente defiscalizzato	



Angelo Serio, dopo un breve periodo di attività professionale come pediatra si dedica all'insegnamento universitario. Già professore di Statistica Sanitaria presso l'Università di Roma "La Sapienza", attualmente è coordinatore del Corso Integrato di Statistica e Informatica presso l'Università Campus Biomedico di Roma e docente di Statistica medica ed epidemiologia nel Corso di Metodologia Clinica della stessa Università nell'ambito del quale insegna le applicazioni del metodo statistico nell'attività professionale del medico

Approccio probabilistico alla diagnosi

di Carlo Ciocci

Lei spesso parla di “approccio probabilistico alla diagnosi”: di che cosa si tratta?

L'argomento è importante. Negli ultimi anni l'approccio probabilistico è stato messo in risalto attraverso l'Evidence Based Medicine, definizione che viene spesso erroneamente tradotta in italiano come “Medicina basata sulle evidenze”; in realtà la traduzione corretta dovrebbe essere “Medicina basata sulle prove”. Oggigiorno non è più pensabile che il medico possa adottare le decisioni sulla diagnosi e la terapia in base soltanto al suo intuito, ma è necessario che sia meglio informato e

La conoscenza dell'informatica per un medico è ormai irrinunciabile

quindi che le sue decisioni siano fondate su più ampie basi scientifiche. In proposito si può far riferimento al noto investigatore Sherlock Holmes come è stato fatto in un Convegno sulla Metodologia Clinica che si è tenuto nel mese di ottobre presso il Campus Biomedico: l'autore del personaggio, Arthur Conan Doyle, era un medico e pensò di applicare nel campo investigativo quelli che erano i concetti che sin da allora si ritenevano importanti per la medicina. Ed in effetti che cosa fa un investigatore quando si trova di fronte a delle persone sospettate di aver commesso un reato? Svolge le indagini per acquisire le prove necessarie per individuare i colpevoli. Proprio come il medico, che nel tentativo di diagnosticare le possibili malattie da cui può essere affetta una persona cerca di comprendere il significato dei sintomi e valutare i rilievi clinici

per arrivare ad una esatta formulazione diagnostica.

Se le diagnosi possibili sono più di una?

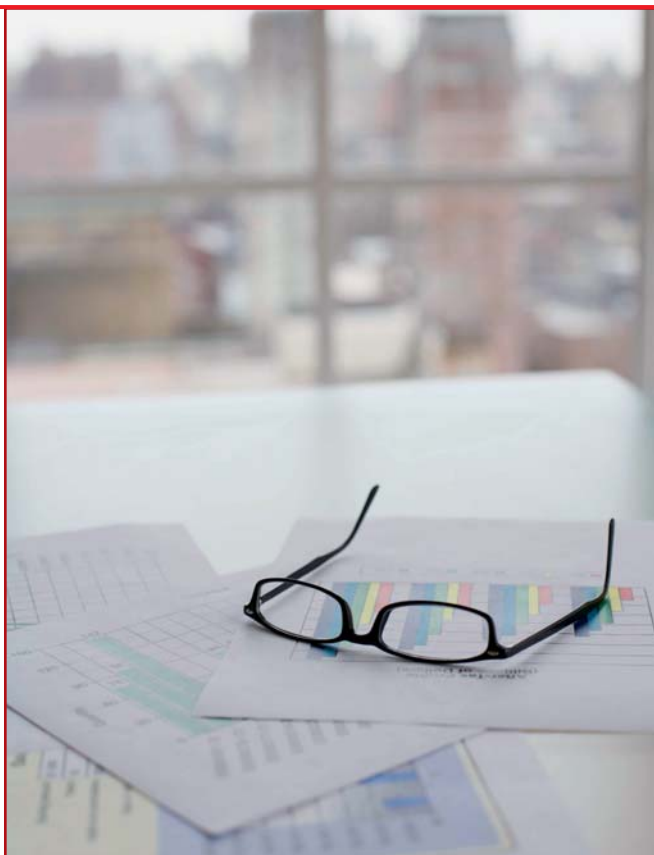
Se un paziente presenta un quadro clinico complesso è ovvio che il medico non può controllare contemporaneamente tutte le patologie di cui il paziente potrebbe essere affetto: impiegherebbe un arco di tempo molto lungo e dovrebbe sottoporre la persona interessata a numerosi accertamenti diagnostici che, a volte, possono anche determinare effetti indesiderati. Chiediamoci, allora, quali sono fra le malattie possibili quelle sulle quali orientare inizialmente gli accertamenti da eseguire.

Il criterio da seguire è quello di valutare quale sia l'ipotesi diagnostica più probabile per quel singolo caso. Una volta il medico doveva basarsi sul suo intuito mentre oggi ha a disposizione le evidenze

scientifiche e in particolare i dati che provengono dall'epidemiologia: è così possibile conoscere la frequenza delle varie malattie in determinate popolazioni e in diverse condizioni – sesso, età, attività lavorativa esercitata, eccetera; in base a queste indicazioni il medico può orientare meglio la sua ipotesi diagnostica verso questa o quella malattia.

Passiamo al “controllo” dell'ipotesi diagnostica?

Si tratta della seconda fase: come l'investigatore deve avere delle prove, così il medico deve effettuare delle indagini per acquisire le prove di conferma della sua ipotesi diagnostica. Ed a questo punto interviene di nuovo la statistica, in quanto bisogna decidere tra le numerose indagini diagnostiche che si possono effettuare quali siano quelle più idonee nel singolo caso. A tal proposito, esistono delle metodologie a carattere probabilistico, che vengono definite con termini quali “specificità” e “sensibilità”, che ci dicono quali sono le indagini diagnostiche preferibili in relazione ad una determinata ipotesi di malattia. Si tratta di un criterio che il medico deve necessariamente seguire. Ma non basta: a questo punto il medico ha a disposizione i risultati delle indagini e dovrà valutarli in maniera critica per non limitarsi a decidere in base ai cosiddetti “valori normali” forniti dal laboratorio che



hanno un significato soltanto orientativo tanto che oggi si preferisce indicarli con il termine: “intervalli di riferimento”. Occorre, quindi, basarsi su un criterio probabilistico e cioè sul concetto di “predittività” e chiedersi di fronte ad un determinato risultato qual è la diagnosi più probabile e formulabile in relazione a quel determinato quadro clinico. Vale a dire se il paziente sia affetto da una determinata malattia oppure no. Ecco, quindi, come le tecniche statistiche possono contribuire ad una formulazione diagnostica più precisa.

Dopo la diagnosi segue la terapia...

In questa fase si sollevano problemi di notevole rilevanza in quanto, una vol-

ta individuata la malattia, ci si trova spesso di fronte a diversi e talvolta numerosi farmaci che potrebbero essere utili nei confronti di quella determinata patologia. Il medico sarà allora costretto a prendere una decisione non facile e stabilire tra le varie possibilità terapeutiche qual è quella più indicata. Secondo l'Evidence Based Medicine il medico non può basarsi soltanto sulle cognizioni acquisite in precedenza, ma deve documentarsi ed aggiornarsi periodicamente. Oggi vi sono molte possibilità in questo senso: ad esempio le “revisioni sistematiche”, studi nei quali vengono esaminate in modo critico le risultanze di tutta una serie di articoli scientifici su di un determinato ar-

gomento. A questo punto sorge un altro problema. La letteratura ci fornisce dati sulle ricerche effettuate ma le ricerche scientifiche si basano oggi tutte sul metodo probabilistico, per cui ad esempio non è possibile la messa in commercio di un nuovo farmaco se non c'è una documentazione statistica che ne dimostri l'efficacia. La ricerca si svolge attraverso vari metodi che sono quello sperimentale, il metodo degli studi osservazionali e dell'indagine epidemiologica. Ognuno di questi metodi deve seguire delle regole che si basano sul calcolo delle probabilità; ma se il medico che legge i risultati di questi studi non ha un patrimonio culturale soddisfacente per questo tipo di informazioni difficilmente riesce ad interpretare correttamente quello che legge negli articoli. Tutto questo presuppone, quindi, che il medico abbia delle conoscenze specifiche ed aggiornate sulla metodologia che si segue nel campo della ricerca in medicina.

Stiamo entrando nel campo della formazione?

Esattamente. Oggi nella maggior parte delle Università italiane l'insegnamento della Statistica, insieme a quello molto importante dell'Informatica, è entrato nell'ordinamento didattico delle Facoltà di Medicina. La mia attuale esperienza, in particolare, si riferisce al Cam-

pus Biomedico di Roma, dove vi sono due fasi di insegnamento della statistica: vi è anzitutto l'insegnamento al primo anno perché si ritiene che lo studente debba acquisire le nozioni di base all'inizio dei suoi studi per meglio comprendere molte delle altre materie; la seconda fase si svolge al terzo anno quando viene insegnata la metodologia clinica che tende a dare al medico i fondamenti della sua attività diagnostica e terapeutica. Nell'ambito di questo corso integrato di metodologia clinica un ruolo importante spetta anche alla statistica ed al calcolo della probabilità.

Accennava al fatto che un ruolo importante lo svolgano anche l'informatica?

La conoscenza dell'informatica per un medico è ormai irrinunciabile ed è stata collegata alla statistica perché si tratta di sistemi per l'elaborazione dei dati. Per sottolineare l'importanza dell'informatica basti ricordare la cartella clinica che per molto tempo e spesso ancora oggi è su supporto cartaceo mentre vi è attualmente la possibilità di utilizzare il cosiddetto fascicolo elettronico che consente una più facile registrazione, archiviazione e reperibilità dei dati sui singoli pazienti. Proprio in ragione di queste considerazioni lo studente in medicina deve oggi necessariamente saper usare correttamente i sistemi informatici. •



Il dottor Tommaso Lubrano è dirigente medico responsabile dell'organizzazione della Day-Surgery chirurgia oncologica universitaria dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria San Giovanni Battista di Torino. Membro del Comitato Fondatore dell'Italian Society of Hernia Surgery, ramo Italiano dell'European Hernia Society (EHS) è membro dell'American Hernia Society (AHS), da cui è segnalato quale Italian Hernia Specialist. È inoltre titolare del sito Internet www.ernia.org

Intervenire sull'ernia con la day-surgery

I fattori età e malattia non costituiscono più un criterio assoluto di esclusione. L'impiego dell'anestesia locale, delle tecniche chirurgiche senza tensione, il dolore post operatorio e il minimalismo protesico

di **Claudia Furlanetto**

Sono trascorsi quarant'anni dall'istituzione negli Stati Uniti dei primi centri di chirurgia ambulatoriale in cui venivano accettati solo soggetti sani per semplici procedure. Oggi è invece possibile impiegare la day-surgery (chirurgia di giorno) in un ampio spettro di patologie tanto da rappresentare un nuovo modello operativo che consente la razionalizzazione dell'attività chirurgica, una migliore gestione delle risorse umane ed il contenimento dei costi sanitari. "La valutazione clinica preoperatoria viene effettuata alla prima visita dal chirurgo, che stabilisce se è possibile intervenire in regime di day-surgery o se è preferibile il ricovero ordinario" – ci spiega il dottor Tommaso Lubrano, responsabile dell'organizzazione

della Day-Surgery Chirurgia oncologica universitaria dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria San Giovanni Battista di Torino. "Attualmente oltre il 50 per cento degli interventi può essere effettuato in day-surgery con dimissione in giornata o dopo una notte di pernottamento (one-day-surgery). Questo tipo di gestione può essere applicato a tutte le branche specialistiche: dalla ginecologia all'ortopedia, dalla oculistica alla dermochirurgia alla otorinolaringoiatria. Nell'ambito della chirurgia generale dalla proctologia alla flebologia, alla chirurgia della parete addominale e della mammella, fino a pratiche laparoscopiche, come la colecistectomia, con ottimi risultati".

Come avviene la selezione del paziente?

Fondamentale è l'accordo

con l'anestesista: in base al sistema di classificazione dell'American Society of Anesthesiologist si dividono i candidati in classi ASA secondo il grado di rischio – che va da 1 a 4 – determinato dallo stato di salute generale del paziente stesso: il numero più basso indica pazienti senza patologia concomitante, il più alto quelli che hanno un rischio operatorio elevato. In day-surgery riusciamo oggi ad operare anche pazienti in classe ASA 2 e 3 purché il compenso farmacologico della patologia concomitante sia buono. Anche gli anziani sono trattabili e l'età non è più una limitazione assoluta.

La vecchiaia non è associata ad una più alta mortalità?

Ogni paziente va considerato singolarmente, ma come già detto né l'età né le eventuali malattie associate rap-

presentano una controindicazione assoluta all'intervento di day-surgery, purché il soggetto sia ben compensato dal punto di vista farmacologico. Il rischio ovviamente è proporzionale all'entità della patologia di base, ai problemi associati, agli anni del paziente. Per questi motivi è importante la selezione e il giudizio di idoneità espresso dal chirurgo e dall'anestesista. Il paziente in day-surgery può alzarsi poco dopo l'operazione e ritornare a casa presto: *get up and go* secondo la terminologia americana. Ciò si traduce in benefici di ordine psicologico, nella riduzione delle infezioni ospedaliere e delle complicanze tromboemboliche, in una rapida ripresa delle proprie attività, oltre che a rispondere a criteri di efficienza razionalizzando risorse umane ed economiche. Con questa gestione è un vantaggio per il paziente in particolare per quanto riguarda l'ernia, visto che l'intervento in day-surgery è possibile con l'impiego dell'anestesia locale. Questo è fondamentale perché il paziente anziano può presentarsi ad esempio con alterazioni della coagulazione dovuta a terapia anticoagulante o antiaggregante per problemi cardiocircolatori: una situazione in cui il più delle volte non può beneficiare di un'anestesia spinale. È comunque possibile che in accordo con l'anestesista si prenda in considerazione in alcuni casi l'impiego di una anestesia generale leggera che permetta la dimissione nel giro di qualche ora.

È possibile operare tutti i tipi di ernia?

In regime di day-surgery o one day-surgery è possibile operare il 90 per cento delle ernie. L'ernia inguinale è quella su cui interveniamo maggiormente vista la sua diffusione: in Italia colpisce dall'1 al 4 per cento della popolazione con 1,5 casi ogni mille abitanti.

Operate molti pazienti anziani?

Non tutti quelli che ne avrebbero bisogno. C'è una certa riluttanza a sottoporsi ad intervento chirurgico in età avanzata. Per questo il 22 maggio abbiamo organizzato, per la prima volta in Italia, una giornata dedicata alla diagnosi e alla cura dell'ernia inguinale sia per informare i pazienti sia per sensibilizzare i medici sulla fattibilità di molti interventi. Incoraggiare un paziente, specie se anziano, a non sottoporsi a chirurgia può anche essere pericoloso. L'ernia ha una causa meccanica. Incide sulla qualità di vita del paziente. Può determinare un peggioramento dei sintomi con possibile rischio di complicazioni quali lo strozzamento e l'oclusione intestinale che imporrebbero un intervento in urgenza per di più in età ancor più avanzata. Oggi i medici di medicina generale rappresentano la prima linea per non incorrere in questo rischio.

Dopo la dimissione che tipo di assistenza riceve il paziente?

Dopo l'intervento il paziente è costantemente monitorato e al momento della dimissione deve aver ripreso completamente tutte le funzioni vitali e motorie con un buon controllo del dolore. Deve poter assumere liquidi per bocca e alimenti, urinare spontaneamente e non avere segni di sanguinamento. L'équipe deve rimanere a disposizione fino al mattino successivo quando si esegue un controllo telefonico per verificare lo stato di salute. È importante dare risposte concrete ai timori del paziente che si presentano nel periodo post operatorio: per questo oltre alla disponibilità di poter parlare con il medico viene consegnata una brochure che chiarisce gli inconvenienti che possono normalmente manifestarsi dopo un intervento chirurgico. Nel caso di ernioplastica ad esempio una modesta ipertermia, un dolore moderato, gonfiore ed ecchimosi della regione inguinale e dei genitali. Dopo una settimana togliamo i punti e controlliamo la ferita. Da questo momento conclusivo il paziente può ricominciare a condurre una vita normale senza più disturbi. In caso di problemi può contattarci ai recapiti comunicati. Peraltro le complicanze ed i risultati della nostra casistica ricalcano le migliori percentuali in campo internazionale.

È questo il nuovo standard di eccellenza: una riparazione con rete sottile, malleabile, di peso ridotto e più tollerabile

Come viene gestito il dolore post operatorio?

Dopo la dimissione il dolore viene controllato con l'assunzione di un blando analgesico. A casa il soggetto deve essere assistito da un familiare nelle prime 24 ore. Stranamente, sotto questo aspetto, sono più i giovani a deludere rispetto agli anziani: la loro soglia del dolore è inferiore e spesso creano più problemi per tornare a casa.

Ed il dolore cronico?

Il dolore cronico è di solito causato dall'intrappolamento dei nervi della regione inguinale. Generalmente è un problema legato alla tecnica operatoria. Per questo quando prepariamo i nostri chirurghi specializzandi, o durante workshop e master, ricordiamo che, ancora prima di riparare l'ernia, durante l'intervento è fondamentale localizzare i nervi per evitare che rimangano intrappolati nella protesi o in una eventuale sutura. Nel nostro Centro comunque impieghiamo metodiche *tension free sutureless*: la protesi non viene stabilizzata con sutura ma viene impiegata una colla biologica di fibrina che permette la precoce deambulazione del paziente dimesso dal day-surgery senza che la toppa si sposti.

Quale tipo di protesi utilizzate?

Per coprire il difetto di parete addominale si impiegano protesi costituite da materiali non riassorbibili o in parte riassorbibili, oppure protesi più leggere di polipropilene che possono riparare con meno intrusione di sostanze estranee. Si tratta del minimalismo protesico. È questo il nuovo standard di eccellenza: una riparazione con rete sottile, malleabile, di peso ridotto e più tollerabile che consente ai giovani e agli sportivi di vivere senza avere la percezione interna di una protesi sintetica, quindi con maggiore comfort e con analoga efficacia. Oggi questo concetto tendiamo a diffonderlo e ad applicarlo a tutti gli altri soggetti.

Prospettive per il futuro?

L'ottimale sarà impiegare una protesi completamente biologica che al momento è utilizzata solo in presenza di uno stato settico, perché molto costosa. Inoltre non abbiamo ancora dati a distanza per poter stabilire che una riparazione con rete biologica sia definitiva come nel caso di quella sintetica, il cui riscontro è più che ventennale. In futuro sarà forse possibile impiegare anche le nanotecnologie cioè strutture che dovrebbero indurre una risposta proliferativa tissutale da parte dell'organismo per costruire una neoparete. La bioingegneria potrebbe finalmente produrre quello che chiamiamo il gold standard di cura, ma dobbiamo anche calcolarne i costi, l'applicabilità e l'efficacia clinica. •



Giustino Varrassi, Ordinario presso la Cattedra di Anestesia e Rianimazione dell'Università di L'Aquila è Presidente dell'EFIC - Europe Against Pain. Nato a L'Aquila si laurea in Medicina e Chirurgia presso "La Sapienza" di Roma, conseguendo la specializzazione in Anestesia e Rianimazione. Attualmente si occupa di Anestesiologia Ostetrica e di Terapia del Dolore presso l'Ospedale S. Salvatore di L'Aquila. I suoi campi di interesse nella ricerca sono il dolore acuto postoperatorio, cronico e dell'anestesia e analgesia in ostetricia e attualmente si occupa dell'uso di oppioidi maggiori nel trattamento del dolore oncologico e non oncologico

Arrivano nuove regole per combattere il dolore

Un tema ancora scarsamente trattato in Europa. Una recente inchiesta ha rivelato che il 20% circa della popolazione ne è colpita e ne soffre. Ma oggi l'Italia ha fatto un passo in avanti grazie all'approvazione della legge 38/2010 sulle terapie palliative specifiche di questa patologia

di Andrea Sermonti

Il dolore è ancora scarsamente trattato in Europa: una recente inchiesta ha rivelato che il 20% circa della popolazione ne soffre in forma cronica. Ma oggi l'Italia ha fatto un passo in avanti grazie all'approvazione della legge 38/2010 sulle terapie palliative e la terapia del dolore. Di fronte al dolore, in Europa, non siamo tutti uguali: esiste un ampio range di prevalenze nella percentuale di soggetti che ne soffrono: dal 11% della Spagna al 31% della Norvegia. "E l'Italia rappresenta un esempio decisamente negativo – sottolinea Giustino Varrassi – con una prevalenza del 26%. Tutto ciò nonostante la disponibili-

tà di farmaci o presidi per il trattamento del dolore sia sovrapponibile tra i vari paesi".

Quali i motivi delle differenze?

Uno di essi è rappresentato dal modello assistenziale con cui il Ssn affronta il dolore sia acuto che cronico. La situazione italiana è stata per molto tempo contraddistinta da uno scarso interesse da parte della medicina al fenomeno "dolore".

Esso è sempre stato inteso come un inevitabile sintomo di molte patologie in cui una qualsiasi forma di lesione dei tessuti avesse come conseguenza la fisiologica risposta rappresentata dal dolore. Pertanto si è sempre pensato che la ri-

soluzione della patologia scatenante avesse, come conseguenza, la risoluzione del dolore stesso. Tale atteggiamento culturale non consentiva di spiegare la cronicizzazione del dolore o alcune forme di dolore in cui la lesione dei tessuti fosse completamente assente. Oggi molti studi scientifici hanno evidenziato, anche se ancora non completamente, che il cervello umano rappresenta un complesso sistema in cui ciò che la medicina tradizionale chiama "dolore" è frutto di 2 antitetici fattori, uno favorente e uno inibente la percezione, e che il dolore che l'uomo ha è la risultante di un meccanismo in cui i fattori influenzanti sono molteplici.

Come si è arrivati a questo "cambio di atteggiamento" nell'affrontare il paziente con dolore cronico?

Sicuramente grazie all'avanzamento delle conoscenze scientifiche sull'argomento, grazie alle quali il dolore è stato accettato come una patologia cronica a se stante e trattato come tale. Una delle conseguenze più immediate di tale cambio culturale è stata la percepita indispensabilità di misurare il dolore. In molti casi di pazienti cronici la patologia che li affligge viene "misurata". Si pensi alle frequenti rilevazioni della glicemia nel diabetico o alle misurazioni della pressione arteriosa nell'iperteso. Ciò è divenuto pratica corrente anche nei malati con dolore, sia acuto che cronico. Solo attraverso una frequente misurazione e segnalazione nella cartella clinica si possono valutare le evoluzioni (e mantenerne memoria) di una patologia tanto importante quale è il dolore.

E dal punto di vista assistenziale?

Il paziente con dolore cronico, in molti paesi prima che in Italia, ha trovato assistenza in centri dedicati in cui il dolore veniva affrontato come una importante patologia cronica e, come tale, veniva seguito con attenzione nelle sue evoluzioni temporali. Ciò ha consentito, ad esempio, la prevenzione o il trattamento precoce delle fre-



universitario discetta ancora su chi debba insegnare una materia tanto importante, nonostante i dati ormai sempre più chiari sulle conseguenze sociali che la patologia “dolore cronico” ha.

Cosa fa in questa direzione l'EFIC che lei presiede?

Fin dalla sua nascita l'EFIC supporta importanti campagne di sensibilizzazione e educazione sul dolore, nel tentativo di ottenere una equalizzazione della situazione Europea. In questa ottica ha supportato una campagna tanto importante come 'Change-Pain' che si prefigge, appunto di modificare l'atteggiamento culturale e assistenziale in quelle nazioni in cui, come in Italia, una nuova cultura di cura o prevenzione delle sofferenze stenta a decollare. •

quenti “ricadute”, tipiche di ogni patologia cronica. Tutto questo in molti paesi Europei ha dato vita ad una ben precisa rete assistenziale in cui il paziente sa di poter trovare alcuni specialisti in grado di lenire le sue sofferenze in maniera efficace. Ma non solo.

E da noi come ci si comporta?

Il vero problema che ha di fatto rallentato la presa di coscienza del fenomeno ‘dolore’ è rappresentato dalla lentezza con cui il sistema educativo italiano ha percepito le novità e le ha trasmesse alle nuove generazioni di addetti alla salute.

Di fatto l'insegnamento della fisiopatologia del dolore è stato per moltissimi anni limitato ad alcune sparse isole universitarie in cui l'appassionato di turno aveva piacere a trasmettere le sue conoscenze agli studenti di medici-

na, piuttosto che agli specialisti. Ciò è stato da tempo sistematizzato in molti dei paesi Europei dove ogni studente ha ricevuto ben precisi insegnamenti su una patologia ritenuta importante. L'Italia, nonostante abbia avuto importanti esperienze

iniziali, ancora oggi stenta a sistematizzare l'insegnamento di questa materia. Ciò ha come conseguenza che, mentre in altre nazioni (inclusa l'Irlanda, la Svezia, la Turchia) esiste già la specializzazione in Medicina del Dolore, il nostro sistema

‘CHANGE PAIN’ LA CAMPAGNA PER SCONFIGGERE IL DOLORE

“Change Pain” è una campagna educativa, internazionale e indipendente, promossa da Grünenthal e supportata da Efic-Europe Against Pain, organizzazione professionale interdisciplinare che opera nel settore della scienza e della medicina del dolore, con l'obiettivo di aumentare la sensibilità e l'attenzione sul tema dolore, attraverso la comprensione dei bisogni dei pazienti e lo sviluppo di progetti e soluzioni volti a supportare gli operatori sanitari impegnati a migliorare la qualità della vita del paziente con dolore. Il progetto, con la sua impronta internazionale, ha l'intento di applicare nei diversi Paesi i più alti standard qualitativi nel trattamento del dolore con il fine di ottenere la migliore diffusione delle best practice nel trattamento del dolore. Parallelamente, il carattere locale di ciascuna campagna d'informazione, ne consente la declinazione in modo mirato delle informazioni per ottenere quei cambiamenti necessari a migliorare il quadro di riferimento locale. L'intento del progetto è quello di facilitare il dialogo tra medici, pazienti e istituzioni sanitarie perché un vero cambiamento può realizzarsi solo con la collaborazione di tutti gli interlocutori coinvolti. In questo contesto si inquadrano le iniziative di informazione, educazione e ricerca capitolari in cui si declina il progetto. Il progetto ‘Change Pain’ è supportato, a livello internazionale dalla Federazione Europea delle Associazioni per lo Studio del dolore (EFIC), la più grande ed importante associazione internazionale e multidisciplinare per lo studio del dolore). In Italia EFIC, FederDolore e Società Italiana di Medicina generale (SIMG) sono partner del progetto “Change Pain”.

Fuga dei talenti?

Si può arginare

Numerosi parlamentari dei due schieramenti sono tra i firmatari della proposta di legge per incentivare il ritorno in Italia di medici, ingegneri e altri professionisti che sono andati all'estero per lavorare.

In Italia situazione critica, specialmente al Sud, dove la disoccupazione intellettuale tocca livelli record

di Orfeo Notaristefano

Exodus. Sì, è un vero e proprio esodo quello che si sta verificando in Italia, Paese dal quale i nostri neo-laureati tendono a scappare. Una situazione drammatica: disoccupazione intellettuale e carenza di infrastrutture colpiscono al cuore il cosiddetto 'sistema Italia', ammesso che si possa ancora parlare di 'sistema'. E il prezzo più alto lo continua a pagare il Mezzogiorno. Ma qualcosa si muove. Sedici deputati dei due schieramenti hanno sottoscritto la proposta di legge 2079. Il testo è all'esame della commissione Finanze della Camera. "Incentivi fiscali per il rientro dei lavoratori in Italia", questo il titolo della

proposta. Si tratta in effetti di un'operazione di controesodo, come avevano chiesto alla politica diverse organizzazioni di giovani laureati. Una volta approvata, la legge introdurrà alcuni meccanismi, così riassumibili: 1) Crediti d'imposta in favore dei cittadini comunitari, che hanno meno di 40 anni di età, con residenza o con lavoro dipendente all'estero da almeno ventiquattro mesi continuativi, che tornano in Italia per essere assunti come dipendenti o per avviare un'attività d'impresa o di lavoro autonomo. La misura del beneficio è maggiore per chi ritorna nelle regioni Calabria, Campania, Puglia, Sicilia, Basilicata, Sardegna, Abruzzo o Molise e, nel caso di avvio di attività autonoma, per le donne; 2) Crediti d'imposta per imprese e per titolari di partita IVA che assumono cittadini comunitari, con residenza o lavoro dipendente all'estero da almeno ventiquattro mesi continuativi, impiegandoli esclusiva-

mente in sedi ubicate nelle regioni del Sud.

La disoccupazione intellettuale e l'emigrazione dei laureati sono due fenomeni particolarmente gravi in un momento di bassa crescita dell'economia e di diminuzione dei posti di lavoro, con casi emblematici di province particolarmente colpite dalla crisi, come Frosinone o Latina, o le province calabresi, per arrivare al caso simbolo di lavoro che c'era e che non c'è più: la Fiat di Termini Imerese, a trenta chilometri da Palermo.

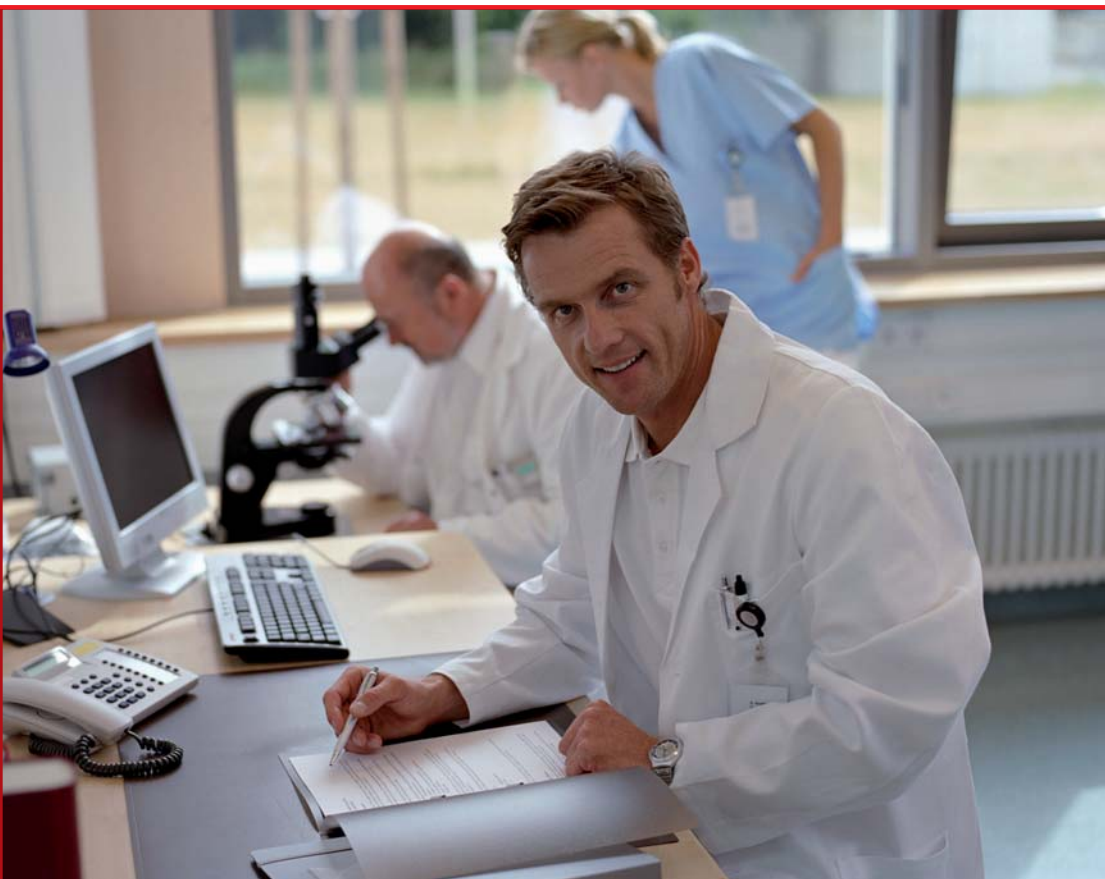
E il presidente della Svimez (Associazione per lo sviluppo nel Mezzogiorno), si è recato il 21 aprile in audizione alla commissione Finanze della Camera proprio per dire queste cose: "A fronte di una progressiva riduzione delle migrazioni delle persone in possesso di un titolo di studio sino alla scuola media superiore, appare in continua crescita il flusso in uscita delle persone in possesso della laurea: si è passati da un saldo negativo di 763 lau-

reati del 1996 ai 2.668 del 2006. Nel complesso del decennio 1996-2006 oltre 43 mila laureati italiani hanno trasferito la loro residenza all'estero a fronte di circa 38 mila che hanno fatto il percorso inverso: il saldo negativo per il decennio è di circa 4.500 laureati".

Il Mezzogiorno continua a spopolarsi

Anche nelle regioni del Sud il movimento migratorio delle persone con titolo di studio sino alla secondaria superiore appare in deciso calo, passando da un saldo negativo di circa 10 mila unità in media nella seconda metà degli anni '90 a circa 3.000 unità del 2005-2006. Ma la quota dei laureati meridionali sul movimento migratorio complessivo, pur mantenendosi ancora inferiore a quello del Centro-Nord (pari al 14,7%), è passata in dieci anni dal 3,7 al 9,7%. L'analisi della Svimez è impietosa, ma purtroppo reale: "I trasferimenti di residenza, i flussi in uscita dal Sud verso il Centro-Nord si sono attestati intorno alle 120 mila unità nel biennio 2004-2005, per poi continuare a crescere, seppur lievemente, nel successivo biennio 2006-2007. Mentre i trasferimenti dal Centro-Nord al Mezzogiorno negli ultimi venti anni sono rimasti sostanzialmente stabili - nell'ordine delle 65 mila unità, e segnati da rientri di persone in età pensionabile o giova-

**Nell'arco
di 15-20 anni
potrebbero venire
a mancare al SSN
ben 64mila medici**



ni al termine del ciclo di studi – tra il 1997 e il 2007 oltre 600 mila persone hanno abbandonato il Mezzogiorno. Ma la cosa più rilevante è che la gran parte di quanti si spostano è costituita da forza lavoro giovane e ad elevata scolarità, laureati con 110 e 110 e lode.

I saldi negativi posti in evidenza dalla Svimez riguardano ovviamente le possibilità di lavoro per i neo-laureati e non le possibilità, invece auspicabili, di studiare in Italia e all'estero, al fine di conseguire una preparazione professionale più vasta e più completa. Se i nostri giovani studiassero effettuando anche esperienze nelle Università europee o americane questa sarebbe

cosa buona e giusta, specialmente per i medici, la cui formazione acquisterebbe così respiro internazionale.

Per i medici è essenziale il rapporto tra formazione e mondo del lavoro

Il problema è, invece, che anche i “camici bianchi” sono interessati ai fenomeni migratori, stante in Italia una situazione zeppa di contraddizioni: da un lato si stima che oltre 15 mi-

la medici operanti in Italia provengono dall'estero, dall'altro si stima che nell'arco di 15-20 anni potrebbero venire a mancare al SSN ben 64 mila medici, sui 366 mila attualmente iscritti agli Ordini. Ma, a fronte di questa realtà, stridono poi i dati relativi ai giovani medici, che fanno fatica a entrare nel sistema sanitario. Temi e problemi ben presenti alla Fnomceo, che, a settembre scorso, in un workshop te-

nutosi a Bari, ha concentrato l'attenzione sullo stato reale della formazione, vero nodo cruciale per le prospettive della professione medica in Italia. “Formazione pre-laurea e specialistica, individuazione dei fabbisogni medici e odontoiatri”, questo era il tema a Bari. L'indicazione strategica di Amedeo Bianco, Presidente Fnomceo, è: “Il bilancio del workshop è più che altro un “rilancio” in avanti dei temi e dei valori approfonditi a Bari. Abbiamo centrato il problema, il rapporto tra formazione e mercato del lavoro per noi è essenziale. Chi si laurea in medicina può solo fare il medico, non ha altre carte da giocare, allora davvero non si deve sbagliare. Selezione, formazione, avvio al lavoro, formazione successiva: non si può sbagliare in tutto questo. E la Federazione non lo dice in una logica statalista e dirigista, ma nel senso della salvaguardia del patrimonio vero di questa professione”.

“Questo obiettivo lo si raggiunge solo se c'è la convinzione che ogni pezzo del sistema da solo non ce la può fare”, ha concluso Bianco, “Allora davvero lo spirito con cui vogliamo muoverci da questo workshop è la cooperazione tra gli attori. Per rispondere a chi ha la vocazione di fare il medico e di chi, la società tutta, da noi medici, si attende un profilo fortemente umano e autorevolmente scientifico”. •

SE È CONDIVISA, LA PROPOSTA DI LEGGE PUÒ PASSARE IN TEMPI BREVI

La proposta di legge ha come primo firmatario Enrico Letta del PD. Tra gli aderenti all'iniziativa Maurizio Lupi del PdL. Nino Novacco è il presidente della Svimez.

Senior tra balli e “sballi”

di Antonio Gulli

La notizia lascia sicuramente sbalorditi. Da stime pubblicate dalla Società italiana di Psicogeriatrics risulta che attualmente 10 mila anziani fanno uso di cocaina, marijuana e anfetamine. A questo numero si aggiunga il milione e mezzo che sono a rischio alcolismo.

Scriva il professor Marco Trabucchi – presidente della Società italiana di Psicogeriatrics – che rispetto all’anno passato, complessivamente, tale fenomeno ha avuto un incremento del 10 per cento. Secondo questo Istituto la droga, l’alcol e i farmaci mettono a rischio due milioni di nostri connazionali over 65 con una stima di crescita – hanno detto gli esperti riuniti per il X Congresso della Società Italiana di Psicogeriatrics – di un terzo entro i dieci anni. Ma chi sono gli anziani che si trovano all’interno di questa condizione a rischio? E quali possono esserne le ragioni? È ingenuo pensare di poter offrire una fotografia nitida dell’ultra sessantacinquenne che “sniffa” della coca o fuma marijuana come immaginare di dettagliarne le cause. La complessità del sistema sociale e le singolarità del vissuto di ognuno rendono impossibile qualsiasi risposta definitiva. I profili non possono che risultare sfumati, quanto inaspettata l’informazione su cui si sta portando la riflessione. Ma come? Ci si può chiedere: non erano i giovani che facevano queste cose? Di fatto, a leggere le relazioni che hanno per oggetto le caratteristiche dei tossicodipendenti presi “in carico” dai diversi servizi, questa convinzione non è priva di fondamento. In sostanza, da quello che risulta dalle strutture pubbliche, è vero che i tossicodipendenti hanno qualche anno in più rispetto agli utenti di qualche anno prima, ma la media dell’età non supera i 32 anni. Per completare l’informazione su questa parte di società meno fortunata si può aggiungere che questi sono prevalentemente maschi (5,4 per cento per ogni femmina); che il 66,4 per cento risulta celibe/nubile; che l’8 per cento è separato o divorziato; che tra gli stranieri per nascita il fenomeno presenta un incremento dell’8,4 per cento. Il 34,9 per cento dichiara di avere una occupazione stabile (cfr., Bollettino tossicodipendenze, rivista dip. di Epidemiologia, Regione Lazio, n. 2;2010). Dunque chi sono que-

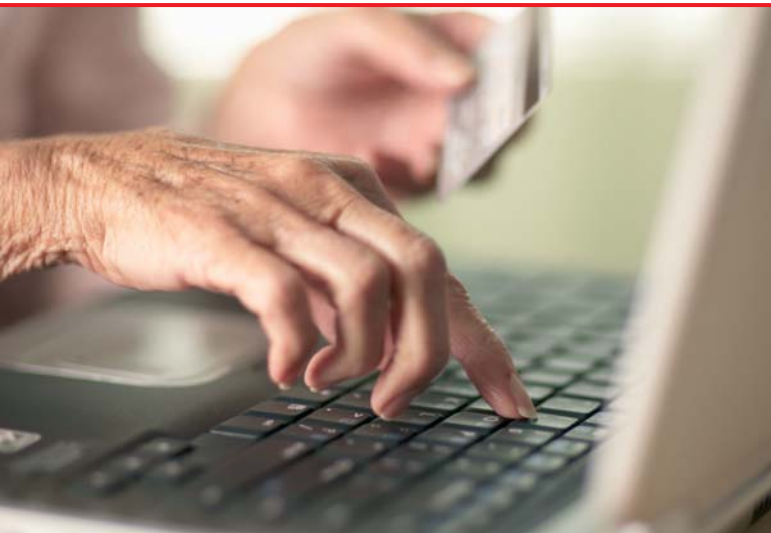
sti senior che utilizzano marijuana, anfetamina e cocaina? Epigoni sociali del tempo della “gioventù bruciata”? Se risaliamo alla coorte generazionale – ovvero alla decade di nascita – tale risposta può apparire convincente.

Ma il fenomeno sociopatologico denunciato deve allarmare, sia perché sembra in aumento, sia perché presto gli stessi medici potrebbero trovarsi di fronte a problematiche di questa natura.

Partendo dalla prima domanda (chi sono?), sembra che sostanzialmente i senior più interessati al fenomeno siano di sesso femminile, anche se gli uomini non risultano proprio – specialmente in relazione all’abuso di alcol – marginali. E le ragioni? Tante e diverse. Tra queste – ci fa leggere il professor Trabucchi – si può menzionare la crescita del “fenomeno delle separazioni tra i coniugi anche in età avanzata, evento nuovo che ha effetti devastanti sulla psi-

**Si può affermare senza grandi dubbi
che se la società è invecchiata,
la vecchiaia sembra ringiovanita**





che dell'anziano, in particolar modo della donna. Le anziane casalinghe bevono molto, quando non hanno interessi familiari e sono sole, e fanno spesso un uso inappropriato o eccessivo di analgesici oppioidi, ansiolitici e sedativi. Gli anziani finiscono per prendere sempre più medicinali, in un incremento esponenziale che deriva anche dalla necessità di placare le ansie dovute alla solitudine e alle difficoltà economiche. Molti aumentano le dosi e fanno scorta di medicinali, sfuggendo di fatto al controllo del medico". A questo fenomeno si aggiunga un altro aspetto non meno capace di spiegare il tasso di rischio – tutto al femminile – di cadere vittime delle droghe. Molto spesso le over sessantacinque devono sopportare il peso della custodia e del "prendersi cura" dei propri familiari più anziani. I dati riguardo a questo ultimo aspetto sono interessanti. Dalle stime risulta che sono circa due milioni gli italiani che assistono un parente anziano non autosufficiente e che questa cifra sembra aumentare di 50 mila unità all'anno. Ben 400 mila di queste figure, tra l'altro, oltre ad occuparsi di chi è più anziano e non autonomo, si prende cura e ha responsabilità anche di altri. A conti fatti, queste "figlie multiruolo" si trovano a vivere – stimando le ore di impegno offerte in questi compiti – una vita colonizzata per una durata di quasi 8/10 anni.

"La vecchiaia ci appare come l'età della perdita delle forze, del potere, del prestigio, del riconoscimento, della destrezza fisica, della bellezza, degli amici e dei parenti, del lavoro, del benessere economico, delle opportunità sessuali", scrive Silvio Fasullo – riportando alcuni contributi pubblicati nel 1998 – sul numero uno di quest'anno del mensile *Psicogeriatría*. In effetti, "se si esclude la rassegnazione (che consente una tattica di accomodamento fatto di ritrosie e di ritirate in minimi spazi di 'libertà sorvegliata', conquistati con un paziente rituale di mosse e di finte opposto al dilagare del nuovo, sempre più anonimo ed uniforme), il vecchio ha solo una manciata di possibilità: la depressione (per l'inevitabile trascorrere del tempo

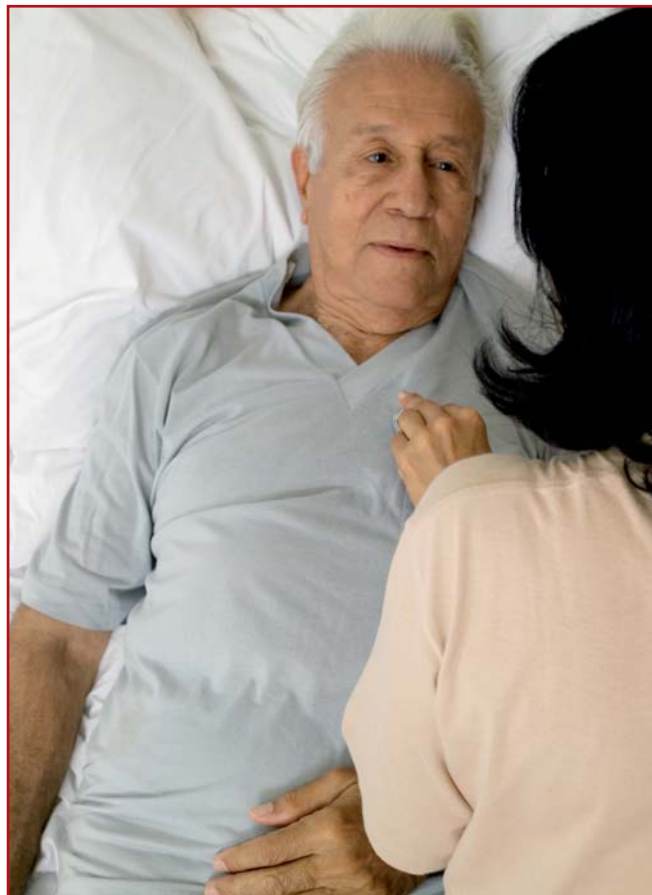
che "è dintorno con le forze"), l'ipocondria, la paranoia, la rabbia da mettere nelle richieste che lui, ormai helpless (impotente), pone a quelli che si occupano di lui" (Fasullo S, 2010:33). Ma è proprio così? Ed è così per tutti coloro che superano una certa soglia di età? Lo stesso studioso richiamato in queste righe iniziali ci dice – proprio a partire dalla propria esperienza e sensibilità clinica – che anche quando ci troviamo di fronte a comportamenti molto regrediti comunque tale comportamento è l'espressione di un'attività che sa esprimere volitività e forte senso di perseguimento di uno scopo. A supportare il fatto che gli anziani perseguono lucidamente più finalità e mettono in atto comportamenti significativi ci pensano anche i dati provenienti, per esempio, dall'uso del proprio tempo libero. Quindi, a leggere questi altri dati, chi pensa ai nostri senior – ovvero a quei nostri concittadini over 65 – come individui che hanno abbracciato la via del tramonto deve assolutamente ricredersi. E questo a quanto riporta la stampa – sembra tanto più vero nel nostro Paese. In Italia, infatti, si trovano gli anziani più in forma d'Europa. Attualmente rappresentano il 20,1 per cento della popolazione e hanno una speranza di vita pari a 78,8 anni per gli uomini e a 84,1 per le donne. Si può affermare senza grandi dubbi che se la società è invecchiata, la vecchiaia sembra ringiovanita. Le informazioni offerte dalla Federazione degli agenti di viaggio (Fiavet) ci dicono che circa il 43 per cento dei senior naviga e organizza le proprie vacanze e il proprio svago tramite Internet; non sceglie, come si può immaginare, luoghi dove ci si può annoiare quali le terme o le colline. Per lo più si dirigono verso mete esotiche o si sfidano in robuste passeggiate montane. Se la condizione economica lo permette, fanno vacanze che superano i 14 giorni e puntano, più che al riposo, al divertimento. Insomma, più di quattro su dieci – l'Istat ne stima quasi 12 milioni – si presentano curiosi e girovaghi. Naturalmente queste caratteristiche sono condizionate fortemente non solo dalla possibilità economica ma dal livello di istruzione posseduto e dallo stato di salute. Per tornare al dato preoccupante indicato all'inizio, probabilmente, affinché i servizi per tossicodipendenti non debbano registrare tra le loro utenze nel loro prossimo futuro una parte di senior, è utile sia rivedere e sostenere con maggiori risorse il nostro modello di welfare che promuovere – a livello culturale – un modello sociale di anziano non più in competizione con i ventenni. •

La complessità del sistema sociale e le singolarità del vissuto di ognuno rendono impossibile una fotografia nitida dell'ultra sessantacinquenne

Invecchiamento, necessita un'evoluzione della medicina

di Fernando Santarelli (*)

L'attuale Scienza medica ha preso in considerazione il fenomeno dell'invecchiamento in base a principi e leggi delle Scienze tradizionali, come la Chimica Biologica, la Fisiologia, la Citologia, l'Istologia, la Genetica, ed altre, tutte scienze che prendono in considerazione un particolare aspetto dell'organismo umano, ma certamente non in grado di pronunciarsi in merito all'aspetto "organizzativo" che pur rappresenta il corpo umano. In base alle predette Scienze tradizionali, la Scienza Medica moderna ha dato il suo contributo scientifico proponendo la necessità di contrastare i "radicali liberi" che sono determinati dallo stesso invecchiamento, conseguendo l'importante risultato di un prolungamento della vita umana di circa venti anni. Tuttavia, non contrastando la "causa fondamentale dell'invecchiamento" rimasta ignota, l'organismo umano ha subito un ulteriore "invecchiamento" della sua organizzazione con aumento delle "classi anziane" ed intuibili conseguenze sul futuro della Specie. Diventa per tanto scientificamente e moralmente necessario proseguire nella ricerca della "causa fondamentale dell'invecchiamento"



to" rimasta finora ignota, possibilmente in base ad una nuova considerazione non già "statica" ma "dinamica" del fenomeno della vita dell'organismo, come chiarito in seguito. L'aspetto dinamico risulta evidente in quanto il fenomeno della vita si presenta con caratteristiche ben distinte nel corso del tempo, per cui si è soliti distinguere un periodo della giovinezza, della maturità e dell'invecchiamento. Ciascuno dei quali caratterizzato da una differente "efficienza cellu-

lare" che risulta massima nel periodo giovanile per successivamente diminuire nelle maturità e nel periodo "involutivo" dell'invecchiamento. Poiché l'"efficienza cellulare" è la caratteristica più rilevante nell'ambito "organizzativo" al fine di conseguire un ulteriore chiarimento sul fenomeno dell'invecchiamento, si ritiene necessario inquadrare la ricerca scientifica nell'ambito di una Scienza dell'organizzazione come l'Economia Biologica, ovvero l'Economia applicata

al fenomeno della vita cellulare. Tale inquadramento si ritiene della massima importanza soprattutto dopo la scoperta, nel 1953, da parte di Watson e Click, del DNA quale fattore programmatico ed organizzativo della vita di tutti gli esseri viventi animali e vegetali del nostro Pianeta; nonché successivamente con l'esperimento della pecora Dolly, la dimostrazione della possibile "qualità immortale" del DNA perché duplicabile.

Medicina Curativa, Medicina Evolutiva ed Economia Biologica

Si deve obiettivamente rilevare che, in base alle attuali conoscenze mediche, la Scienza Medica moderna ha svolto un ruolo essenzialmente "curativo" delle differenti malattie.. Anche in merito al fenomeno dell'invecchiamento ha dato il suo contributo combattendo i "radicali liberi" che sono "effetto" dell'invecchiamento, consentendo un incremento della durata della vita umana di circa venti anni.. Tuttavia, non contrastando la "causa fondamentale dell'invecchiamento" che richiede una considerazione dell'organismo umano a livello cellulare come in seguito precisato, l'invecchiamento non viene arrestato. Perciò dopo le due importanti scoperte relative al Dna è possibile combattere l'invecchiamento a livello cellulare in quanto l'invecchiamento è fenomeno strettamente collegato con



l'impossibilità della "duplicazione cellulare" al raggiungimento del completo sviluppo dell'organismo. Duplicazione cellulare strettamente collegata alla duplicazione del Dna contenuto nel nucleo cellulare. Dna che dimostra la sua qualità immortale alla condizione, già rilevata, di continua "duplicazione" fino al raggiungimento del completo sviluppo dell'organismo. Nell'ambito dell'organismo umano che si presenta costituito da parecchi milioni di cellule, al fine di precisare una possibile terapia contro la "causa fondamentale dell'in-

**Terapia in grado
di contrastare
la causa
fondamentale
dell'invecchiamento**

vecchiamento" che valorizzi al massimo le due importanti scoperte relative al Dna, si ritiene necessario inquadrare la "ricerca scientifica" nell'ambito di una Scienza dell'organizzazione come "l'Economia biologica", ovvero l'economia applicata al fenomeno della vita cellulare. In base al principio economico dell'efficienza a livello "cellulare" e conseguentemente per l'intero organismo, si può rilevare che l'efficienza risulta massima nel periodo "gio-

vanile" mentre diminuisce gradualmente nel successivo periodo involutivo "dell'invecchiamento". Poiché la "massima efficienza" si consegue al raggiungimento del "completo sviluppo" dell'organismo, risulta evidente che nell'impossibilità di ulteriore crescita e conseguentemente nell'impossibilità della duplicazione cellulare, risiede la "causa organizzativa fondamentale" del successivo periodo "involutivo" dell'invecchiamento.

Infine, sempre in base all'Economia biologica, è possibile rilevare che i molteplici organi sono costituiti da popolazioni cellulari che, in base alla durata della loro funzione nell'organismo ed in base al principio economico della "specializzazione" e la ben nota classificazione del Bizzozzero, tuttora sostanzialmente valida, possono di-

stinguersi popolazioni di cellule "perenni", "labili" e "stabili". Le cellule "perenni" come le cellule nervose e dei muscoli striati permangono nell'organismo per tutta la vita. Le cellule "labili" come quelle del sangue si rinnovano continuamente e perciò non rimangono nell'organismo. Infine le cellule "stabili" come quelle del fegato, pancreas, muscoli lisci, connettivi come le membrane e le ossa con forma propria, invece si duplicano e si accrescono sino al raggiungimento del completo sviluppo e quindi della dimensione, morfologia, funzionalità più conveniente "economicamente" per l'organismo.

Poiché la migliore efficienza cellulare è strettamente legata alla possibilità di continua "duplicazione" della cellula e del relativo Dna, qualsiasi riduzione del ritmo di duplicazione comporta una deficiente efficienza e quindi il processo "involutivo" dell'invecchiamento che inizia con la riduzione della "duplicazione" delle cellule "stabili" al raggiungimento del completo sviluppo dell'organismo.

Per i nessi di interdipendenza biologica, la minore efficienza delle cellule "stabili" si estenderebbe alle cellule "labili" e "perenni" determinando l'invecchiamento dell'organismo nel suo complesso.

Possibile terapia per una conseguente longevità

Per valorizzare le due importanti scoperte già citate

all'inizio si rende necessaria una terapia in grado di contrastare la "causa fondamentale dell'invecchiamento" che risiede nell'impossibilità della duplicazione delle cellule "stabili" quando viene raggiunto il completo sviluppo dell'organismo. La mancata duplicazione delle cellule "stabili" determina il loro "invecchiamento" per cui si rende necessaria la loro eliminazione onde creare "spazio" necessario per nuove giovani cellule "stabili". Al fine di "individuare" le cellule "stabili" invecchiate, sarà necessario l'impiego di specifici "anticorpi monoclonali" che indirizzeranno sulle predette, per la loro eliminazione, le naturali cellule "killer" e "macrofagi" del sangue, creando "spazio" per nuove giovani cellule "stabili". Si fa presente che la predetta terapia sperimentale è in corso di attuazione con la collaborazione di un istituto universitario di ricerca. Di rilevante importanza richiamare l'attenzione della comunità scientifica sul problema dell'invecchiamento e sulla odierna possibilità di contrastarlo valorizzando le due importanti scoperte relative all'immortalità del Dna, citate all'inizio. In particolare l'attenzione della Scienza medica per un suo specifico contributo. •

() Presidente Associazione italiana ricerca prevenzione terapia invecchiamento*

L'isolamento emozionale degli uomini maltrattanti

Il ruolo dei valori culturali, dei miti maschili e dello stereotipo nella violenza di genere. La mancanza di comunicazione emotiva con la donna. I programmi di trattamento per gli autori di violenza

The screenshot shows the homepage of the 'Centro di Ascolto Uomini Maltrattanti'. At the top, there is a navigation bar with links: 'Benvenuti al Centro ascolto uomini maltrattanti', 'Informazioni per uomini', 'Aiuto e sostegno per donne e bambini', 'Sei preoccupato/a per la sicurezza di qualcuno', 'Sei preoccupato/a del comportamento di qualcuno', 'Indicazioni per operatori', 'Come puoi sostenere il progetto', 'Materiale da scaricare', and 'Chi siamo'. Below this, the main content area is divided into sections. On the left, there are links to 'Il Centro di ascolto uomini maltrattanti', 'Opuscolo di auto aiuto', 'Campagna del Fiocco Bianco', and 'Test sui comportamenti controllanti'. In the center, there is a list of services offered, each with a hand icon: 'Uomini che stanno riflettendo sui propri comportamenti, sulla rabbia, su problematiche relazionali e sulla genitorialità e hanno bisogno di aiuto e sostegno.', 'Donne che stanno subendo violenza da un partner maschile, marito, compagno', 'Persone preoccupate da come viene trattata una donna o dei bambini da un compagno, marito, padre', 'Persone preoccupate dall'uso di violenza fatta da una persona conosciuta', 'Operatori che aiutano uomini, donne e bambini in situazioni di violenza domestica', and 'Persone che vogliono sapere come partecipare o sostenere il Centro di ascolto uomini maltrattanti'. On the right, there is a box with the 'Numero Cellulare 339-8926550' and the hours 'Orari: Mar 9 - 17 / 19 - 22, Mer 9 - 14, Gio 9 - 12'. At the bottom, there is a footer with 'Home | Contatti | Links' and a small section for 'ShinyStat' showing 'Visite tot. 1807'.

Il sito Web del Centro di ascolto per uomini maltrattanti, www.centrouominimaltrattanti.org

di Lina Vita Losacco

Il rapporto Eures-Ansa 2009 sull'*Omicidio volontario in Italia*, pur descrivendo una riduzione complessiva degli omicidi nel paese, getta l'allarme sull'ambiente domestico quale luogo in cui si verifica un assassinio ogni due giorni per mano di un familiare. In prevalenza le vittime sono donne: 119 sono state nel 2009 e 112 nel 2008 e tra esse una buona percentuale riguarda donne con un disagio fisico

o mentale (che tra l'altro è spesso conseguenza della violenza domestica). Così che, al contrario di quanto si potrebbe pensare, di fronte allo stato di disabilità della vittima, *invalidata* nel suo ruolo femminile di accudimento e bisognosa di continua assistenza, il marito (o il figlio) reagisce con ulteriori violenze che in molti casi sfociano in un omicidio. Maria aveva 65 anni e da circa dieci anni era finita sulla sedia a rotelle per i maltrattamenti subiti dal marito; ri-

masta vedova, viveva con il figlio di 27 anni dal quale veniva percossa frequentemente; in seguito all'ultima aggressione era stata condotta al pronto soccorso dove le avevano riscontrato ecchimosi sul volto e sulle gambe, lesioni pregresse sul collo e segni di bruciature sulle braccia. Interrogato dagli investigatori il figlio della signora Maria aveva riferito: "Ero stanco, avevo bevuto, non ricordo [...] può darsi che le abbia dato qual-

che calcio nelle gambe ma niente di che [...] e poi lei è insopportabile con le sue continue richieste, alza la voce e mi insulta davanti a tutti, anche ai miei amici, facendomi fare brutta figura, sì ... mi insulta per farmi arrabbiare". Maria aveva raccontato che più volte suo figlio l'aveva minacciata che prima o poi "l'avrebbe buttata di sotto".

Anche il figlio di Maria le aveva prese da piccolo e sin da adolescente aveva iniziato "a restituirla" a sua madre, ai suoi compagni di scuola, a chiunque gli "creasse problemi". Nel corso degli anni era stato denunciato più volte per vari illeciti e pestaggi e ai giudici aveva dichiarato che quando rubava e faceva uso di sostanze o picchiava si "sentiva onnipotente" ("Solo così mi sento forte come mio padre e non lo vedo più onnipotente!").

Numerosi sono i bambini picchiati, abusati, umiliati, che crescono nella solitudine affettiva privati dell'aiuto di un adulto-guida che potrebbe aiutarli ad elaborare il vissuto traumatico e la sofferenza provata; una possibile conseguenza è giungere a "tollerare" gli atti crudeli subiti dalle figure genitoriali (in genere la figura paterna) e diventare "difensori del male" (A. Miller 2005)(1). Forse l'obiettivo inconscio è cancellare le umiliazioni subite e negate nell'infanzia con la speranza che fugare il proprio vissuto e reprimere le proprie sofferenze renda *onnipotenti*, un po' come volersi convincere che "quel

(1) Miller A. *La rivolta del corpo*. Raffaello Cortina editore; 2005.

che non sappiamo o non ricordiamo non può farci male". In realtà la *cecità emotiva* autodistrugge o distrugge il prossimo: si finisce con l'ammalarsi a meno che non si faccia pagare il prezzo delle proprie negazioni ad altri. "Se un trauma ripetuto nella vita adulta mina una personalità già formata, quando accade nell'infanzia forma e deforma la personalità", sostiene J.L. Herman(2). Una violenza subita nell'infanzia potrebbe essere dunque un fattore di rischio di un comportamento violento nell'età adulta; si tratta però di una casistica comunque limitata. Come infatti aggiunge la stessa J.L. Herman: "Il legame tra l'abuso infantile e il comportamento adulto antisociale è relativamente debole", mentre più frequente è il legame con comportamenti di autolesionismo. Non solo, il trauma "sembra amplificare gli stereotipi comuni di genere" (*ibidem*). Così che la struttura maschile che tradizionalmente racchiude il ruolo di padre-padrone, a seguito del trauma potrebbe protendere alla violenza e riproporre, attraverso il ruolo dell'aggressore, le proprie esperienze infantili. Per le donne invece, più inclini secondo gli stereotipi al senso di colpa e ad accentrare su di sé la responsabilità degli eventi, ci sarebbe il rischio di un'ulteriore vittimizzazione: l'aumento del loro stato di vulnerabilità le esporrebbe al rischio di ulteriori violenze o di automutilazioni (Carmen, Rieker, Mills, 1984).

Ma chi sono gli uomini che applicano rigidamente gli stereotipi? Perché gli uomini aggressori si appoggiano rigidamente su valori culturali e sui miti maschili che stabiliscono *come deve essere l'uomo*?

Diversi uomini intervistati hanno dichiarato di non aver mai avuto una comunicazione emotiva con una donna: "Crescendo mi è stato insegnato un modo di fare arrogante...ero persino convinto di essere un *dono divino* per le donne!"; oppure sono sposati con una donna di cui conoscono solo "l'idea che mi son fatto di lei", nonostante i lunghi anni di convivenza.

Generalmente i maschi vengono "tirati su" duri, forti, orientati a far carriera e soldi, "educati" a non dover esprimere sentimenti ed emozioni ma *razionalità*, destinati a riprodurre l'immagine di "vero uomo". E mentre le femmine tendono a *sentirsi in colpa per i loro fallimenti*, i maschi imparano a "portare fuori da sé" la responsabilità dei propri atti, ricorrendo alla violenza per la gestione dei conflitti. L'adesione all'immagine di uomo forte, nel caso degli uomini violenti, è più rigida e inflessibile. Ad esempio nei casi in cui le donne decidono di interrompere la relazione, l'uomo si sente rifiutato e perdente ma, nel rispetto dei canoni della mascolinità che non ammette *debolezze*, tende a *negare* e nascondere l'insicurezza e la dipendenza, diventa geloso e per *rafforzarsi* aumenta il

controllo e la *sottomissione* della moglie/partner e dei figli, ricorrendo alla violenza psicologica, fisica o sessuale e, cosa ancor più grave, minimizza gli atti violenti e soprattutto gli effetti e le conseguenze che ne derivano. Occorre assumersi la responsabilità dei propri comportamenti e prendere coscienza delle personali esperienze emotive dunque. Prerogative, tra l'altro, ritenute fondamentali nei programmi di trattamento per gli autori di violenza, attivi sin dagli anni '80, (il primo è il Duluth, nel Minnesota) e nati in risposta all'aumento delle denunce e dei procedimenti giudiziari con l'obiettivo di arginare il dilagante problema della violenza domestica.

Oggi se ne contano circa 200 in Canada, numerosi anche negli Usa, Norvegia (ATV: Alternativa alla violenza), Scozia (Change e LDVPP: Lothian domestic violence probation project), Regno Unito (RESPECT), Svizzera, Spagna, Austria (DAIC: Centro d'intervento contro le sevizie domestiche).

Agli uomini maltrattanti che accettano di entrare nei programmi è richiesto come requisito fondamentale la responsabilizzazione rispetto all'atto violento e il riconoscimento del danno fatto alla partner, ai figli o alla madre o alla sorella. I pro-

grammi sono realizzati mediante incontri di gruppo in cui, attraverso l'interazione, il senso di coesione, l'apprendimento per imitazione, gli uomini analizzano il loro ruolo all'interno della famiglia, gli stereotipi culturali e la pressione da essi esercitata o l'aumento di insicurezza derivante dall'ideologia della superiorità maschile. Nel gruppo si affrontano anche gli aspetti emotivi, la coscienza di sé e la relazione con l'altro da sé, con la prospettiva di uscire dall'*isolamento emozionale*.

Anche in Italia un'iniziativa simile è attiva da settembre 2009. Il primo Centro di ascolto per uomini maltrattanti (CAM) è un progetto sperimentale nato a Firenze dalla collaborazione tra l'associazione Artemisia (che già da anni si occupa di donne vittime di violenza) e la Asl 10 di Firenze con il finanziamento del Cescvot Innovazione. Anche in questo progetto gli uomini "maltrattanti" che fanno richiesta di aiuto "vengono invitati" a prendere coscienza del problema in tutti i suoi aspetti e quindi a modificare il loro comportamento. Il centro di ascolto si avvale di uno staff composto da educatori, psicologi, psicoterapeuti e psichiatri, tutti formati sulla violenza domestica. Il Centro è raggiungibile attraverso il numero: **339. 8926550**. •

A chi entra nei programmi è richiesto come requisito fondamentale la responsabilizzazione rispetto all'atto violento e il riconoscimento del danno

(2) Herman J.L. *Guarire dal trauma*. Edizioni Magi, rist. 2007

Generale MacArthur



25 GIUGNO 1950

Il 38° parallelo viene varcato dalle truppe nord-coreane: ha inizio così l'attacco alla Corea del Sud. Due giorni dopo, il 27 giugno, dopo che la Corea del Nord si era rifiutata di ritirare le truppe, il Consiglio di sicurezza dell'ONU mise insieme una forza multinazionale al comando della quale venne nominato il generale MacArthur. Il 30 settembre le forze dell'ONU non solo riconquistarono il 38° parallelo, ma si spinsero più avanti sino a conquistare Pyongyang e a raggiungere il confine con la Cina. Successivamente le truppe Onu vennero respinte sino a lasciare la Corea del nord e nel luglio del '53 venne firmato l'armistizio con il quale la Corea tornava ad essere divisa in due dal 38° parallelo.

26 GIUGNO 1945

A san Francisco viene sottoscritta da 51 Stati la Carta costitutiva dell'organizzazione delle Nazioni Unite.

Giugno e le sue storie...

Consultare: domandare a qualcuno di essere del nostro parere.

Adrein Decourcelle, Le livre de Chevet

24 GIUGNO 1948

Gli accessi a Berlino ovest vengono bloccati dalla forze armate russe: gli Stati Uniti organizzano un ponte aereo per rifornire quella parte della città.

2 GIUGNO 1962

I mondiali di calcio si svolgono in Cile e proprio con i padroni di casa gli azzurri vengono sconfitti ed eliminati dalla competizione.

13 GIUGNO 1963

Gli Stati Uniti vincono la Coppa Davis di tennis dopo ben quattro vittorie consecutive dell'Australia.

15 GIUGNO 1932

In Egitto viene riportata alla luce la piramide di Giza, nella Valle dei Re, grazie agli scavi dell'archeologo egiziano Selim Hassan.



Robert Kennedy



6 GIUGNO 1968

Robert Kennedy, candidato alla presidenza degli Stati Uniti per il partito democratico, nonché fratello di John Kennedy, viene assassinato a Los Angeles.

7 GIUGNO 1970

In Italia si svolgono le prime elezioni regionali per gli Enti locali a Statuto ordinario.

Indro Montanelli



2 GIUGNO 1977

Vile agguato contro il direttore del "Giornale nuovo" Indro Montanelli: il noto giornalista viene gravemente ferito alle gambe dalle Brigate rosse. Nello stesso giorno venne ferito a Genova Vittorio Bruno, vice direttore del Secolo XIX.



14 GIUGNO 1982

Fine della guerra tra Gran Bretagna ed Argentina scoppiata per il controllo delle isole Falkland.

9 GIUGNO 1991

La maggioranza degli italiani votano "Sì" al referendum per l'abrogazione delle preferenze sulle schede elettorali.



ATTENZIONE - ATTENZIONE - ATTENZIONE

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

Infezioni in pneumologia

Caltanissetta, 19 giugno, Ospedale S. Elia

Direttore: dott. Giuseppe Sunseri

Destinatari: pneumologi, internisti, medici di medicina generale

Informazioni: Segreteria Scientifica UO malattie dell'Apparato respiratorio PO S. Elia ASP 2 Caltanissetta

Segreteria Organizzativa: ZEROTRE Organizzazione Convegni & Eventi, Via Luisa Moncada 6, 93100 Caltanissetta, tel. e fax 0934 552538, e-mail: staff@zerotre-adv.it

Terapie alternative e complementari nella riabilitazione delle disabilità dello sviluppo

Bologna, 18 - 19 giugno, NH Bologna De La Gare, P.zza XX Settembre 2

Direttore: Adriano Ferrari

Alcuni argomenti: metodiche di valutazione della efficacia di nuove terapie, cellule staminali, adeli suit, terapie dietetiche, ossigenoterapia iperbarica, elettrostimolazione, metodo Lorenz

Informazioni: Segreteria Scientifica Daria Piazzzi, cell. 347 6603135, e-mail: dariapiazzzi@dpiazzzi.com

Segreteria Organizzativa: All Mobility Reggio Emilia, tel. 0522 941078, 339 4878514, e-mail: elena@allmobility.org

International association for suicide prevention

Giornata mondiale per la prevenzione del suicidio

Roma, 10 settembre, aula Urbani, azienda ospedaliera Sant'Andrea, Via di Grottarossa 1035

Obiettivi: l'evento vuole essere un'opportunità per tutti i settori della comunità: pubblico, associazioni benefiche, comunità, ricercatori, clinici, medici di base, di entrare in contatto con IASP e con World Health Organization e di indirizzare l'attenzione pubblica sul peso inaccettabile e sui costi delle condotte suicidarie

Informazioni: Segreteria Scientifica prof. Maurizio Pompili, referente italiano IASP, tel. 06 33775675, e-mail: maurizio.pompili@uniroma1.it, sito web: www.iasp.info, www.prevenireilsuicidio.it

Segreteria Organizzativa: Tradevent International S.r.l., Via Franco Sacchetti 78, 00137 Roma, tel. 06 87201490, 06 87201514, fax 06 87201506, e-mail: office@tradeventinternational.it

Ecm: richiesti crediti ecm al ministero della Salute



Eco color doppler vascolare

Catanzaro, 24 -25 -26 giugno, Hotel Guglielmo

Responsabili scientifici: dott. Elia Diaco, prof. Federico Annoni

Argomenti: il corso teorico-pratico è diretto ad aggiornare professionalmente riguardo l'esecuzione e l'interpretazione dei dati morfologici ed emodinamici forniti dall'esame, dalla compilazione e da un referto corretto

Informazioni: Segreteria organizzativa FC eventi srl, Bologna, tel. 051 236895, fax 051 2916933, email: info@fc-eventi.com www.fc-eventi.com

Ecm: la partecipazione al corso darà diritto ai crediti formativi attribuiti dal Ministero

Valvular and coronary artery disease

Catanzaro, 25 giugno, University Magna Graecia, Campus Germaneto

Direttore scientifico: prof. Ciro Indolfi

Argomenti: il Convegno, nato per celebrare i 10 anni della cardiologia universitaria calabrese, si propone di affrontare gli argomenti più attuali della patologia delle arterie coronarie e della valvola aortica trattati da relatori provenienti da Stati Uniti, Giappone ed Europa

Informazioni: Segreteria Scientifica sito web: www.unicz.it/cardio, email: cardiologia@unicz.it

Segreteria organizzativa: Linea D, e-mail: info@linea-d.com

Ecm: l'evento è accreditato ecm

Università Politecnica delle Marche

Nutrizione e dietetica on-line

Ancona, a. a. 2009-2010

Scadenza iscrizioni: 31 giugno 2010

Informazioni: Segreteria Organizzativa sito web: www.funiber.it, Dipartimento di Biochimica, Biologia e Genetica, tel. 071 2204160, 339 3982164, fax 071 220 4123, e-mail: univpm@funiber.org

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

Giornate mediche

Roma, 24-25 giugno, Villa Eur Parco dei Pini, Via Marcellino Champagnat 2

Presidente : dott. Vincenzo Bruzzese

Destinatari: medici internisti, reumatologi, medici di medicina generale, immunologi

Argomenti trattati: complicanze di interesse internistico delle malattie reumatiche, farmaci biologici, osteoporosi, diabete, patologie cardiovascolari, ipertensione arteriosa

Informazioni: Segreteria organizzativa Twt, Via Cagliari 13, 00198 Roma, tel. 06 44249321, fax 06 44249327, e-mail: alupidi@twt-team.it

Ecm: in corso di accreditamento

Dermatologia nel bambino, nel giovane, nell'adulto, nell'anziano

Matera, 17-19 giugno, Hilton Garden Inn, Via Germania

Argomenti: acne, dermatite atopica, eczemi da contatto, micosi, psoriasi, prurito, ulcere, tumori cutanei (melanoma- non melanoma), dermocosmesi, fotodinamica, laserterapia etc

Informazioni: Segreteria Organizzativa Italymeeting, S.r.l., Via Parsano 6/b, 80067 Sorrento (Na), tel. 081 8784606, 081 8073525, fax 081 8071930, e-mail: info@italymeeting.it

sito web: www.italymeeting.it



Uro-Radiologia

Roma, 21 giugno, Ospedale San Giovanni

Presidente: dott. Gianluca D'Elia

Obiettivi: razionalizzare le indicazioni agli esami uro-radiologici; elaborare procedure uniformi e trasparenti per i più frequenti quadri clinici che riguardano il paziente urologico

Informazioni: Segreteria Organizzativa Fedra Congressi info@fedracongressi.it, tel. 06 52247328

Ecm: in fase di accreditamento

Biological lasertherapy and acupuncture

Göttingen University, Germania, 25-27 giugno

Argomenti: laser endovena, laser in medicina estetica, laser agopuntura, laser auricoloterapia

Informazioni: sito web inglese/tedesco: www.egla.de, italiano: www.laserendovena.com, www.laseracupuncture.eu, e-mail: info@laserendovena.com, fax 0744 1921282, tel. 328 8988167

Morbo di Basedow

Varese, 2 luglio, Grand Hotel Palace, Via L. Manara 11

Responsabili Scientifici: prof. Luigi Bartalena, prof. Gianlorenzo Dionigi

Argomenti: il Congresso si propone di affrontare in maniera esaustiva tutti gli aspetti connessi al morbo di Basedow; dalle cause della malattia, alla diagnosi, alle diverse terapie d'intervento

Destinatari: medici di base, endocrinologi, chirurghi, otorinolaringoiatri

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

Ecm: in fase di accreditamento

Ortodonzia clinica

Mazzara del Vallo (Tr), 10 -11- luglio, Via Palmiro Togliatti 38

Argomenti: unisat srl ambulatorio di odontoiatria organizza un corso base clinico per ortodonzia dedicato ai medici e agli odontoiatri, diretto a fornire le basi per un corretto approccio clinico ai bambini e agli adulti affetti da malocclusioni di vario tipo nel corso si forniranno gli elementi diagnostici e terapeutici di tali patologie

Informazioni: segreteria unisat, sito web: www.unisatsrl.it, tel. 0923 946254, fax 0923 946254

Agopuntura orale

Lago di Como, Cadenabbia-Griante, 18 luglio, Villa La Collina

Destinatari: medici e odontoiatri

Responsabile: dott. Rainer Seib

Obiettivo: l'agopuntura orale è un metodo alternativo per trattare dolori e disturbi del paziente in modo non invasivo lavorando con i 13 meridiani principali. La comprensione dei metodi di agopuntura orale richiede poco dispendio di tempo. La pratica di agopuntura orale, microiniezioni, è gradevole sia per il paziente che per il medico. Al termine del corso teorico-pratico di una giornata i 20 partecipanti previsti saranno messi in condizione di praticare l'agopuntura orale

Informazioni: tel. 0344 41322, e-mail: dr.seib@email.it



Congresso Sicop, chirurgia dei "tre buchini"

I chirurghi della sanità privata accreditata hanno scelto Roma per celebrare i 20 anni dall'introduzione in Italia della chirurgia mini invasiva. Dal 15 al 18 aprile, all'insegna della laparoscopia, si è svolto presso l'Hotel Villa Pamphili l'XI congresso della Società italiana di chirurgia nell'ospedale privato accreditata (Sicop). Presidenti il prof. Giovanni Salvini e il prof. Raffaele Nudo. La chirurgia dei "tre buchini", come più semplicemente vengono definiti gli interventi in laparoscopia, è diventata la punta di diamante in gran parte delle strutture private accreditate. Tale successo si spiega con la necessità nel privato di avere un confronto sempre più diretto con l'utenza e le esigenze dei pazienti, e da questo rapporto ravvicinato con l'utenza cresce nel privato la necessità di erogare servizi sempre più efficienti. Il congresso ha potuto dimostrare, con l'ampia documentazione illustrata dai relatori e i partecipati dibattiti che ne sono seguiti, l'alto grado di professionalità e le notevoli eccellenze delle sale operatorie italiane (www.sicopchirurgia.it).

Giornata nazionale del malato oncologico

Presentato nell'ambito della Giornata del malato oncologico il secondo Rapporto sulla condizione assistenziale di questi pazienti. L'impatto economico della malattia in termini di spese sanitarie e perdita di produttività

La Giornata del malato oncologico, che si è svolta il 16 maggio, ha rappresentato un serio momento di approfondimento e riflessione. La ricorrenza, è opportuno ricordarlo, è stata istituita per iniziativa della Favo (Federazione italiana delle associazioni di volontariato in oncologia) presieduta dal prof. Francesco De Lorenzo. E sempre la Favo, nell'ambito del programma previsto per celebrare la Giornata, ha presentato il Rapporto



Il numero dei casi di tumore rispetto al 2005 è aumentato complessivamente del 12,7 percento

sulla condizione assistenziale dei malati oncologici in collaborazione con Censis, Inps, ministero della Salute e Aiom. In Italia sono oltre 1,9 milioni (3.478 ogni 100.000 abitanti) le persone che al 2010 hanno avuto una diagnosi di tumore nel corso della propria vita e

sono quasi 255 mila i nuovi casi di tumore previsti in tutto il 2010. Numeri da "patologia di massa", che hanno come conseguenza un impatto rilevante sulla vita delle persone che ne sono affette, dei loro familiari e più in generale della vita sociale della comunità.

Nel nostro paese, infatti, ogni anno i nuovi casi di tumore determinano un impatto economico, in termini di spese sanitarie e perdita di produttività, pari allo 0,45% del Pil.

Un dato superiore a quello del regno Unito (0,38%) e Spagna (0,26%), ma inferiore a quello di Germania (0,66%) e Francia (0,59%). Il Rapporto sottolinea inoltre che l'evoluzione della prevalenza tumorale mostra che il numero dei casi rispetto al 2005 è aumentato complessivamente del 12,7%, un dato più alto tra le donne (13,2%), e stima che il costo annuale dei nuovi casi sia stato nel 2009 per il nostro paese pari a 8,3 miliardi, con un costo complessivo per paziente pari a circa 25,8 mila euro l'anno. Sulla base di questi dati, i nuovi casi di tumore dovrebbero avere un impatto considerato pari allo 0,6% del Pil annuale.

Tra le priorità da affrontare che il Rapporto ha messo in evidenza: la difformità tra regioni nella messa a disposizione dei farmaci innovativi per i malati oncologici. •

Coc

I nuovi casi di tumore dovrebbero avere un impatto pari allo 0,6 percento del Pil annuale

Parafilie, devianze sessuali tra fantasie e rituali

Quello che leggiamo sui nostri giornali riguardo scandali, stupri, violenze a minori e quant'altro riguarda i disturbi del comportamento sessuale ha una spiegazione psichiatrica. Comportamento patologico quando reca un danno sociale

di **Maurizio Zomparelli (*)**

Le parafilie si manifestano attraverso i rituali erotici propri dell'eccitazione, atti al compimento del rapporto sessuale, ovviamente con le dovute devianze, rispetto a quello che viene generalmente considerato un rapporto sessuale normale. Sono indispensabili i costrutti della fantasia che lo implicano e la ripetizione del rituale che lo anticipa, questo può coinvolgere partner non abituali, come i bambini nel caso della pedofilia, animali nel caso della zoofilia, i cadaveri in quella della necrofilia, oppure oggetti o simboli come una determinata parte del corpo (parzialismo), le feci (coprofilia), le urine (urofilia) od altrimenti oggetti come il telefono (scatologia) per i colloqui osceni, senza menzionare altre forme come il feticismo (uso di oggetti o simboli), l'esibizionismo (la esibizione dei genitali), il masochismo (atto volontario di umiliazione, sottomissione e volontà a soffrire pene fisiche), il sadismo (infliggere ad un soggetto

violenze e sottomissione), il travestimento (travestirsi nell'altro sesso usando indumenti), il voyeurismo (i famosi guardoni), il frotteurismo (l'uso della palpazione o lo strusciare i genitali verso persone non consenzienti), tutto un corollario di devianze sessuali che comportano una compromissione dell'attività sociale e lavorativa per le persone coinvolte in questa patologia.

Esiste un evidente imbarazzo da parte dello psicoterapeuta o dello psichiatra nel trattare i soggetti colpiti da questa patologia del comportamento come malati, visto il danno morale, fisico e psicologico che infliggono alle loro vittime o a loro stessi danneggiando la loro immagine e la loro capacità lavorativa.

Un'analisi più approfondita va indubbiamente fatta perché spesso la parafilia si associa o va distinta dai disturbi della personalità complessi come quello borderline, quello narcisistico e quello ossessivo compulsivo.

Ovviamente un comportamento sessuale diventa pa-

tologico quando lo stesso viene fatto senza il consenso del partner o comunque quando lo stesso sia lesivo creando disagio, sofferenza, umiliazione, insomma quando reca un danno sociale.

La rivoluzione sessuale, quella del '68, mette dei fiori nei vostri cannoni ed amiamoci liberamente uomini e donne, uomini e uomini, donne e donne, non ha dato alcun risultato innovativo sull'accettazione del comportamento sessuale, infatti lo stesso è ancora uno dei modellatori e tessitori della propria personalità e delle proprie devianze. Alla base di questo è stata anche ipotizzata una maggiore attività ormonale che comporta una eccitazione continua ed ossessiva nei soggetti colpiti, tanto da determinarne

Le terapie sono complesse e coinvolgono le scuole di psicoterapia cognitivo-comportamentale

un desiderio compulsivo e continuo dello stesso sesso atto a svilupparne le devianze ed i rituali per l'eccitazione.

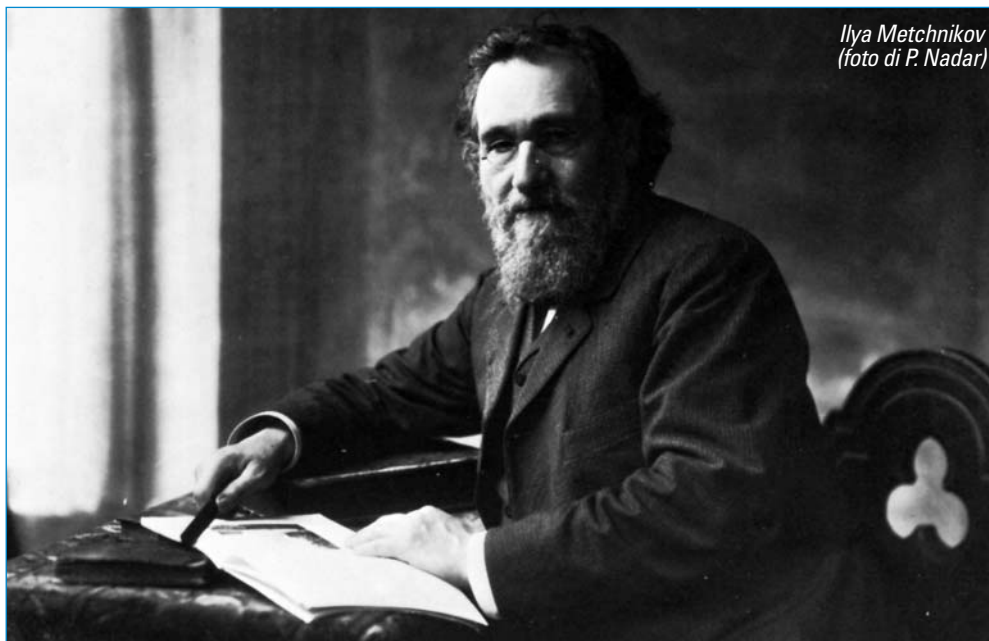
Il concetto di normalità sessuale dipende solo dal fatto di non arrecare danni di qualsiasi tipo al partner od anche a se stessi, lo stesso barebacking (definizione inglese che significa cavalcare a pelo senza protezione), applicata nel sesso sta ad indicare la voglia di non proteggersi anche di fronte a possibili contagi di malattie sessuali e quindi di esporsi volutamente ad un danno fisico, pertanto anche esso è da considerarsi una devianza o parafilia sessuale.

Il confine tra fantasia erotica normale e patologica è quindi demarcata dalla linea della legalità, ovvero è concesso ed è normale quello che non nuoce a se stessi ed agli altri. Le terapie della parafilia sono complesse e coinvolgono le scuole di psicoterapia cognitivo comportamentale, quelle ericksoniane attraverso la ristrutturazione del pensiero e l'ipnosi, il ricondizionamento, pratiche e tecniche che richiedono periodi lunghi di riabilitazione e di trattamento, infine da segnalare l'uso di ormoni antagonisti in quella che si definisce castrazione chimica nei casi di soggetti definiti socialmente pericolosi. •

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

Spine di rose nella stella marina

Era il 1882 quando il biologo russo Ilya Metchnikov, nel suo laboratorio messinese, ipotizzò che le cellule fossero responsabili della capacità dell'organismo di riconoscere ciò che è estraneo a se stesso da ciò che non lo è. La scoperta della "fagocitosi" gli valse il premio Nobel per la medicina nel 1908



Ilya Metchnikov
(foto di P. Nadar)

di Luciano Sterpellone

"Me ne stavo tranquillamente ad osservare al microscopio nella mia casetta sullo Stretto, da cui si intravedeva la costa calabrese. Si era sotto le feste di Natale e i miei figli se n'erano andati con la madre al Circo a vedere gli scimpanzè che facevano le acrobazie". Così annota Ilya Metchnikov, un russo che ha studiato a Odessa e in Germania laureandosi in zoologia: ha dovuto rifugiarsi in tutta fretta in Italia per sfuggire agli sbirri che lo cercano con l'accu-

sa di far parte del gruppo di congiurati dell'attentato allo zar Alessandro II. Continua il diario: "A un tratto, mentre osservavo le cellule mobili di una larva di stella marina, tutta trasparente, un pensiero mi balenò nella mente: supposi che queste cellule potessero servire alla difesa dell'organismo contro gli "intrusi". Cominciai a camminare su e giù per la stanza, e per mettere un po' d'ordine ai pensieri che mi si affollavano nella mente andai a passeggiare sulla spiaggia. Ma certo! – pensai –. Se la mia ipotesi è giusta, una spina introdotta nel corpo di

una larva di stella marina, dovrebbe essere ben presto circondata da cellule mobili, proprio come si osserva nell'uomo quando una spina gli si conficca in un dito. Non mancava che mettermi al lavoro". Poco dopo, l'urlo di gioia che stava prorompendogli dalla gola, il giovane studioso lo trattenne a stento per rispetto dei vicini. Ma le sue previsioni stavano rivelandosi esatte: in prossimità di una spina introdotta in una stella marina, questa pullulava di "cellule mobili" – cioè di globuli bianchi – pronti a disfarsene. Allora era vero! Quando nel

corpo arriva un "intruso", sia esso una spina che un batterio, alcune cellule si spostano verso di esso, lo circondano, e cercano in qualche modo di...divorarlo. Volle il caso che proprio in quei giorni fosse di passaggio per Messina il grande patologo tedesco Rudolf Virchow. Metchnikov non si lasciò sfuggire l'occasione per incontrarlo e spiegargli per filo e per segno quel che stava ipotizzando circa i meccanismi di difesa degli organismi viventi. La prova lampante era lì, sotto quei "vetrini" con la larva trafitta da una spina di rosa: in quella creatura priva di un sistema vascolare i leucociti mostravano di essere in grado di inglobare e distruggere anche eventuali microrganismi in virtù dei propri movimenti "ameboidi", indipendentemente da un sistema vascolare che li potesse trasportare in loco. Virchow rimase profondamente colpito dal fenomeno. Tuttavia, in modo molto garbato ma esplicito anticipò al suo ospite quel che della cosa avrebbero pensato i patologi europei: a loro avviso i leucociti, più che non distruggere i batteri, li avrebbero anzi inglobati e poi disseminati in tutto l'organismo! Altro che armi di difesa: essi si comporterebbero anzi come "collaborazionisti", che aiutano i germi (gli "intrusi") a diffondersi. Metchnikov non si scoraggiò. Rimanere a Messina, così decentrata dal mondo me-

dico? Macché. Meglio correre al più presto a Odessa e comunicarla a chi di dovere: una scoperta del genere non si può “bruciare” per così poco.

In un primo tempo Metchnikov aveva coniato in tedesco un nome per quei leucociti che accorrevano intorno alla spina della sua stella marina: *Fresszellen*, cioè cellule divoratrici. Ma durante il suo soggiorno a Vienna, sulla via di Odessa, un amico zoologo – Carl Klaus – appassionato linguista, gli suggerì il termine decisamente più eufonico di *fagociti*, di etimologia greca. La “*fagocitosi*” era, come naturale corollario, il sostantivo per designare l'intero fenomeno.

Le discussioni che seguirono tra gli studiosi europei all'annuncio della nuova teoria furono intense e appassionate, non di rado aspre e abbondantemente condite di contumelie e impropri. Finché “il cosacco”, come molti chiamavano Metchnikov, capì che era finito il momento delle parole e che bisognava produrre prove concrete e inoppugnabili a quanto sosteneva. L'unica era di ricorrere all'esperimento. Così, prese alcune cavie in precedenza immunizzate verso il colera, e iniettò loro bacilli virulenti del colera stesso: indi, mediante capillari di vetro prelevò a intervalli di un'ora alcuni campioni di liquido dal ventre delle incolpevoli bestiole, controllando poi al microscopio se i fagociti li avessero inglobati.

Tutto OK, proprio come si aspettava: le “cellule mobili” apparivano rimpinzate di microbi. Uno spettacolo! Ma ci voleva la controprova; occorreva dimostrare l'evenienza del fenomeno inverso, e cioè se gli ospiti di quel liquido (cioè i fagociti considerati responsabili della loro distruzione) fossero stati in qualche modo “indeboliti” sperimentalmente, quei microbi avrebbero dovuto rimanere vivi e virulenti. Metchnikov prese allora un po' del liquido purulento, lo conservò qualche giorno in una provettina (per “indebolire” i fagociti), e lo reiniettò in alcune cavie non immunizzate: in breve queste si infettarono e morirono.

Fantastico! Ciò significava che, indebolendosi, i fagociti non erano più in grado di distruggere i bacilli del colera, i quali, conservando la propria virulenza, prendevano il sopravvento e scatenavano l'infezione. Per la scoperta della fagoci-

tosì, che ha rappresentato una vera pietra miliare nello sviluppo dell'immunologia, Metchnikov verrà insignito (insieme con Paul Ehrlich) del premio Nobel 1908 per la medicina.

Diverrà direttore nel nuovo Istituto di batteriologia di Odessa, e lavorerà per l'Istituto Pasteur di Parigi, specificamente nelle ricerche sui vaccini. Ma si interessò a fondo anche del complesso e sempre affascinante fenomeno dell'invecchiamento. Era infatti a conoscenza che gli ultracentenari che in altissimo numero vivevano in Bulgaria si nutrivano prevalentemente di latte acido (*yogurt*). Ora, studiando al microscopio un numero enorme di campioni di questo latte, scoprì che l'acidità era dovuta alla presenza di un bacillo che, proprio in omaggio agli ultracentenari bulgari, battezzò *Bacillus bulgaricus*.

Da quel giorno Frau Olga dovette preparare chili di latte acido per il marito che

– non avendo alcuna voglia di invecchiare – ne faceva un uso a dir poco smodato. La “moda” dello yogurt conquistò rapidamente l'Europa, dilagando oltre Oceano, mentre in ogni dove sorgevano grandi e lucrose industrie per la produzione su vasta scala. Ma il suo “inventore” non volle mai guadagnarci un soldo.

Lo scoppio della I Guerra mondiale lo colse di sorpresa, amareggiandolo profondamente: non tanto perché il conflitto poneva un freno alle sue ricerche, quanto perché infrangeva il suo sogno che la Scienza potesse elevare talmente gli esseri umani da indurli a non combattersi più l'un l'altro.

Non gli fu dato però di vedere la fine della guerra. Morì a Parigi per scompenso cardiaco il 5 luglio 1916, alla rispettabile età (per allora) di 71 anni: sin'allora le sue condizioni fisiche erano rimaste ottime (forse anche per merito del *Bacillus bulgaricus*...). •



Targa commemorativa nella contrada messinese del Ringo dove Metchnikov scoprì la fagocitosi (foto di Jacopo Werther)

Pensione “in crociera”

di Ludovica Mariani

È un fenomeno in silenziosa ma costante ascesa. E ormai sono molti in Italia e nel resto del mondo gli esponenti della terza età che non si rassegnano a passare i pomeriggi ai giardinetti e il sabato sera a ballare il liscio. Stiamo parlando dei croceristi tutto l'anno,

quelli che vivono in viaggio come se le cabine fossero il loro appartamento e le navi il quartiere dove abitano. Una scelta curiosa ma, come abbiamo detto, che riguarda un discreto numero di persone soprattutto all'estero. “I signori che decidono di vivere in nave sono ancora pochi in Italia, – ci dice il responsabile di una notissima compagnia di viaggi italiana – noi ad esempio non ne abbiamo anche se, le richieste stanno diventando tali da indurre la mia Compagnia, forse in un prossimo futuro, a prendere in considerazione l'opportunità di questo nuovo business.” Che è già tale nel resto del mondo. Una compagnia britannica organizza giri del mondo che durano poco meno di un anno e molti dei croceristi del 2010 sono già prenotati per il tour successivo. Ancora inglesi e americane le Compagnie di navigazione che offrono ai loro clienti la possibilità di fare tutte le tratte senza praticamente mai scendere a terra “se non per cambiare nave” – ci racconta Caterina una bella signora over 60 che un giorno ha deciso di “imbarcarsi”. “Sono quattro anni ormai che si può dire vivo sulle navi. Andare in pensione è stata un'opportunità per realizzare un desiderio. Ho parlato con il comandante di una nave che mi ha presentato altri ‘passeggeri’ che avevano avuto la mia stessa

idea: vivere sulle navi da crociera. Adesso siamo un bel gruppo, come una grande nuova famiglia.” Della quale, da quest'anno fanno parte anche Roberta e Stefano: “Abbiamo sempre amato viaggiare – dice lui – ma la crociera ci sembrava poco adatta a noi, poi i figli ci hanno regalato una viaggio sul Nilo per l'anniversario del nostro matrimonio. È stato un colpo di fulmine e abbiamo deciso allora cosa volevamo fare ‘da grandi’.” Roberta: “Una volta andati in pensione abbiamo cominciato a viaggiare ed ora stiamo per partire per il giro del mondo in nave. Un anno di traversate e tappe nei luoghi più belli e, a volte, sconosciuti del mondo. Adesso che siamo ancora giovani è il momento giusto per fare questa esperienza, e poi chissà potrebbe diventare un modo di vivere.” Prendendo accordi, singolarmente o in gruppo, con le varie Compagnie gli irriducibili croceristi versano il totale o quasi della loro pensione per beneficiare di tutti i lussi che offrono le navi compreso, all'occorrenza, il medico di bordo. Le Compagnie di navigazione a loro volta hanno il vantaggio di assicurarsi la presenza costante di un certo numero di passeggeri paganti in ogni periodo dell'anno. La vita a bordo si svolge esattamente come in un quartiere cittadino o in un piccolo paese. Ci si dà appuntamento al bar per un aperitivo o al ristorante, in piscina e palestra per l'attività fisica. Chi vuole può usufruire dei servizi offerti dalle Spa ormai presenti su tutte le navi, giocare a tennis, a golf o andare al cinema oppure scendere a terra per le gite organizzate per i turisti cosiddetti normali. “Riuscite a immaginare – ci dice ancora la signora Caterina, – cosa significa svegliarsi al mattino e invece del rumore delle auto sentire il mare? Affacciarsi dalla propria cabina e vedere Atene sapendo che dopo qualche giorno farai il bagno sulle coste dell'Africa e tra qualche settimana sarai magari alle Galapagos e questo tutti i giorni per tutto l'anno?”. La scelta di Amedeo, altro crocierista in mare da quasi due anni, è stata ancora più radicale: “La mia vera passione è scrivere. Sulla nave ho trovato la tranquillità e l'isolamento (se voglio) necessario senza dover rinunciare alla compagnia delle persone. E poi per uno scrittore, anche se dilettante, il materiale umano e naturale è infinito. Il paesaggio intorno a me cambia continuamente come la gente sempre nuova da conoscere.” •



Interviste tra cuore e ragione

di Caterina Carosi

Non passa giorno in cui non ci rendiamo conto dell'eterna lotta tra il cuore e la ragione. Quel filo sottile tra il 'volere' e il 'dovere', tra ciò che è giusto per gli altri e ciò che è giusto per noi stessi. È così che nasce *Big, La via del cuore la via della ragione*,

il programma ideato e condotto da Annalisa Bruchi e Silvia Tortora, per la regia di Maurizio Malabruzzi, in onda da Giovedì 21 aprile alle ore 01.10, con appuntamento settimanale su Rai Tre.

La trasmissione, giunta alla sua seconda stagione, è l'incontro tra due donne che vivono agli antipodi: Annalisa, è la ragione, è la donna dinamica, impeccabile, pragmatica; Silvia è il cuore, il sentimento, la passione, la lacrima. Insieme, sottopongono grandi personaggi della storia italiana a interviste a tiro incrociato per giungere sempre e solo a una domanda finale: nella vita ha prevalso il cuore o la ragione? Solo alla fine di ogni incontro saprete in nome di quale principio ognuno di loro ha lottato per realizzare ogni successo. Una volta vince il cuore, un'altra volta la ragione, ma quello che più si evince è che non si diventa grandi uomini usando solo la razionalità, ma spesso si può vincere anche con il battito del cuore.

A *Big* non sono ammesse 'quote arancioni'. È un programma dove la vera politica della gioventù la fanno il passato, l'esperienza, il curriculum, la ruga d'espressione, tutti criteri di selezione che si racchiudono in una parola d'ordine: gli ospiti saranno solo over 60. Un imperativo che non vuole dire discriminazione, ma insegnamento. Un azzardo che non vuol dire partecipare, ma ascoltare. A dimostrarlo ci saranno personaggi come Marcello Lippi, Claudio Baglioni, Fedele Confalonieri, Cesare Romiti, Emma Bonino, Paolo Vilaggio, Dario Argento, Pietro Grasso, Giorgio Albertazzi, Francesco Alberoni, Miriam Mafai, Pippo Baudo e tanti altri ospiti.

Le novità non finiscono: per questa nuova stagione il direttore di RaiEducational Gianni Minoli ha scelto di man-

dare in onda venti puntate, contro le otto della stagione precedente. Inamovibile e di prestigio, la presenza di Lino Jannuzzi. Lo storico giornalista non solo sarà presente con il suo graffio, la frase di riflessione in stile Alfred Hitchcock presenta che introduce ogni volta il personaggio della puntata, ma sarà anche l'ospite di chiusura della stagione, lasciando il testimone dell'apertura a un 'grande nome' che è ancora tutto un mistero.

Unica nota stonata, l'orario: la trasmissione, in controcorrente rispetto ai target da reality e talent show, va in onda all'01.10 della notte. "Siamo una valida alternativa al porno", si consola la conduttrice Annalisa Bruchi alias la ragione, ma non sembra essere una giustificazione sufficiente per una trasmissione che avrebbe tutte le carte in regola per diventare un appuntamento preserale di successo,

ma non è da escludere la possibilità che *Big*, una produzione al 100 per cento Rai e realizzata da una redazione di 4/5 valorosi professionisti, riesca a convincere a tal punto da fare il grande salto.

Resta una sola domanda: "Il Cuore o la Ragione?" •

Silvia Tortora e Annalisa Bruchi



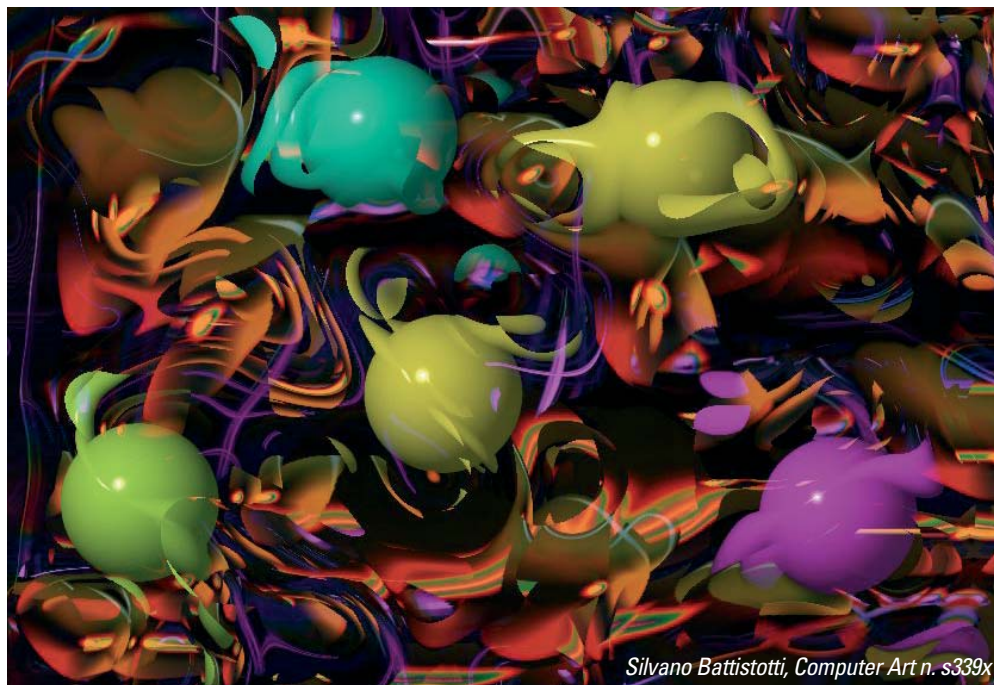
Le due conduttrici con Claudio Baglioni



**La vera politica della gioventù
la fa il passato, l'esperienza,
il curriculum e la ruga d'espressione**

Leggere un quadro, i colori

Silvano Battistotti, medico specializzato in clinica odontoiatrica e stomatologica, si occupa di arte sin dai suoi anni giovanili. Già nel 1964, a 24 anni, i primi approcci con la pittura. Nel 1971 la sua prima opera in oggettiva. Oggi conosciuto pittore, scultore e grafico, si dedica anche all'analisi critica dell'arte su cui tiene conferenze a cadenza mensile



di Silvano Battistotti

Iniziamo questo viaggio nell'arte parlando solo di pittura, quel tipo di arte che si esprime attraverso segni, forme e colori. È bene quindi fare una rapida conoscenza con questi elementi minimi che la costituiscono. Vogliamo ora fare un "excursus" discorsivo su quelli che sono stati i problemi estetici che hanno caratterizzato gli stili e le poetiche dei vari artisti, nell'ambito della pittura, cercando di decifrarne il senso. Ricordiamoci che le arti so-

no tutte metalinguaggi, ciò significa che sono modi particolari di espressione che vanno oltre (meta-) le normali estrinsecazioni del linguaggio comune. Questo implica in primo luogo la nostra necessaria umiltà nell'ambito dell'interpretazione artistica che non sempre sarà facile né perfettamente equivalente. D'altro canto se la pittura potesse essere tradotta letteralmente, come un'equivalenza matematica, non avrebbe giustificazione di esistere, in quanto il comune linguaggio potrebbe esprimere le stesse co-

se più rapidamente e senza la traslazione da un metalinguaggio ad un linguaggio. Invece la necessità di esistere della pittura, come pure delle altre arti, è quella di trasmetterci un messaggio cromatico e/o formale che con il comune linguaggio non riusciremmo ad esprimere. Con questo potremmo solo evocare un colore, giallo, rosso, blu, ecc., in modo linguistico, cioè con le parole, che sono simboli grafici (nella scrittura), ma non potremmo avere quello stimolo diretto "visivo" che ci porta in un altro ambito percettivo-

sensoriale. Gli occhi, quando sono perfettamente funzionanti vedono tutti la stessa cosa, in modo univoco e irreversibile; se uno vede un oggetto giallo (e il giallo per convenzione è quel dato colore), tutti vedremo ugualmente quell'oggetto giallo. Ciò che fa cambiare l'aspetto iniziale dell'oggetto e del suo colore, come elemento specifico che lo caratterizza, è la cosiddetta "integrazione a livello corticale". In parole povere, il segnale luminoso passa attraverso l'occhio, attraversa la retina, il chiasma dei nervi ottici e giunge alla corteccia cerebrale occipitale, dove hanno sede i nuclei deputati alla visione. Qui, a seconda delle personali esperienze precedenti e della propria cultura, il segnale luminoso si arricchisce di implicazioni psicologiche, di particolarità legate alla forma stessa dell'oggetto, al suo colore, alla dislocazione spaziale, alla sua consistenza, ai suoi "odori", all'incidenza della luce e quindi alle sue ombre, ad eventuali suoni o rumori che è in grado di emettere. Quindi tutta una serie di ulteriori informazioni che vanno ben oltre il primo impatto visivo, arricchendolo di attributi e di considerazioni più precise e significanti. Ecco perché di fronte ad un'opera d'arte sentiremo parlare di "sensazioni", di preferenze, di bello e brutto. Sono giudizi personali e soggettivi dettati da un cattivo modo di considerare l'opera che dovrà essere analizzata in ogni sua parte, prima di essere valutata da un punto di vista estetico.

Ricordatevi che non conta tanto quanto si dice, ma come lo si dice, come si raggiunge una sintesi formale, come si ottiene una perfetta concordanza di rapporti cromatici o lineari. In pratica noi dovremo capire come “funziona” l’opera che prendiamo in considerazione e quando avremo capito le modalità diverse con cui ad essa ci si accosta, il nostro compito verso un giudizio critico sarà molto facilitato.

Come per leggere un libro bisogna conoscere la lingua e le parole, che sono i mattoni costitutivi dell’espressione letteraria, così dovremo conoscere i colori ed altri parametri che sono gli elementi costitutivi della pittura.

La tecnica è artificio, ha un suo aspetto magico, favorisce il gioco dell’ambiguità, è tanto più abile quanto più si dissimula. Vedere meglio non vuol dire vedere di più, ma vedere con ordine, con

gli occhi e con la mente insieme. Vedere la singole cose ed il contesto che formano; ma sapendo che l’ordine non è della realtà oggettiva, bensì nella mente che valuta e coordina i dati del senso. La sensazione visiva è già pensiero; non si tratta più di svelare il significato celato dall’apparenza delle cose, ma di percepire “distintamente”. Nulla è nell’intelletto che prima non sia stato nei sensi. Per quanto riguarda i colori, vi ricordo che questi si dividono in:

- fondamentali: **giallo, rosso, blu**;
- complementari: **viola, verde, arancio**.

I colori fondamentali o primari si chiamano così perché senza di essi non è possibile creare altri colori, mentre i colori complementari o secondari sono colori che, messi vicini ai loro fondamentali, danno al nostro occhio il massimo contrasto cromatico (circa 700 volte più intenso). Prendiamo il **giallo**



Silvano Battistotti, “Prigioniero dell’asimmetrico”, olio su tavola, 1971

che è un colore fondamentale, il suo complementare è il **viola** (che si forma da varie mescolanze degli altri due colori fondamentali: il **rosso** ed il **blu**). Il complementare del **rosso** è il **verde**, che si ottiene mescolando il **giallo** con il **blu**. Il complementare del **blu** è l’**arancio**, che si ottiene mescolando il **giallo** con il **rosso**). Vediamo quindi la grande importanza di conoscere bene questi due tipi di colori, cioè i fondamentali ed i loro complementari per poter capire a fondo le relazioni che tra di essi intercorrono nell’opera d’arte. A questi sei colori aggiungeremo poi il bianco ed il nero, come estremi della gamma cromatica. Il bianco è considerato l’insieme di tutti i colori perché li riflette tutti ed ai nostri occhi appare come il colore più chiaro. Mentre il nero, assorbendo tutti i colori e non riflettendone alcuno, ci appare come il più scuro.

Si potrebbe considerare, su un piano dialettico, che il bianco, riflettendo tutti i colori, ne resta privo e quindi dovrebbe essere considerato un “vuoto di colore”, mentre il nero, che tutto trattiene e nulla riflette, potrebbe esse-

re considerato “pieno di colore”. Ma per i nostri interessi pratici e per non generare confusioni, conviene attenerci alle prime considerazioni, cioè: il **bianco** è l’insieme di tutti i colori mentre il **nero** ne è l’assenza.

Da quanto esposto deduciamo che i colori, per essere resi percepibili, devono essere illuminati, perché al buio (cioè nel nero) non li potremmo vedere.

Il quadro quindi deve avere una giusta illuminazione per poterci dare una perfetta resa cromatica. In primo luogo perché i colori interagiscono tra loro e quindi non gusteremmo le finanze dei rapporti creati dall’artista per evocare certe atmosfere ed infine per l’evocazione psicologica e simbolica che un colore di per se stesso è in grado di produrre. Perché, come Kandinskij ha scritto nel suo libro “Dello spirituale nell’arte”, ogni colore è in grado di evocare particolari “stati d’animo”. Per cui un cerchio azzurro è il massimo dell’interiorità, così come un triangolo isoscele giallo slanciato verso l’alto è il massimo dell’espansività. •

Fine prima parte

S’impara a vedere come a parlare o a leggere Voltaire



Silvano Battistotti, Computer Art n. s343j



di Serena Bianchini

Quanto di più lontano sembra esserci tra il celebre viso di un guerriero di terracotta – la scoperta archeologica cinese più celebre al mondo, parte di un esercito di 8 mila guardie silenziose del primo imperatore cinese Qin Shi Huangdi – e quello di un principe giulio-claudio del I secolo d.C., è invece, per la prima volta, messo a confronto in una grande esposizione che, dopo Pechino, arriva a Palazzo Reale a Milano per poi spostarsi a Roma. La mostra “I due Imperi” è il risultato della cooperazione pluriennale tra Italia e Cina per presentare, accostandoli insieme, i due più importanti poteri dell’antichità, l’Impero Romano e le dinastie cinesi Qin e Han, nel periodo fra il II secolo a.C. e il II secolo d.C.. Entrambi i mondi si evolvevano parallelamente e, accostando esempi di strutture sociali, politiche, economiche e capolavori artistici, gli uni accanto agli altri, si scopre quanto ci sia di simile nel processo evolutivo di due civiltà votate a governare e a influenzare rispettivamente l’Occidente e l’Oriente. Sono 495 i pezzi esposti,

I due Imperi

Per la prima volta in Italia e al mondo una mostra darà l’opportunità di paragonare l’Impero Romano e le Dinastie cinesi Qin e Han. A Milano presso Palazzo Reale fino al 5 settembre 2010

una mostra riccamente allestita che contiene capolavori provenienti da musei e istituzioni di diciannove province e città cinesi e da musei italiani tra cui Pompei; in mostra nove guerrieri tra cui ufficiali, un cavaliere con il suo cavallo bardato e l’auriga, parte del monumentale esercito di terracotta, tessuti preziosi, stoffe in seta – la più importante delle quali è lo stendardo a forma di T, ricco di contenuti religiosi e di grande qualità artistica, meravigliosi drappi in seta e una veste funeraria in giada. Molti oggetti, riposti dentro sale tematiche, provano a spiegare l’evoluzione di due culture che hanno sviluppato esiti a volte diversi a volte simili, differenti nella forma (e questo si svela grazie ai reperti storico-artistici) ma affini nella funzione. Oggetti quotidiani dei momenti dell’otium romano, dadi, utensili per la cena, pettini, insieme a cibi essiccati e poi complessi e delicati ornamenti di giada, parte di corazze degli uomini della seta, chiamati così da Orazio, emblemi con il dragone accanto all’aquila romana.

Si mostrano infine le evidenti differenze come, ad esempio, lo sfondo repubblicano del-

lo stato romano, il grado di autonomia del suo potere militare accanto all’ombra, potente fino ad oggi, di una dinastia orientale; infine l’inesistente equivalenza del diritto civile romano nell’impero Han. Interessante è un testo di Shan Jixiang, direttore generale di Cultural Heritage della Repubblica

Popolare Cinese, che esplica il concetto di “unità nella diversità”; è un pensiero in sé estremamente contemporaneo, che ci fa riflettere sui rapporti contrastati ma anche “dipendenti” tra l’Oriente e l’Occidente contemporanei. Grazie ai tesori che ci sono pervenuti da queste due lontane civiltà, abbiamo l’opportunità di assistere a un dialogo storico tra due culture che, nella realtà, non c’è mai stato all’infuori della Via della Seta, aperta nel II secolo a.C.: grazie ad essa si collegarono, interagirono e si arricchirono esercitando un’influenza di enorme portata sul progresso del genere umano. •

Statua raffigurante un cavaliere, terracotta. Dinastia Qin. Museo dei Guerrieri e dei Cavalieri di Terracotta dell’Imperatore Qin Shihuang (Shaanxi)

Statua loricata di principe Giulio-Claudio, marmo bianco. Prima metà del I secolo d.C. Proveniente da Minturno, Napoli, Museo Archeologico Nazionale



ed esposizioni in Italia

a cura di Anna Leyda Cavalli

I COLORI DI GIOTTO

ASSISI (PG) – fino al 5 settembre 2010
Straordinaria occasione per poter ammirare gli affreschi di Giotto e conoscere aspetti finora poco noti della sua pittura tornati alla luce anche grazie all'ausilio della più moderna tecnologia.

Basilica di San Francesco e Palazzo del Monte Frumentario
telefono: 199 757516
www.icoloridigiotto.it

RUBENS E I FIAMMINGHI

COMO – fino al 25 luglio
Accanto a venticinque capolavori di uno dei più grandi artisti di tutti i tempi sono esposte quaranta opere di pittori fiamminghi, tra i quali Antoon Van Dyck, Jacob Jordaens, Gaspar de Crayer, Pieter Boel, Cornelis de Vos e Theodor Thulden.

Villa Olmo
telefono: 02 54916
www.grandimostrecomo.it



Maurizio Diretti, "Chiesa romana Monti Sibillini", 2008, acquerello

DE CHIRICO. MAX ERNST. MAGRITTE. BALTHUS. UNO SGUARDO NELL'INVISIBILE

FIRENZE – fino al 18 luglio 2010
Attraverso cento capolavori questa rassegna ripercorre la straordinaria parabola di De Chirico e della metafisica.

Palazzo Strozzi
telefono: 055 2469600 prenotazioni -
055 2645155 informazioni
www.fondazionepalazzostrozzi.it

CARAVAGGIO E L'ARTE DELLA FUGA. LA PITTURA DI PAESAGGIO NELLE VILLE DORIA PAMPHILJ

GENOVA – fino al 26 settembre 2010
Nella più sontuosa dimora nobiliare della città di Genova, tornata dopo anni di restauro al suo antico splendore, sono esposti oltre ottanta dipinti di pittura di paesaggio, molti dei quali inediti.

Villa del Principe Doria Pamphilj
telefono: 010 255509

SCHIELE E IL SUO TEMPO

MILANO – fino al 6 giugno 2010
Protagonisti della mostra sono Egon Schiele e gli altri esponenti dell'Espressionismo tra i quali Gustav Klimt, Oskar Kokoschka e Koloman Moser, per la prima volta riuniti in un progetto tanto ambizioso quanto completo ed esauritivo.

Palazzo Reale
telefono: 02 92800375
www.mostraschiele.it

I PRERAFHAELLITI E IL SOGNO ITALIANO DA BEATO ANGELICO A PERUGINO, DA ROSSETTI A BURNE-JONES

RAVENNA
fino al 6 giugno 2010
La mostra indaga attraverso centosettanta opere il rapporto tra l'Italia ed il movimento del Pre-

raffaellismo, nato in Inghilterra nella seconda metà del XIX secolo come risposta all'accademismo ufficiale.

MAR – Museo d'Arte della città di Ravenna
telefono: 0544 482477 – 899 66805
www.museocitta.ra.it

DA COROT A MONET. LA SINFONIA DELLA NATURA

ROMA – fino al 29 giugno 2010
In esposizione circa centocinquanta opere tra dipinti, disegni su carta e fotografie d'epoca dei più famosi artisti del movimento nato in Francia nella seconda metà dell'Ottocento, tutte legate al tema dell'evoluzione della rappresentazione della natura nella pittura impressionista.

Complesso del Vittoriano
telefono: 06 6780664

DA JACOPO DELLA QUERCIA A DONATELLO. LE ARTI A SIENA NEL PRIMO RINASCIMENTO

SIENA – fino al 10 luglio 2010
Uno straordinario percorso espositivo porta il visitatore alla scoperta di un periodo storico breve ma intenso, quello compreso tra il 1400 e il 1460, che vide il passaggio dal Gotico al Rinascimento.

Santa Maria della Scala
telefono: 0577 286300
www.rinascimentosiena.it

GLI ARAZZI DEI GONZAGA NEL RINASCIMENTO

MANTOVA – fino al 27 giugno 2010
Viaggio emozionante tra la seta e i magnifici colori di trentaquattro splendidi arazzi appartenuti ai Gonzaga e realizzati nel Cinquecento da artisti fiamminghi, espressione dell'abilità raggiunta da quest'arte in Europa e della ricchezza dei loro committenti.

Palazzo Te, Museo Diocesano e Museo di Palazzo Ducale
telefono: 199 199 111

I racconti del trentennale

Il Premio letterario per medici scrittori, nato dalla collaborazione trentennale tra Lega italiana per la lotta contro i tumori (Lilt) e l'Associazione medici scrittori italiani, ha festeggiato lo scorso anno la sua trentesima edizione con questa raccolta dei racconti vincitori dell'ultimo decennio (1998 -2008). Il tema degli scritti è quello relativo alla malattia tumorale nei suoi risvolti umani e descrive i sentimenti e le sensazioni non solo di chi si ammala ma anche del medico che lo cura. Il volume può essere richiesto alla Segreteria della Lega Tumori di Parma, tel. 0521-988886 (Via Gramsci 14, 43125, Parma), che si è resa disponibile all'invio in contrassegno (euro 10,00).

Lega Italiana per la lotta contro i tumori - Parma (a cura della)
"I racconti del trentennale"

Silva editore, Parma - pp. 264, euro 10,00



Un Commissario scomodo



"Grazie ai tutori dell'ordine per i successi ottenuti pur nelle difficili condizioni in cui debbono operare". Si potrebbe così riassumere, se non fosse riduttivo, il libro di Ennio Di Francesco, già ufficiale dei Carabinieri e funzionario di polizia, che racconta le contraddizioni dell'arcipelago sicurezza, le battaglie dei "carbonari idealisti" che hanno portato alla riforma democratica della polizia con la legge 121/81. "È un libro – si legge in una nota – che vuol essere doverosa memoria per tutti i "tutori dell'ordine" caduti per servizio e stimolo di impegno per quelli che ogni giorno si battono per la sicurezza dei cittadini e delle Istituzioni repubblicane. Le testimonianze di Norberto Bobbio e Gino Giugni assicurano la validità della lettura del libro di Di Francesco, "un uomo dello Stato – come scrive Corrado Stajano – che ha avuto una vita difficile per la sua intransigente fedeltà alle istituzioni della Repubblica".

Ennio Di Francesco

"Un Commissario scomodo"

Sandro Teti editore, Roma - pp. 336, euro 18,00

Solo le donne hanno il potere di evitare l'estinzione della razza umana

Il libro di Velio Bocci analizza il profondo, ed attualmente insanabile, contrasto tra Scienza e Religione, cercando una soluzione conciliatoria ed invitando a rispettare sia le credenze religiose sia le opinioni scientifiche basate su dati obiettivi. Nella sua analisi prende inoltre in considerazione le differenze tra cervello maschile e femminile ipotizzando che un maggiore po-



tere alle donne potrebbe permettere di imboccare una nuova epoca, pacifica e produttiva: "Grazie al loro istinto materno – spiega la professoressa Luana Ricci Paulesu nell'introduzione –, le donne sono biologicamente predisposte a dare vita, ad accettare e tollerare le differenze tra gli individui, a partire dalla gravidanza, in cui madre e feto coesistono, anche se geneticamente differenti, per nove mesi."

Velio Bocci

"Solo le donne hanno il potere di evitare l'estinzione della razza umana"

Aracne editrice, Roma - pp. 236, euro 15,00

Giuseppe Verdi: il Credo ritrovato

Il "Credo" è la parte principale di una messa che Giuseppe Verdi, ventiquattrenne, compose per la filarmonica di Antonio Barezzi, padre della prima moglie Margherita, e suo "secondo padre, benefattore e amico". Il brano venne eseguito presso la chiesa parrocchiale di Croce Santo Spirito in Castelvetro Piacentino il 7 ottobre 1837 in occasione della Festa della Beata Vergine del Rosario. La pronipote del Maestro, Gaia Maschi, documenta il percorso del fortunato ritrovamento e del carteggio relativo all'esecuzione del brano nella chiesa e ricomponne, attraverso le carte, una traccia del percorso spirituale di Verdi che metterebbe in dubbio il suo tanto conclamato anticlericalismo.

Gaia Maschi Barezzi Verdi

"Giuseppe Verdi: il Credo ritrovato"

Mattioli editore, Fidenza (Pr) - pp. 80, euro 8,00



Un dramma familiare

Una villetta in un quartiere residenziale di Bologna è teatro di una strage efferata. L'ipotesi all'apparenza più plausibile, "la strage della follia", viene accreditata con leggerezza dalla questura. Ma qualcosa non torna e l'insolita presenza sulla scena del delitto di una potente arma israeliana, una pistola Jericho, fa scattare più di un dubbio al lungimirante e intuitivo Ronny Conti, immigrato clandestino, ex agente della Securitate rumena e amico dell'ispettore Nicemi incaricato delle indagini. I due vengono così trascinati in un torbido e pericoloso labirinto nel quale si rivelano coinvolti personaggi e famiglie insospettabili e, dopo straordinari colpi di scena, giungono ad una inaspettata verità che affonda le radici nei tragici giochi olimpici di Monaco 1972.



Roberto Casadio

"Un dramma familiare"

Alberto Perdisa editore, Bologna - pp. 202, euro 15,00

Il legionario

È una narrazione – quella di Giuseppe Ragazzini – che scorre su due binari che si intrecciano quello della Storia, dei grandi avvenimenti, e quello delle microstorie che in essa si inseriscono, prima fra tutte la vicenda di Arnaldo Gori, giovane soldato toscano, volontario nelle guerre d'Etiopia e di Spagna. Un romanzo storico che fa rivivere la realtà africana, la marcia su Macallè, la battaglia dell'amba Aradan, e poi l'avventura spagnola, passando attraverso la conquista di Malaga, la battaglia di Guadajajara, la rivincita di Santander e l'avanzata in Aragona. La storia di tutta una generazione di italiani, fatta di amore per la patria e di fratellanza, animata da grandi idealità e da un forte senso di identità, il cui ricordo è sentito come un imperativo morale.



Giuseppe Ragazzini
"Il legionario"

Edizioni A.Car. srl, Lainate (Mi) - pp. 448, euro 18,00



Complice la luna

Un libro coinvolgente, dove la vita di un singolo uomo, con le sue considerazioni, i suoi affetti, le sue esperienze, si mescola con forza all'attualità e alla grande Storia. Questo testo, tra riflessioni e narrazione, tra poesia e cronaca, offre una straordinaria testimonianza, portando in sé spunti di riflessione su temi fondamentali quali giustizia, etica, razionalità, fino ad

arrivare all'interrogazione stessa sul senso della vita. Non solo l'impronta di una testimonianza, quindi, ma anche un laboratorio letterario in una scrittura a tratti vicina al diario, ma spesso più artistica che autobiografica, in cui la capacità di esprimere un'arte della parola porta a originali trame linguistiche.

Leo Fedeli
"Complice la luna"

Edizioni Tracce, Pescara - pp. 184, euro 11,00

Le piante dell'Egitto. Il balsamo

È del 1592 l'uscita del *De plantis Aegypti* e la ristampa del *De balsamo* di Prospero Alpini, famoso medico e botanico di Marostica: le due opere – pur avendo ciascuna il proprio frontespizio – hanno un'unica impaginazione, come unici sono l'indice analitico e l'errata corrige.



È questa l'edizione riprodotta in fac-simile dal libro del Centro Studi Prospero Albini, con le traduzioni italiane di Giuseppe Ongaro e Luciano Cremonini. Elsa M. Cappelletti e Giancarlo Cassina hanno invece compiuto uno studio esauriente sulle piante trattate, fornendo l'identificazione di esse e mettendo in evidenza i suoi contributi alle conoscenze botaniche ed etnobotaniche, come pure alla conoscenza delle droghe esotiche più controverse del tempo.

Prospero Alpini
"Le piante dell'Egitto. Il balsamo"
Antilia edizioni, Treviso - pp. IV + 410

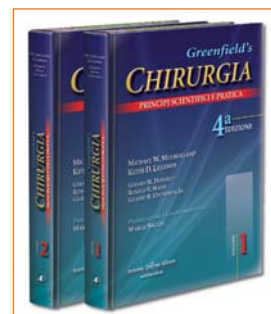
Greenfield's Chirurgia

Non si può non definire "monumentale" quest'opera, tra le più famose in tema di chirurgia, realizzata in italiano dalla 4a edizione americana che ha visto la partecipazione attiva di oltre duecento Autori di livello internazionale, specialisti nella singola tematica trattata. Ogni capitolo dell'opera, per volontà del coordinatore dell'edizione italiana professor Marco Sacchi (direttore U.O.C di Chirurgia Generale dell'Ospedale Goretti di Latina, anche lui tra i traduttori), è stato tradotto da medici anch'essi specialisti nella singola materia.

L'intera opera è caratterizzata da una trattazione completa e aggiornata; per di più, ciascun capitolo è stato integrato da accurati algoritmi diagnostici, terapeutici e prognostici. Inediti anche, rispetto alle precedenti edizioni, i capitoli sulle nuove sfide della chirurgia, quali la valutazione della "qualità" della chirurgia stessa, le patologie legate al terrorismo, le pratiche chirurgiche in età fetale, la diagnostica vascolare. (L.St.)

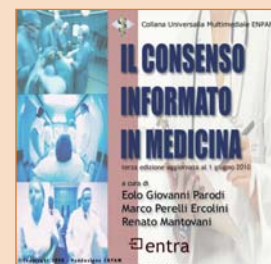
M.W. Mulholland, K.D. Lillemoe, G.M. Doherty,
R.V. Maier, G.R. Upchurch, Jr.
"Greenfield's Chirurgia"

Antonio Delfino Editore, Roma - pp. 2.476 (2 voll.), euro 150,00



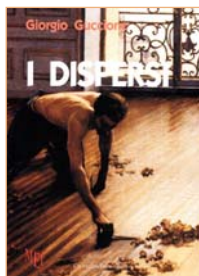
IL CONSENSO INFORMATO IN MEDICINA

È uscita la terza edizione del cd-rom "Il consenso informato in medicina", curata dal presidente Eolo Parodi, dal professor Marco Perelli Ercolini e dal professor Renato Mantovani, contenente gli aggiornamenti interpretativi in materia. I medici potranno richiederne gratuitamente una copia alla direzione generale dell'Enpam al numero telefonico 06 48294 226 e all'indirizzo e-mail c.sebastiani@enpam.it



Libri ricevuti

di G. F. Barbalace



I dispersi

Il romanzo è scritto senza capitoli con uno stile scorrevole e chiaro e si fa leggere tutto d'un fiato. Giorgio Guccione vi racconta la storia di una coppia, venuta dalla Polonia a cercare fortuna, e dei personaggi che incontrano in Italia. Le varie vicende presentano problematiche e situazioni proprie dei nostri tem-

pi, quali l'immigrazione, la ricerca di un lavoro, la libertà e il tradimento nei rapporti di coppia, l'aspirazione al miglioramento sociale, il bisogno d'amore, la droga e l'alcolismo. La facilità dei costumi, il gigolò capace di offrirsi a uomini e donne, gli scambi di coppia, la prostituzione, il mondo dei barboni formano uno spaccato della nostra società degradata e dei cambiamenti avvenuti nella morale e nei comportamenti, ma l'onestà e la sincerità dei sentimenti e un ritrovato conforto nella fede finiscono per rimettere ordine nella vita dei protagonisti.

Giorgio Guccione
"I Dispersi"

L'Autore Libri, Firenze - pp. 245, euro 15,00



Nel nome del figlio

Angelo Rinascente ricostruisce la storia di Gesù sulla base delle testimonianze ricavate dai Vangeli Canonici, dalle lettere degli Apostoli, dai Vangeli apocrifi e dalle scarse notizie tramandateci dagli storici. A completamento di questi dati, non sempre concordanti, e rimanendo quanto più pos-

sibile aderente alla figura del Cristo, egli, con un necessario e rispettoso lavoro di fantasia, ha colmato quei vuoti e quelle lacune che la tradizione, per esaltarne l'aspetto divino, ha finito per creare sul suo aspetto umano. Il romanzo ci presenta così un Gesù più credibile nella sua essenza di uomo vero e pienamente integrato nel suo tempo, consapevole della situazione politica e dei movimenti religiosi e rivoluzionari del suo paese, dei bisogni e delle richieste del suo popolo, nonché della sua missione salvifica. Una storia che affascina al di là delle verità che vorrebbe affermare.

Angelo Rinascente
"Nel nome del Figlio"

SBC Edizioni, Ravenna - pp. 283, euro 16,00

La vita oltre i 100 anni

Confidando nella sua lunga pratica medica, Pietro Trombetta con questo lavoro ha voluto preparare, per il lettore interessato e per il medico desideroso di mantenere un chiaro e diretto rapporto con i propri pazienti, un prontuario di informazioni che spiegano, secondo quanto riportato dal sottotitolo del volume, come aggiungere "anni alla vita e vita agli anni"

I progressi che la medicina ha raggiunto in questi ultimi decenni hanno accresciuto di parecchi anni la longevità delle popolazioni occidentali, ma l'allungamento della vita merita di essere considerato più dal punto di vista qualitativo che quantitativo. A questo fine risulteranno di grande utilità i consigli igienici, nutrizionali e comportamentali che vengono forniti per prevenire le infermità più diffuse.

Pietro Trombetta
"La vita oltre i 100 anni"
Gioiosa Editrice, Sannicandro Garganico (FG)
pp. 180, euro 12,00



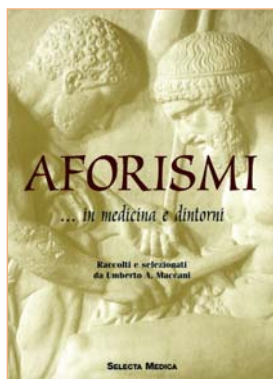
Narrazioni

Presentata con una sentita prefazione di Dacia Maraini e la copertina illustrata da Giorgio Staino, questa raccolta di testimonianze, curata da Domenico Amoruso e Barbara Buralli, raccoglie venti scritti di volontari che assistono nell'ospedale i malati di tumore. Queste storie hanno tutte una comune esperienza di dolore che ha preceduto la decisione di dedicarsi ad alleviare non tanto la sofferenza, quanto quel sentimento di devastante solitudine, di abbandono e di chiusura verso gli altri in cui, quasi sempre, questi ammalati finiscono per cadere. Proprio l'aspetto psicologico accomuna queste storie che, da un lato, raccomandano e, in un certo modo, sollecitano i sanitari ad un rapporto di maggiore vicinanza e comprensione verso i pazienti e, dall'altro, forniscono agli infermi l'incoraggiante notizia che il brutto male oggi può essere vinto e affrontato con una buona qualità della vita.

D. Amoruso, B. Buralli (a cura di)
"Narrazioni"

Realizzato in collaborazione
con l'Azienda USL 12 della Versilia, Viareggio - pp. 87





Aforismi... in medicina e dintorni

L'aforisma è oggi considerato una forma letteraria a sé stante, il cui testo deve essere prosastico, conciso, graffiante e sorprendente. Noti sono gli aforismi dell'antichità come quelli di Ippocrate e di Marco Aurelio e altrettanto famosi, in tempi più recenti, sono gli aforismi di Wilde, Flaiano, Longanesi, Kraus.

Numerosissime sono poi le massime lasciateci da autori meno famosi, ma non per questo meno significative.

In questa raccolta Umberto A. Maccani ha selezionato un gran numero di detti di autori riportati in ordine alfabetico. Vi sono compresi letterati, filosofi, scienziati, politici, condottieri d'ogni epoca, ma anche personaggi contemporanei appartenenti al mondo dello spettacolo e della moda, che assicurano un'ampissima e arguta scelta di osservazioni sulla medicina, la salute e conseguentemente sui più vari aspetti della vita.

Umberto A. Maccani

"Aforismi...in medicina e dintorni"

Selecta Medica, Pavia - pp. 192, euro 25,00

Professione psichiatra. Guida pratica alla formazione, all'inserimento lavorativo e all'aggiornamento

I curatori di questo manuale, Andrea Fiorillo, Mariano Bassi e Alberto Siracusano, hanno coordinato gli interventi fatti da professionisti del Coordinamento Nazionale dei Giovani Psichiatri della Società Italiana di Psichiatria (SIP) che, con i loro scritti, presentano ai colleghi, specializzandi e praticanti, le gratificazioni e i problemi connessi alla loro professione.

Il testo è ripartito in due parti principali. La prima riguarda la formazione, l'ingresso nelle scuole di specializzazione, le opportunità di ricerca, gli scambi formativi e culturali con l'estero. L'altra tratta le modalità d'inserimento nella professione e i suoi aspetti organizzativi, le responsabilità del medico, le questioni deontologiche, nonché i casi di affaticamento e ansia dovuti alla professione.

A.Fiorillo, M.Bassi, A.Siracusano

"Professione psichiatra. Guida pratica alla formazione, all'inserimento lavorativo e all'aggiornamento"

Il Pensiero Scientifico Editore, Roma
pp. 316, euro 26,00



In breve

Giuseppe Berardi

TI RACCONTO L'ISLAM

Il libro, dalla bella veste tipografica, ricco di foto e cartine a colori, nonché di un DVD sulle esperienze di viaggio dell'autore, è un ben fatto ed esauriente saggio sulla storia, la cultura, i costumi, l'ospitalità del mondo musulmano. L'espansione dell'Islam, i suoi cinque pilastri, il Jihad, il califfato, la moschea, la madrasa, la umma non avranno più misteri per il lettore.

Il Ponte, Campobasso - pp. 179, euro 20,00

Franco Foschi

LIBRO AZZURRO

PRONTUARIO IMPERFETTO PER CHI LEGGE, CHI SCRIVE, CHI COMPRA E CHI VENDE LIBRI

Un libro adatto a chi, per i motivi più disparati, ama trovarsi sempre in mezzo a tomi e volumi. È una lunghissima serie di citazioni riguardanti i libri, la scrittura e la lettura tratta da autori che dalla A di S. Agostino arriva alla Z di Cesare Zavattini. Gruppo Perdisa Editore, Ozzano dell'Emilia (BO)

pp. 190, euro 14,00

Giovanni Ruffini

ARMESD BULGNEIS

Brevi racconti di ambientazione bolognese, scritti in italiano e dialetto locale. Questa commistione linguistica contribuisce ad accrescere la forte vena satirica e le argute battute di carattere erotico, tipiche dello spirito emiliano. Le storie, anche se possono aver varcato i limiti della privacy, assicureranno un rilassante divertimento.

Editografica, Rastignano (BO) - pp. 118, euro 10,00

Paride e Alessandro Paparella

BABELITAL, OVVERO C'ERA UNA VOLTA IL...MEDICO

Un'arguta e ironica disamina della sanità in Italia. L'indagine è molto seria, ricca di informazioni e dati statistici tratti da istituzioni qualificate, ma trattata com'è in modo faceto e, a volte, umoristico, offrirà a tutti una piacevole lettura e al medico anche molti spunti per meditare sulla sua professione.

Grammarò Editori, Sestri Levante (GE)

pp. 103, euro 13,50

Andrea Vitali

UNA FINESTRA SUL LAGO

Centoquarantanove capitoletti che facilitano la lettura di una storia ricca di fatti e personaggi che, dal piccolo ambiente della provincia di Como, riflette molti aspetti della vita politica e sociale italiana durante i trent'anni successivi alla seconda guerra mondiale. Ma non si dovrà leggerli a salti per non perdere l'originalità di una trama tessuta con maestria.

Garzanti, Milano - pp. 360, euro 16,50

Petra e il deserto del Wadi Rum

Petra, il Cardo Romano



La città, scolpita nell'arenaria rossa delle montagne dai Nabatei, fu uno snodo cruciale per le rotte commerciali della seta, delle spezie e dell'incenso, che misero in contatto Cina, India e Arabia del Sud con Egitto, Siria, Grecia e Roma. Scomparsa dalle documentazioni dalla fine del XIV secolo, fu rivelata al mondo dall'esploratore svizzero Johann Ludwig Burckhardt nel 1812

testo e foto
di Mauro Subrizi

Petra, naturalmente, è il cuore del turismo giordano. Da sola, questa valle, vale un viaggio. Grandi templi scavati nella roccia, tombe templari ritagliate nelle pareti vertiginosamente a picco su un fondo-valle occupato dall'area archeologica della città antica, una delle massime al mondo, in gran parte riportata alla luce con grandiose scoperte arrivate soprattutto negli anni Novanta. Ci si sen-

te una sorta di gara fra la monumentalità della natura e quella dell'uomo.

Vi sono stati insediamenti umani fino dai tempi preistorici, ma prima che arrivassero i Nabatei, Petra era semplicemente uno dei pozzi d'acqua del deserto. Tra il III secolo a.C. e il I secolo d.C., costruirono una città superba e ne fecero il centro di un vasto impero commerciale. Nel 106 d.C. Petra fu annessa a Roma. Il cristianesimo arrivò nel IV secolo, i musulmani nel VII e i crociati per un breve nel

XII. Da allora Petra fu dimenticata fino al 1812 quando fu riscoperta da Johann Ludwig Burckhardt.

Per raggiungere il Siq, la stretta gola che porta a Petra, bisogna percorrere i 900 metri lungo l'ampia vallata conosciuta come Bab el-Siq. Questo preludio a Petra mostra già come i Nabatei amassero scolpire monumenti sui fianchi delle montagne. L'ingresso al Siq è segnato dai resti di un arco monumentale. È l'inizio di una galleria che comincia a gettare luce sull'affascinante

passato nabateo. Vi sono graffiti, canali d'acqua scavati nella roccia, nicchie con incisi profili di antiche divinità, pavimenti in pietra e scalinate che portano al nulla. Man mano che si prosegue, il Siq si restringe, e nel suo punto più profondo e scuro, inaspettatamente, si apre sul monumento più affascinante di Petra: il Tesoro. Incastonato nella roccia e protetto dalle pareti della valle, il magnifico Tesoro del I secolo a.C. regala una formidabile prima impressione di Petra. Il suo stile è unico nella città. Il suo nome, Khazneh el Faroun (tesoro del faraone), è dovuto alla tradizione beduina secondo la quale era la creazione magica di uno stregone che aveva nascosto un tesoro nell'urna della facciata.

Dal Tesoro il sentiero porta al Siq esterno, fiancheggiato da tombe di diverse dimensioni, alcune in parte sepolte dalla crescita del livello del terreno. Alla fine del Siq esterno, nel mezzo di questa grande necropoli, si trova il teatro classico. Iniziato dai Nabatei e forse proseguito dai Romani, è una struttura di ingegneria molto complessa.

Passato il teatro, il Siq esterno si apre in un'ampia spianata. Le rovine della città di Petra si trovano nel mezzo di questo ampio bacino. Oggi i frammenti della strada principale e di alcuni edifici sono tutto ciò che rimane della grande città che un tempo occupava la vallata.

Deserto Wadi Rum



Scavate ai piedi del monte el-Khubtha, un piccola deviazione sulla destra nel punto in cui il Siq esterno si apre sulla pianura centrale di Petra, vi sono le tombe reali: la dimensione monumentale suggerisce che siano state costruite per persone ricche o importanti, probabilmente re o regine di Petra. Le tombe ed i dintorni sono stupendi per le vivide striature di colore che corrono attra-

verso le pareti di arenaria, un effetto amplificato dalla luce del sole del tardo pomeriggio. Particolarmente suggestive la tomba della Setta e il soffitto della tomba dell'Urna.

WADI RUM

Il paesaggio desertico del Wadi Rum è una delle visioni più suggestive al mondo. Ci appare come una valle lunare con gigantesche

Deserto Wadi Rum



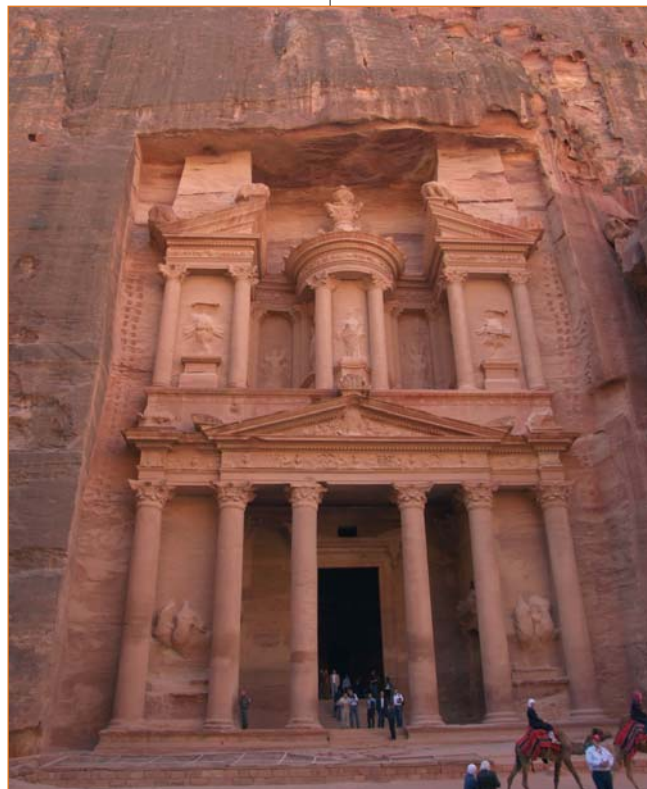
rocce rosse che sembrano sorgere dalle sabbie e si innalzano a 600 metri dalla piatta vallata. Centinaia di sentieri e percorsi per escursioni serpeggiano tra le vette principali. Questa zona era un tempo attraversata da una importante via commerciale e tracce di insediamenti comprendono le rovine di un tempio costruito dai Nabatei e statue ed incisioni lasciate dai Ta-

mudei. Oggi la regione è ancora abitata da tribù seminomadi di beduini.

Lawrence d'Arabia, il famoso eroe britannico della Prima guerra mondiale, condusse, contro i turchi, molte operazioni di guerriglia nel deserto. *I sette pilastri della saggezza*, che racconta la rivolta araba, contiene descrizioni poetiche del meraviglioso scenario del Wadi Rum. •



Petra, veduta del Tesoro dal Siq



Petra, il Tesoro

L'emozione del fado

Elisa Ridolfi, 32 anni, marchigiana, si è avvicinata per la prima volta alla musica popolare portoghese dieci anni fa. Oggi vanta collaborazioni con Dalla, Finardi e Peppe Servillo che l'ha accompagnata nell'ultimo disco

“È uno stato d'animo quasi pittorico, un mare d'inverno alle prime luci del giorno, bellezza e freddo. Questa è la mia saudade”



Elisa Ridolfi

di Paola Stefanucci

I critici musicali hanno proclamato da tempo all'unanimità Elisa Ridolfi “la più promettente interprete italiana di fado”, ed è difficile, ascoltandola, non essere d'accordo. La sua voce (e il suo aspetto) conquista, seduce, rapisce, strega. La giovane (32 anni) cantora marchigiana è (arcin)nota anche in... Portogallo, tanto per intenderci: ella è già entrata, tra l'altro, a pieno titolo, a Lisbona nei santuari della “musica dell'anima”, al Teatro St. Luiz e al Casinò dell'Estoril, dove è stata non meno ap-

plaudita della leggendaria Amalia Rodrigues. Ma le stimmate del successo non hanno scalfito la semplicità di Elisa Ridolfi che continua a dedicare buona parte del suo tempo ai bambini, soprattutto a quelli meno fortunati. E lei che certo è destinata, in virtù del suo talento canoro, a girare il mondo, confessa che mai vorrebbe allontanarsi dall'incantesimo bucolico del piccolo borgo, poco distante da Fano, dove abita. Tra non molto diventerà mamma, ma non per questo il suo calendario operativo è meno intenso. Un appuntamento? Per chi è già stato

catturato dal fascino della saudade, lo spirito lusitano (passione, rimpianto, nostalgia...) che è proprio l'essenza del fado, o per chi semplicemente lo voglia cogliere, il 18 luglio prossimo Elisa terrà un concerto al Festival di musica popolare “Villa e Castella” nel pesarese. Ma, ecco quanto lei stessa ci ha raccontato.

Elisa Ridolfi e il fado: quando è avvenuto questo fatale incontro?

È stato un incontro casuale circa dieci anni fa, inaspettato. Avevo un disco dei Madredeus, della collana Real World di Peter Gabriel, e Teresa Salgueiro cantava

dolcemente in portoghese, ma altro non avevo mai ascoltato. Poi Marco Poeta, chitarrista recanatese che conoscevo da qualche tempo, mi ha proposto un ascolto di Amalia Rodrigues e da lì il primo viaggio a Lisbona alla scoperta del fado popolare e di tutta la cultura che sta dietro questa musica. Beh, da allora non ho più smesso di camminarci dentro.

Ma perché il fado?

A questa domanda non so risponderle con miglior chiarezza se non che è stato il fado a scovare me. Quello che mi ha da subito affascinato e mi è parso vicino al mio sentire è la sua essenzialità e la sua verticalità. Con questo intendo una musica che vive non tanto nelle note ma nelle emozioni e nell'habitat interiore di chi canta o suona fado. Il fado mi ha permesso di intraprendere una ricerca di ampio respiro sul fronte musicale ma soprattutto esperienziale di me e dell'animo umano. Così non si finisce mai di esplorare e di approfondire questi mondi.

Ogni fadista ha il suo modello di riferimento. Il suo?

Diciamo che ci sono delle scuole, dei filoni di riferimento artistico-culturale in questo genere musicale. Per quanto mi riguarda ho avuto la fortuna di avvicinarmi di persona a grandi personalità del fado contemporaneo come Mariza o Ana Moura e a icone storiche come Argentina Santos. Che dire... in ogni volto, in ogni voce c'è una grande magia che mi turba l'anima e mi

invoglia a vivere il fado in una modalità personale.

La saudade secondo Elisa Ridolfi?

Questo fatidico termine, in traducibile, cruccio di poeti e pescatori, è uno stato d'animo quasi pittorico, un mare d'inverno alle prime luci del giorno, bellezza e freddo. Questa è la mia saudade.

Il suo primo concerto.

Nel 2000, nella Rocca roveresca di Mondavio, in provincia di Pesaro e Urbino. Ricordo solamente che vedevo tutto nero e potevo essere ovunque, un salto nell'abisso, un'emozione commovente.

Quando canta si avvolge sempre nel (carismatico) scialle nero?

Accettare lo scialle tradizionale che inizialmente non mi apparteneva è stata una lunga maturazione. Poi, pian piano, spontaneamente, ho iniziato a sentirlo un fedele compagno di emozioni e sono felice d'indossarlo quando canto. Quanto ancora starà con me...chissà.

Chi sono i suoi fan?

Non so se si possa parlare di fan, ma sicuramente ho delle persone che hanno seguito e invogliato il mio percorso traendone bellezza e affetto, per questo li ringra-

zio. Sono persone che amano ricercare musiche che difficilmente si ascoltano in concerto in Italia, persone che sono state in Portogallo e ne hanno amato cultura e musica, persone che amano la letteratura portoghese e la sua saudade.

I primi tempi erano persone adulte, che avevano conosciuto il fado attraverso Amalia Rodrigues e i suoi concerti in Italia. Nel giro di pochi anni il pubblico è aumentato, era meno di nicchia e ho iniziato a vedere volti giovani, che si stavano avvicinando alla musica popolare, un genere che negli anni ha avuto una grande riscoperta.

È a tutti noto il suo sodalizio professionale con celebri artisti quali Dalla, Finardi ed altri. Ce ne può parlare?

Certamente va ricordato Marco Poeta e la sua foga nell'organizzare eventi legati al nostro percorso nel fado portoghese in Italia. Che dire, come per gli incontri con i fadisti, aver collaborato attivamente con questi personaggi mi ha permesso di crescere sì musicalmente ma

soprattutto umanamente e professionalmente, una fortuna impagabile. Per ogni esperienza ho provato emozioni che rivivo tutte le volte che salgo su in palco. Tutto ciò che ho vissuto traspare nel mio cantare e nel mio comunicare: è questo, credo, il bottino migliore a cui si possa aspirare.

La sua voce, ormai, è racchiusa in numerosi dischi molto apprezzati dai fadofili, compreso l'ultimo "Canta me o fado" dove è in compagnia di Peppe Servillo, Francesco Di Giacomo e Monica Di Muro. Ma il suo primo cd?

Il mio primo lavoro discografico: "un mezzo trauma". Dopo soli cinque, sei mesi di concerti di fado e in giovane età, a poco più di vent'anni, mi sono ritrovata alle Officine Meccaniche di Mauro Pagani, a Milano, per registrare un disco dal titolo "O Fado, l'anima e la sua musica" assieme a Eugenio Finardi, Marco Poeta e Francesco Di Giacomo del Banco del Mutuo Soccorso. La realtà a volte si presenta davvero sorprendente e supera di gran lunga la fantasia.

Comunque il vero rapimento è avvenuto in quel periodo e grazie alla tournée che è seguita a quella mia prima incisione.

Sappiamo che suo padre è medico, lei non è mai stata tentata dal seguire le orme di Ippocrate al pari del suo genitore?

Il mio vissuto familiare non è agli antipodi con il mio percorso, la mia laurea infatti è in psicologia e avendo un padre psichiatra in piccola parte ne sono stata contagiata. La mia famiglia mi ha incoraggiata nel percorrere l'esperienza canora, soprattutto mio padre, essendo egli un vero amante dell'arte e dell'umano.

Come è scandita la sua giornata?

Oggi come oggi sto insegnando musica alle scuole elementari di Recanati, un po' lontano da casa, e sto lavorando a domicilio con bambini disabili. Sto spesso fuori casa per lunghe ore. Ammetto di essere una viaggiatrice per necessità, ma una sedentaria per vocazione. Quando torno a casa non mi muoverei più... Amo le mie quattro mura, situate per così dire in "semi-campagna".

Tra poco sarà mamma, che effetto le fa?

Mi sento, appunto, una viaggiatrice seduta sul divano di casa. Il viaggio è tutto dentro ma non per questo mi sta portando meno lontano. Questo è un po' il sentimento che vivo: mi serve sempre meno e mi sembra di avere sempre di più...anche qui... Che bella fortuna! •

Il fado è una musica che vive non tanto nelle note ma nelle emozioni e nell'habitat interiore di chi lo canta o lo suona

Elisa Ridolfi

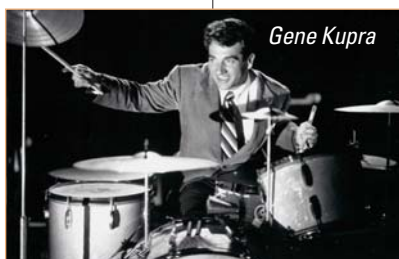


A proposito di Gene Kupra

Ho scoperto con piacere che nel numero tre di questa rivista si è parlato di una vera leggenda dello swing, forse poco valorizzata negli anni passati. Sì, Gene Kupra era un maestro del ritmo, un professionista che ha portato la batteria agli onori della ribalta,

dandole dignità di strumento autonomo. Con lui la batteria talvolta si sovrappone al clarinetto, e spesso lo sovravanza. Storico il duetto con Benny Goodman.

In *Sing Sing Sing* trapela chiaramente il confronto tra i due artisti, la tecnica musicale talvolta pedante di Goodman, l'entusiasmo e il ritmo rutilante di Kupra. Si sentono, durante gli assoli di batteria, gridolini provenire dagli elementi dell'orchestra, di enfasi, di incitazione, di puro stupore per il virtuosismo del portentoso batterista. Immaginate che cosa posso aver provato, anni fa, quando, passeggiando per via XX settembre, a Roma, in una frizzante sera di aprile, mi sono accorto che da una birreria che affacciava sulla strada provenivano le note di un pezzo dello stesso Kupra, *Drummin' Man*. Non potevo credere che in una birreria stessero suonando dal vivo un pezzo così particolare, così ritmico, così hard bop. Ero con quella che poi sarebbe divenuta mia moglie, siamo entrati, ci siamo seduti a bere qualcosa. Il locale era pieno all'inverosimile ma incredibilmente non volava una mosca. Erano tutti assorti ad ascoltare un sestetto strabiliante. Un pianoforte, un contrabbasso, una chitarra ritmica, un vibrafono, un sassofono, una tromba, un clarinetto ed una batteria. Il clarinetista era chiaramente il leader del sestetto e dettava tempi e modi, con evidente rispetto degli spartiti originali, ma con interpretazioni moderne, avvincenti, proprio come Goodman. Tra un pezzo e l'altro spiegava la storia del brano che di lì a poco sarebbe andato a suonare. Il virtuosismo nell'utilizzo del clarinetto era, credo, il massimo che io abbia mai potuto ascoltare nella mia vita di melomane. Le dita volavano sulla tastiera con una leggiadria nuova, vellutata, eterea. Gli altri elementi avevano bisogno solo di uno sguardo per cambiare tempo, per lasciare spazio all'improvvisazione. Ma-



Gene Kupra

gia. Swing allo stato puro. Ancora rammento un'interpretazione clamorosa di *Dark Eyes*. Dopo una breve interruzione, il secondo tempo del concerto inizia con un colpo di scena. Il batterista viene sostituito dal leader del gruppo che, dismesso il clarinetto, prende posto davanti a gran cassa, piatto e rullante. Il clarinetista, che fino a 5 minuti prima aveva interpretato alla grande brani di Goodman, cambia strumento e si produce in 40 minuti di pezzi mozzafiato con predominanza di batteria acrobatica alla velocità della luce. Nel fumo del locale, tra l'enfasi del pubblico in visibilio, di tanto in tanto si vedevano volteggiare in aria due bacchette mentre lui continuava a suonare, a pestare il tempo a ritmo incessante, formidabile. Credo si chiamasse Emanuele Urso. Ma in quel momento interpretava Kupra con tutto se stesso. Ho provato a seguire i suoi concerti nei vari locali di Roma, ma il matrimonio, la nascita di mio figlio, gli impegni che si sommano a quelli già pressanti di un lavoro h24, mi hanno allontanato da quella sera anni luce. Eppure l'altro giorno mi è capitato per le mani il Giornale della Previdenza, ho letto di Gene Kupra e ho ripensato a quella magica notte in cui, nel locale di via XX settembre, ho avuto il piacere di assistere ad un concerto di Benny Goodman e Gene Kupra, in un dualismo meraviglioso, con trasposizione del suono dolce del clarino nel rullio pervicace di piatti e casse. Ero contentissimo di aver trovato chi sapesse riprodurre i classici dei miei musicisti preferiti, ero stupito del fatto che in un'epoca approssimativa e frettolosa come la nostra, ancora esistessero giovani che avevano dedicato tutta la propria vita allo sviluppo di una professione che è anche un'arte. Ero spensierato e leggero, ero preso dallo swing. •

dott. Giovanni Larciprete

Il nostro collaboratore Piero Bottali spesso "perde il tempo" ricordando con discrezione i grandi del jazz. Alcuni di noi (pochi?) vivono in un periodo nel quale la musica non sembra più musica perché spesso sepolta da un fiume di inutili parole, perciò l'ultima "scelta" di Bottali - parlare un po' di Gene Kupra - colpisce i cuori teneri, quelli che hanno battuto ascoltando gli assoli di tromba uscire dalle strette stradine di New Orleans, ma an-

che a Parigi, Londra, Milano, Genova e Roma per citare qualche "covo" come quello che Lei, caro Larciprete, ricorda come una notte d'amore romana. Chissà? Forse in quella birreria c'ero anch'io ad ascoltare la stessa musica e a cantarla a "squarciagola" però dentro di me, perché nessuno fosse invogliato a curiosare nella mia memoria per appropriarsi di splendide note musicali.

G. Cris.

Scarpelli e l'Italia tragicomica

di Maricla Tagliaferri

Fu brusco quella volta. C'era stato un malinteso sulla Resistenza e la lotta partigiana. Non era riuscita l'ironia della frase e scattò duramente la difesa: "Non se ne parlerà mai abbastanza. Dove sarebbe lei adesso, senza la Resistenza?". Ci rimasi male, perciò,

dopo il chiarimento mi porse una rosa rossa. Eppure ero abituata alla sua implacabilità. Una volta mi sfuggì un vergognoso "no problem". Andò avanti per minuti interi a prendermi in giro, continuando però a sorridere premuroso, attento a che non mi offendessi sul serio, che capissi quanto era più forte di lui scorticare i luoghi comuni. Chiunque faccia questo mestiere da qualche anno ha almeno un ricordo personale, diretto, anche semplicissimo, ma sempre in qualche modo intimo di Furio Scarpelli, il padre della commedia all'italiana che se n'è andato lo scorso 28 aprile. Perché lui era come ha ricordato Francesca Archibugi, una delle sue "allieve": "Faceva sentire tutti come l'amico più caro, quello per cui c'è sempre tempo". Era, secondo le parole di Paolo Virzì, suo allievo al Centro Sperimentale, per il quale Scarpelli scrisse *Ovosodo e N - Io e Napoleone*: "Un uomo libero, che per tutta la sua vita s'è permesso il lusso di mandare a quel paese i cretini, i potenti e i prepotenti". Era nato a Roma, il 16 dicembre del 1919, figlio di Filiberto, fondatore del *Travaso delle idee*. Da giovane frequentò le più celebri riviste satiriche degli anni '30, dal *Marc'Aurelio* al *Bertoldo*, le stesse in cui bazzicava Federico Fellini. È là che incontra la sua metà: Agenore Incrocci, un bresciano di pochi mesi più vecchio di lui, figlio di artisti squattrinati. Diventeranno Age&Scarpelli, non si separeranno più fino alla morte di Age, cinque an-

ni fa. Insieme hanno scritto centoventi film, cominciando con Totò, da *Totò cerca casa* fino a quel *Totò e Carolina* diretto da Mario Monicelli e censurato peggio di *Ultimo tango*.

Una squadra irripetibile, quella di Scarpelli, che ha firmato le pagine più nobili del nostro cinema: Fellini, Sordi, Risi, Comencini, Rosi, Germi, Gassman, Tognazzi, Manfredi, Scola. Da Sergio Amidei, l'uomo che ha scritto *Roma città aperta*, impara il metodo che farà suo, quel mix di umorismo e etica, di impietosa critica sociale e di grande amore per ciascuno dei personaggi che inventava. Titoli alla rinfusa: *La Grande Guerra*, *Tutti a casa*, *Dramma della gelosia*, *L'armata Brancaleone*, *I soliti ignoti*, *C'eravamo tanto amati*, che partendo dalla lotta partigiana, arriva al 1974 e si ferma perplesso su un'Italia che sta cambiando e che perciò scruta con occhio ancora più vigile e premonitore; *La terrazza*, che scrisse per Ettore Scola, rivisto oggi spiega, da solo, la crisi della sinistra.

Continua a lavorare, dopo la morte di Age, insieme al figlio Furio o con scrittori giovani, per registi giovani, spesso esordienti. Perché amava aiutare i nuovi talenti. L'ultima sua sceneggiatura è stata per Stefania Sandrelli, debuttante nella regia con *Christine Cristina*.

Detestava chi si strappava i capelli per la fine della commedia all'italiana. Diceva: "Vi do una notizia: è morto anche il gongorismo, la scapigliatura e perfino il cubismo. È finita, lasciatela stare. Inventatevene un'altra, invece di urlare sulle tombe". Per parte sua, non s'è mai tirato indietro dal raccontare questo suo paese così "brutto, disonesto e vuoto", che aveva spinto all'esilio Bernardino Bertolucci: per lui, quei difetti erano materiale da affrontare con rigore morale "per far piangere ma anche per far ridere", come gli americani hanno imparato così bene proprio da persone come Furio Scarpelli. •



Furio Scarpelli

Detestava chi si strappava i capelli per la fine della commedia all'italiana. Diceva: "Vi do una notizia: è morto anche il gongorismo, la scapigliatura e perfino il cubismo"

di Arianna Cantiani (*)

Quattro anni fa, all'Università "La Sapienza" di Roma, ho discusso la tesi di laurea su "Il cambiamento organizzativo nel processo di privatizzazione degli enti pubblici: le risorse umane nella fondazione Enpam", un tema che mi sembra sempre più attuale, specialmente in un periodo di profondi cambiamenti come quello che stiamo vivendo. L'obiettivo di questa tesi è stato anche quello di mettere in evidenza come il processo di privatizzazione abbia influito, e in un certo senso cambiato, il "modo" di lavorare, le relazioni gerarchiche tra il *management* e il personale, evidenziando quale strada si è dovuta seguire per un miglioramento del clima sociale ed organizzativo interno il cui fine è legato al raggiungimento della *customer satisfaction* del cliente/utente che usufruisce dei servizi erogati dalla Fondazione. Un processo di ammodernamento delle amministrazioni è iniziato negli anni Novanta come una vera e propria rivoluzione che sta trasformando il sistema amministrativo italiano per renderlo più efficiente e in linea con i sistemi delle Pubbliche Amministrazioni degli altri Stati europei. In questo processo di riforma alla parola "amministrazione" si è affiancato il termine di "risultato". Oggi la Pubblica Amministrazione è chiamata ad abbandonare il vecchio ruolo burocratico che ha sempre

Una rivoluzione "personale"

Una tesi di laurea nel 2006 fotografava il momento di cambiamento evolutivo delle politiche manageriali della Fondazione. Quattro anni dopo un primo bilancio



I dirigenti stanno assumendo uno stile di leadership tendenzialmente partecipativo, in grado di stimolare una competitività tra le strutture e tra i collaboratori

avuto, deve essere più vicina ai bisogni dei propri clienti, deve saper raggiungere la *customer satisfaction* e deve avere, al suo interno, del personale motivato che senta come propria la *mission* dell'amministrazione in cui lavora. Tento di approfondire il tema.

Gli obiettivi che l'Enpam si

prefigge, con i dovuti cambiamenti, riguardano in primo luogo lo sviluppo di un maggiore senso di appartenenza e di motivazione tra persone che vi operano all'interno, lo sviluppo di un maggior coinvolgimento dei lavoratori, la valorizzazione delle esperienze anche con una differenziazione delle

condizioni; in secondo luogo, sempre connesso con il personale dell'organizzazione, l'Enpam intende adeguare le capacità e le competenze degli operatori attraverso la formazione basata su percorsi di apprendimento tali da sviluppare nuove competenze superando i tradizionali saperi e conoscenze, per entrare così nello sviluppo delle qualità personali.

Bisogna proseguire sulla strada del miglioramento della qualità del lavoro ed investire sulle relazioni interne affinché siano sempre più salde e capaci di produrre significati e valori condivisi. Non è più solo un problema di tecniche e strumenti di gestione: è un problema di clima, di investimenti emotivi, di valori da trasmettere e di codici morali da rispettare, di scelte molteplici e possibili da valutare, da rendere sostenibili e da perseguire. La Fondazione si sta concentrando su alcune aree di miglioramento per lo sviluppo organizzativo:

- le relazioni sociali: una buona capacità di gestire e comprendere le proprie e altrui emozioni può supportare le attività quotidiane in maniera costruttiva, facilitando la gestione dei rapporti interpersonali, creando una collaborazione attiva all'interno del gruppo di lavoro, condividendo conoscenze e competenze al fine di raggiungere l'obiettivo prefissato;
- la comunicazione: favorire lo scambio di informazioni e conoscenze con in-

terventi di supporto tecnologico e, soprattutto, con scambi di tipo formativo per cambiare la cultura dell'informazione;

- la formazione: organizzare la formazione in entrata allo scopo di "socializzare" i nuovi collaboratori e/o dirigenti alla "cultura amministrativa" dell'organizzazione, avviando percorsi formativi finalizzati alla condivisione delle nuove conoscenze e competenze professionali nonché alle dinamiche interrelazionali.

Nell'ottica di perseguire questa complessa ristrutturazione organizzativa, dopo quattro anni la Fondazione mostra il progresso raggiunto a partire dal vertice dirigenziale che vede coinvolti i *manager* in primis nell'affrontare la "nuova cultura" organizzativa impegnandosi in nuovi percorsi formativi con la coscienza che il miglioramento delle risorse umane dipende proprio da loro. Nondimeno, il miglioramento che la Fondazione intende raggiungere coinvolge tutti i livelli dell'organizzazione: oggi i dipendenti sono maggiormente coinvolti nelle decisioni da prendere e sempre più spesso i dirigenti richiedono dei momenti di confronto e di scambio di idee con il personale al fine di coinvolgerlo, di motivarlo e appassionarlo al lavoro. La condivisione di valori e il coinvolgimento emotivo del personale sono le armi per migliorare il clima sociale e la qualità dei servizi da offrire.

La strategia dell'Enpam consiste nel puntare le sue forze sul personale, sullo studio e sulla progettazione dei piani di formazione e autoformazione sia di tipo manageriale che di tipo professionale in cui fine ultimo è la crescita delle competenze. Gli attuali dirigenti stanno assumendo uno stile di leadership tendenzialmente partecipativo, in grado di stimolare una competitività tra le strutture (dipartimenti, servizi ed uffici) e tra i collaboratori, al fine di creare un clima sereno ed incentivante.

Il modo di lavorare è cambiato: ora è organizzato in gruppi di lavoro dove il per-

sonale mette a nudo le proprie conoscenze e competenze condividendo valori e coinvolgimento emotivo che si dimostrano le armi vincenti per migliorare il clima sociale e la qualità dei servizi da offrire.

Maggiore professionalità, maggiore efficacia e maggiore efficienza: questi sono gli obiettivi raggiunti attraverso la nuova politica di ristrutturazione adottata dall'Enpam che, scommettendo sulla formazione e la crescita del proprio personale, si mantiene al passo con i cambiamenti che già da anni svolgono un ruolo fondamentale nella crescita delle aziende private. La sfida che

l'Enpam ha raccolto la rende oggi un po' più "privata": basti pensare al Servizio di Accoglienza Telefonica che "aiuta" i medici ad affrontare qualsiasi perplessità in modo tale che i bisogni dei propri "clienti" siano soddisfatti in tempi rapidi e in maniera certa, fornendo ad essi un servizio di qualità superiore. Questo servizio, tipico del mondo imprenditoriale privato, punta come il resto delle innovazioni aziendali della Fondazione ad aumentare la *customer satisfaction* dell'utenza.

In conclusione, l'Enpam è impegnata a governare un intenso processo di evoluzione che richiederà un ulteriore investimento culturale oltre che politico e organizzativo e un forte impegno personale di tutti gli attori. •

(*) Funzionario Enpam

La Fondazione si sta concentrando sulle relazioni sociali, la comunicazione e la formazione per il miglioramento dello sviluppo organizzativo



Firenze

Accertamenti medicina fiscale

Sulla base di un quesito posto dalla Procura della Repubblica sulla funzione della visita fiscale si precisa che in assenza di una esplicita norma chiarificatrice, non rientra fra i compiti del medico fiscale quello di prolungare la prognosi del soggetto se non in situazioni eccezionali e motivandolo. Ovviamente il medico fiscale può constatare situazioni che consiglino l'immediato ricorso al curante di fronte ad una modificazione del quadro patologico che influenzi la prognosi.

Non rientra, inoltre fra i compiti del medico fiscale quello di sconsigliare il cittadino dal presentare il certificato del curante in caso di prolungamento della prognosi.



Rimini

Serve sempre la laurea per curare i pazienti? Non sempre in Italia

Il tono volutamente polemico di questo titolo affonda le radici nelle affermazioni che i Nas e la Cao insieme al ministero della Salute e l'Università hanno fatto per denunciare il fenomeno dell'abusivismo sanitario: da un lato gli abusivi puri completamente senza titoli e quindi sconosciuti agli Ordini ed al fisco, dall'altro l'inquietante fenomeno delle lauree false in odontoiatria e medicina acquisite non studiando ma con denaro e qualche viaggio. L'allarme è quindi di tutela della salute pubblica e di chi la professione la fa sul serio e anche di chi vede i propri figli faticare per superare il test di ingresso e studiare duramente per superare gli esami. Non è solo la consueta furbizia con cui dobbiamo confrontarci in tutte le professioni, ma un'attività delinquenziale che comporta danni per la salute, danni per l'immagine di tutti i medici e concorrenza sleale nei riguardi di chi investe e paga le tasse nella propria professione. Si stima che i falsi dentisti in Italia siano 15mila e i Nas a fianco degli Ordini dei medici in questa importante battaglia di civiltà scoprono e chiudono in media uno studio ogni tre giorni; ma se l'abusivo si fornisce di una laurea comprata ma legalmente riconosciuta ci troviamo di fronte ad un incompetente scorretto legalmente non punibile. I Nas ricordano che nelle loro attività ispettive sono stati identificati anche falsi fisioterapisti, sedicenti dottori di medicina estetica, dietologi, falsi infermieri, ed è evidente che le carenze culturali di questi personaggi possono provocare danni gravissimi all'incauto paziente. L'esercizio abusivo di una professione sanitaria



oltre che un reato in senso stretto è un reato etico perché contro la persona e come tale rientra fra le tutele che l'Ordine dei medici deve ai cittadini. Per tutto questo il problema, che sta cambiando di caratteristiche in questo periodo, deve essere monitorato con la massima attenzione, sfruttando tutte le sinergie che gli Ordini i Nas e l'Università possono mettere in atto.

Giovanni Cananzi

Novara

Attività libero professionale intramuraria

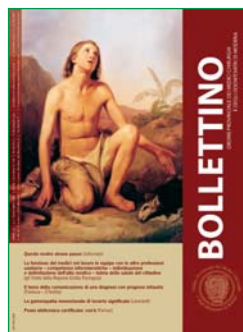
Si ritiene opportuno segnalare che nella Gazzetta ufficiale n. 302, del 30 dicembre 2009, è stato pubblicato il Decreto legge 30 dicembre 2009 n. 194 recante "Proroga di termini previsti da disposizioni legislative" che all'art. 6, comma 1, apporta modifiche all'art. 1, comma 2, della legge 120/07 recante "Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria", prevedendo la proroga al 31 gennaio 2011 dell'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria.



Modena

Posta elettronica certificata

Il Consiglio Direttivo dell'Ordine nella seduta del 3.3.2010, a conclusione di una trattativa che ha impegnato Ordine e Federazione Nazionale per alcuni mesi, ha deliberato di sottoscrivere una convenzione con ArubaPEC Spa per la



fornitura di caselle di posta elettronica certificata agli iscritti a condizioni economiche particolarmente vantaggiose.

Ferma restando la libera scelta per ogni singolo professionista di acquistare la propria casella presso un qualsiasi Gestore autorizzato, la proposta alla quale aderisce l'Ordine di Modena prevede l'acquisto, a carico dell'interessato, di una casella di posta certificata per la durata di 3 anni al costo complessivo di € 6,00 + IVA.

Nella considerazione che gli obblighi di legge (Legge 2/2009) impongono ad ogni professionista iscritto all'Ordine la dotazione di una casella di posta elettronica certificata, che deve essere comunicata all'Ordine di appartenenza, ti invitiamo ad attivare la casella di posta elettronica con la convenzione che ti proponiamo perché, in aggiunta ad un costo molto contenuto, l'accordo

prevede che il successivo adempimento di comunicazione all'Ordine degli indirizzi Pec attivati, venga assolto a cura del Gestore.

Nel giro di alcune settimane sarà accessibile un portale internet che ArubaPEC si è impegnata a realizzare per consentire a tutti i colleghi iscritti l'attivazione della propria casella di posta elettronica in modo semplice e immediato.

Quanto prima ti comunicheremo i percorsi e le modalità di attivazione tramite il Bollettino, la newsletter e il sito Internet.



Lucca

Reperibilità pubblici dipendenti

Nella Gazzetta Ufficiale n.15 del 20 gennaio 2010 è stato pubblicato il decreto 18 dicembre 2009, n.206, recante "Determinazione delle fasce orarie di reperibilità per i pubblici dipendenti in caso di assenza per malattia". Il decreto, emanato dal Ministro della Pubblica Amministrazione e l'innovazione, entra in vigore il 4 febbraio 2010 e prevede all'art.1

che in caso di assenza per malattia le fasce di reperibilità dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni siano fissate secondo i seguenti orari: dalle 9 alle 13 e dalle 15 alle 18. L'obbligo di reperibilità sussiste anche nei giorni non lavorativi e festivi. L'art. 2 dispone che sono esclusi dall'obbligo di rispettare le fasce di reperibilità i dipendenti per i quali l'assenza è etiologicamente riconducibile ad una delle seguenti circostanze: a. patologie gravi che richiedono terapie salvavita; b. infortuni sul lavoro; c. malattie per le quali è stata riconosciuta la causa di servizio; d. stati patologici sottesi o connessi alla situazione di invalidità riconosciuta. Sono altresì esclusi i dipendenti nei confronti dei quali è stata già effettuata la visita fiscale per il periodo di prognosi indicato nel certificato.



Venezia

Scontrini criptati in farmacia

Dal primo gennaio 2010 sparisce il nome del farmaco sullo scontrino rilasciato dalla farmacia. Per chiedere lo sconto fiscale sull'acquisto dei farmaci, gli scontrini dovranno contenere l'indicazione della natura e della quantità dei medicinali acquistati, del codice

alfanumerico posto sulla confezione (che sostituirà il

nome) e del codice fiscale del destinatario della spesa. La menzione in chiaro del nome del farmaco, secondo il Garante della privacy (che ha emesso un provvedimento in data 29 aprile 2009 per la protezione dei dati personali), comporta una lesione della riservatezza e della dignità dei contribuenti. E' il caso di quelle persone che presentano la dichiarazione dei redditi ad un Caaf o ad un professionista abilitato, assieme alla documentazione di spesa: con lo scontrino "parlante" si può configurare un trattamento sistematico di dati personali sul proprio stato di salute che ne riveli le patologie. Per questo motivo il nome della medicina scompare dallo scontrino; al suo posto il numero di autorizzazione all'immissione in commercio (Aic) rilevato attraverso la lettura ottica del codice a barre di ciascun farmaco. Questa soluzione è in grado di bilanciare il rispetto della dignità delle persone e l'interesse pubblico alla riduzione del rischio di indebite detrazioni e deduzioni fiscali.



Genova

Certificati di malattia on-line anche per i dipendenti del settore privato

Il 4 marzo 2010 al Senato è stato approvato un disegno di legge che delega al Governo disposizioni in materia di lavoro pubblico. All'art. 25, comma 1: "Al fine di assicurare un quadro completo delle assenze

per malattia nei settori pubblico e privato, nonché un efficace sistema di controllo delle stesse, a decorrere dal 1° gennaio 2010, in tutti i casi di assenza per malattia dei dipendenti di datori di lavoro privati, per il rilascio e la trasmissione della attestazione di malattia si applicano le disposizioni di cui all'articolo 55-septies del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165".

La normativa che prevede l'invio dei certificati di malattia all'INPS per i dipendenti pubblici è stata estesa anche ai dipendenti del settore privato a partire dal 1° gennaio 2010. Data l'attuale esperienza sull'invio all'INPS delle richieste di invalidità, non è dato sapere quando andrà, tutto questo, a regime, sperando che funzioni meglio dell'attuale collegamento. Sicuramente l'onere di lavoro burocratico per il medico aumenterà notevolmente ed è impensabile poter delegare una segretaria all'atto certificativo. Vengono spontanee tre domande: **1.** per i certificati fatti a domicilio, il medico sarà disposto a portarsi il compito a casa a fine giornata? **2.** come si può fare avere copia del certificato al lavoratore malato, costretto a domicilio (l'attuale esperienza dell'invio all'INPS delle domande di invalidità insegna). **3.** si parla del 1° gennaio... ma di quale anno?

Mario Pallavicino



ALCUNE DOMANDE SUL FUTURO PREVIDENZIALE

Caro Presidente,
invio questa lettera per porre dei quesiti riguardanti la mia situazione ed il mio futuro previdenziali. Lavoro come medico di base dal 1984 in un

comune della provincia di Pordenone e sono iscritto presso l'ordine dei medici dal 1983. I quesiti che intendo porre sono i seguenti:

- a quanto ammontano i versamenti contributivi ad oggi?
- qual è la somma che dovrei versare per riscattare gli anni universitari?
- tale somma è completamente deducibile ai fini fiscali?
- quale potrebbe essere la mia pensione cessando l'attività a 65 oppure a 70 anni con e senza il riscatto degli anni universitari?
- la mia pensione verrà calcolata con il sistema contributivo o retributivo?

Certo di una risposta invio cordiali saluti.

(lettera firmata)

Caro Collega,
sulla posizione previdenziale in essere presso il Fondo dei Medici di Medicina Generale risultano accreditati contributi, dal dicembre 1983 all'ottobre 2009, pari ad € 227.135,77.

In costanza di contribuzione, al compimento del 65° anno di età ti verrà erogata una pensione di vecchiaia il cui importo mensile è stato ipotizzato in circa € 3.700,00 lordi. Proseguendo il rapporto in convenzione fino al 70° anno di età, invece, la prestazione previdenziale è quantificabile in circa € 4.700,00 mensili lordi.

Pertanto, come richiesto, potresti riscattare gli anni del corso di laurea. In tale eventualità dovresti sostenere un onere determinato in circa € 70.000,00, totalmente deducibile, con possibilità di ammortamento rateale.

La relativa domanda, non vincolante, può essere presentata tramite apposita modulistica reperibile presso il sito Internet www.enpam.it, ovvero presso l'Ordine provinciale.

In questa sede, ho dato incarico agli uffici di effettuare i calcoli ipotetici degli importi di cui potresti usufruire all'at-

to del collocamento a riposo, qualora decidessi di effettuare il riscatto in parola.

Ne è scaturito che il rateo mensile, a 65 anni, sarebbe di circa € 4.300,00 lordi mentre, a 70 anni, ammonterebbe a circa € 5.300,00 mensili lordi.

Ti rappresento, infine, che le prestazioni previdenziali erogate dalla Fondazione E.N.P.A.M. sono determinate con una tipologia di calcolo retributivo-reddituale più vantaggiosa del sistema contributivo.

Corre l'obbligo di precisarti che, a fronte di eventuali modifiche della normativa previdenziale di riferimento, le ipotesi sopra rappresentate potrebbero subire variazioni. È pertanto opportuno che tu proceda, prima della cessazione del rapporto professionale, ad una ulteriore verifica presso il Servizio competente all'erogazione della pensione.

Ne consegue che la presente informativa non deve ritenersi impegnativa per la Fondazione.

Ti saluto cordialmente.

Eolo Parodi



MI CONVIENE PENSARE ANCORA AL RISCATTO?

Caro Presidente,

ti confesso che fino ad ora non ho mai preso in considerazione il problema della pensione, ma cominciando a sentire che diversi colleghi a me vicini per età, sono già andati o sono prossimi, ho pensato fosse necessario conoscere la mia situazione. Se la memoria non mi inganna, dal 1976 al 1981, ho svolto la mia attività come medico generico per diverse mutue nazionali e aziendali; successivamente il mio rapporto è stato sempre e solo come libero professionista, come lo è tuttora. A che età andrò in pensione? Quanto dovrei percepire se i miei contributi restassero pressoché invariati fino all'età pensionabile? Conviene alla mia giovane età pensare ancora al riscatto degli anni di laurea? E quale dovrebbe essere eventualmente il corrispettivo da versare? In quante rate o tempo? Che cosa è il riscatto di allineamento?

Ti ringrazio anticipatamente e colgo l'occasione per inviarti i miei più cordiali saluti.

(lettera firmata)

Caro Collega, allo stato, risultano in tuo favore memorizzati i versamenti contributivi al Fondo di Previdenza Generale, sia alla gestione di Quota A, emessi a mezzo di ruoli esattoriali, sia quelli derivanti dall'esercizio dell'attività libero professionale, affluenti alla gestione di Quota B. In particolare, presso il Fondo della Libera Professione risultano accreditati contributi pari ad € 82.958,35, versati per redditi dichiarati tra il 1990 ed il 2008.

Atteso che la gestione in parola non contempla l'erogazione di prestazioni di anzianità, in costanza di contribuzione, a partire dal compimento del 65° anno di età ti verrà erogata la pensione di vecchiaia.

Nel dettaglio, la stima effettuata ha determinato, per la Quota A, un trattamento mensile lordo di circa € 280,00.

Per quanto riguarda la Quota B, i calcoli sono stati effettuati ipotizzando costante l'ultimo versamento memorizzato, con l'aliquota del 12,50%, fino all'età del collocamento a riposo. Ne è scaturito un rateo di circa € 1.300,00 lordi mensili.

Peraltro, qualora intendessi, come richiesto, riscattare i 6 anni del corso di laurea, dovresti affrontare un onere stimato in circa € 57.000,00, interamente deducibili.

L'altra forma di riscatto prevista dal regolamento del Fondo consente, invece, di allineare uno o più anni di attività, nei quali la contribuzione sia risultata inferiore, all'importo del contributo più

elevato fra quelli versati negli ultimi tre anni.

Se interessato, ti invito a presentare le relative domande, reperibili sul sito Internet, www.enpam.it o presso l'Ordine provinciale. A seguire, gli uffici ti invieranno una proposta, non vincolante, con importi dettagliati e precisi prospetti di versamento.

Inoltre, ti ricordo che risultano accreditati a tuo nome contributi sul Fondo dei Medici di Medicina Generale per € 23.091,52.

Tali versamenti, effettuati complessivamente tra il 1975 ed il 1996, ti daranno il diritto all'erogazione di un ulteriore trattamento previdenziale, sempre dal compimento dei 65 anni, per un importo approssimativo di € 700,00 lordi mensili.

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

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

Ti saluto cordialmente.

E. P.



QUANDO POSSO ANDARE IN PENSIONE?

Egregio presidente Parodi, nata nel 1956, laureata nel 1981, pago i contributi come medico di medicina generale dal 1983 e ho riscat-

tato gli anni di laurea nel 2004. Volendo soddisfare una mia personale curiosità, la domanda è questa: con i continui cambiamenti operati di volta in volta dal nostro Governo, con la situazione attuale e con i miei dati sopra descritti, quando potrei prevedere di cessare l'attività ed andare in pensione? E poi visti i contributi pagati e le quote "A" del Fondo, quanto teoricamente andrei a riscuotere come importo di pensione? Ringraziando anticipatamente per la vostra gentile risposta, porgo cordiali saluti.

(lettera firmata)

Cara Collega, preliminarmente ti rappresento che le norme regolamentari attualmente in vigore, prevedono che il trattamento pensionistico ordinario venga erogato all'iscritto che cessi dal rapporto con gli Istituti del S.S.N. dopo il compimento del 65° anno di età. La rendita pensionistica è erogata, altresì, al Sanitario che cessi lo svolgimento dell'attività convenzionata al raggiungimento del 58° anno di età, sempre che egli abbia maturato presso il Fondo una anzianità contributiva effettiva o riscattata non inferiore a 35 anni; è necessario, inoltre, aver conseguito da almeno 30 anni il diploma di laurea in medicina e chirurgia.

Nel tuo caso, considerando gli anni oggetto di riscatto, al compimento del 58° anno di età avrai maturato i requisiti previsti dalla vigente normativa per l'accesso al trattamento di quiescenza. Tuttavia, in applicazione della legge n. 449/97, il trattamento pensionistico anticipato decorrerebbe dal 1°

aprile 2015, prima finestra utile di uscita.

Supponendo, quindi, la cessazione dell'attività professionale svolta in convenzione con gli Istituti del S.S.N. a tale data, l'ammontare della rendita pensionistica che ti verrà erogata a carico del Fondo Medici di Medicina Generale è quantificabile in circa € 3.000,00 lordi mensili. Qualora decidessi di convertire in capitale il 15% della pensione maturata, come consentito dalle vigenti norme regolamentari, percepiresti una indennità pari a circa € 80.000,00 al lordo delle ritenute fiscali e un trattamento pensionistico, lordo mensile, di circa € 2.500,00.

Al compimento del 65° anno di età, inoltre, ti verrà erogata la rendita pensionistica a carico della "Quota A" del Fondo di Previdenza Generale. Nel merito, ti comunico che supponendo costante la contribuzione fino al raggiungimento del suddetto requisito anagrafico, l'ammontare del trattamento pensionistico è quantificabile in circa € 300,00 lordi mensili.

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

Colgo l'occasione per salutarti cordialmente.

E. P.

Collezionista? Chi ha passione per la storia

di Gian Piero Ventura (*)

Dopo alcuni numeri dedicati alla sua importanza sociale, alle emissioni congiunte ed agli antichi Stati... cambiamo punto di vista sul francobollo e questo mese parliamo invece del suo lato commerciale, così da poter rispondere anche alle tante domande che ci giungono, tra cui prendiamo spunto per tutti da quelle di Salvatore Gulino e Luca Valentino.

Ne parliamo con Sebastiano Cilio, presidente della Borsa Filatelica, associazione nazionale che si propone di promuovere relazioni amichevoli tra commercianti e collezionisti di francobolli, periti e cultori di filatelia, sempre al fine di incrementare la diffusione di questo settore del collezionismo.

Che suggerimento possiamo dare a chi vuol comprare o, a volte più complicato, vendere?

Per comprare bisogna sempre rivolgersi a negozi spe-

cializzati, che sono gestiti da commercianti seri, solitamente con esperienza di anni. È meglio diffidare invece delle vendite on line da parte di sconosciuti, specialmente se il prezzo è troppo basso rispetto al mercato reale, come un Gronchi Rosa a 500 Euro!! Per vendere invece si può andare sempre dai commercianti professionisti, che oltretutto essendo fisicamente presenti nelle loro strutture possono sempre rispondere a qualsiasi necessità del cliente. Se poi capita il caso di grosse collezioni, volendo ci si può anche rivolgere direttamente alle case d'asta.

Ma secondo lei quando

una persona può definirsi collezionista?

Quando si ha di certo una passione per la storia, così come la voglia di mettere insieme degli oggetti per arrivare a un obiettivo.

A differenza poi di altri tipi di collezione, come ad esempio le cartoline, dei francobolli sappiamo sempre esattamente quanti e quali sono, grazie anche alla presenza di diversi e prestigiosi cataloghi, dunque ogni traguardo risulta definito e quindi raggiungibile.

Ma dal punto di vista commerciale cos'è esattamente un francobollo?

È un bene di investimento, non certo speculativo a breve, bensì duraturo a medio

lungo termine. Non costa tanto, non subisce molto l'inflazione e può dare anche delle interessanti soddisfazioni, nel tempo.

Ringraziamo il presidente Cilio e ricordiamo che sul sito www.borsafilatelica.com sono presenti riferimenti, informazioni e si possono anche inviare delle domande alle quali viene sempre cortesemente risposto.

Per concludere, dato che dal nostro punto di vista non è mai troppo parlarne, segnaliamo la recente emissione da parte di Poste Italiane di un foglietto comprendente quattro francobolli celebrativi della Spedizione dei Mille.

Un'emissione, naturalmente, che va in direzione dei prossimi festeggiamenti del 150° anniversario dell'Unità d'Italia. •

(*) gp.ventura@enpam.it

Bene di investimento non certo speculativo a breve bensì duraturo a medio-lungo termine





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

Secundo una consolidata interpretazione giurisprudenziale e dottrinale il consenso informato non è considerato un atto puramente formale e burocratico, ma il requisito fondamentale dal quale discende la liceità dell'attività medica autorizzata dal legislatore italiano. Infatti, dall'acquisizione del consenso informato del paziente, salvo i casi espressamente previsti dalla legge, dipende la legittimità dell'atto medico o chirurgico, così come si è ormai affermato da tempo sia in dottrina che in giurisprudenza. In Italia partendo dalle indicazioni di principio ricavabili dagli artt. 2, 13 e 32 della Cost. si è riconosciuto un ruolo premimente alla volontà del paziente nell'ambito del rapporto di cura.

**Il diritto del paziente
a formulare un consenso
informato appartiene
ai diritti inviolabili
della persona**

Trattamento differente da quello concordato

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

Il consenso, oltre che prestato da persona capace, deve essere anche effettivo, cioè informato, perché reso da un soggetto edotto sul tipo e sulle conseguenze dell'intervento, scritto o orale, tacito (derivante da comportamento concludente non equivoco) o putativo (quando si agisce pensando, in base ad errore scusabile ex art. 59 c.p.). Invece, nessun margine operativo è riconosciuto al consenso presunto, ricorrente quando il soggetto agente sa che

l'avente diritto non ha prestato il consenso, ma l'avrebbe dato se fosse stato a conoscenza della situazione o se fosse stato in grado di esprimerlo. Per questa ragione, la liceità dell'atto medico dipende non dall'esito bensì dalla previa acquisizione del consenso informato del paziente.

Nelle pronunce, che affermano la centralità del consenso informato, emerge una notevole severità nel valutare il comportamento del medico che operi in assenza o al di fuori della volontà del paziente, anche se l'esito dell'intervento risulta vantaggioso per il malato.

Invero sul rilievo penale dell'atto arbitrario, quale condotta lesiva della libertà morale del malato vi sono ulteriori interventi della giurisprudenza e della dottrina. Alcuni orientamenti ritengono applicabile sola la fattispecie della violenza privata, prevista dall'art. 610 c.p., solamente quando il sanitario agisca in presenza del rifiuto del malato; altri, invece, prospettano l'applicazione anche degli artt. 613 (stato di incapacità procurato mediante violenza) e 605 (sequestro di persona) c.p. quando l'atto medico sia realizzato senza od oltre, il consenso del paziente, anche se si tratti di atti non chirurgici, ovvero non produttivi di alcuna

lesione fisica.

Perciò, alla luce dei precedenti orientamenti, il principio del consenso informato non tutela solo ed esclusivamente l'integrità fisica del paziente, ma anche la sua libertà morale, e l'atto medico che ne prescinda o che lo contraddica non può che apparire in sé lesivo di questa libertà. Di conseguenza alla condotta del medico, che costringe il paziente a tollerare qualcosa ed a affliggere una violenza, verrà applicata la fattispecie di cui all'art. 610 c.p. Infine, il medico, che senza aver acquisito il consenso informato del paziente, compia un intervento chirurgico nel rispetto dei protocolli e delle *leges artis* con esito favorevole per il malato, non risponderà di violenza privata. •

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



ORGANI COLLEGIALI

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

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

COMITATO ESECUTIVO

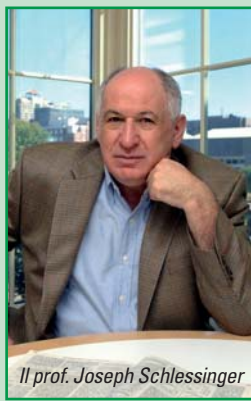
Prof. Eolo PARODI (Presidente)
Dr. Mario FALCONI (Vice Presidente Vicario)
Dr. Giovanni Pietro MALAGNINO (Vice Presidente)
CONSIGLIERI: Dr. Giuseppe DEL BARONE · Dr. Arcangelo LACAGNINA · Dr. Benito MELEDANDRI · Dr. Alberto OLIVETI · Dr. Paolo ORIANA.

COLLEGIO SINDACALE

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

PREMIO PEZCOLLER- AACR ALLA RICERCA ONCOLOGICA

Alla cerimonia del "2010 Pezcoller Foundation – AACR International Award for Cancer Research", il 7 maggio scorso, il presidente della Fondazione Gios Bernardi ha consegnato il premio di quest'anno (Euro 75 mila) al prof. Joseph Schlessinger del Dipartimento di Farmacologia della Yale School of Medicine. La motivazione dell'ambito riconoscimento, indicata dal prof. Gianpaolo Tortora dell'Università di Napoli, chair dell'internazionale Comitato Scientifico di Selezione, recita: "Schlessinger ha un primato eccezionale di successi nella ricerca. Il suo gruppo ha scoperto i principali meccanismi di attivazione dei ricettori del fattore di crescita di membrana, come la dimerizzazione del ricettore e l'autofosforilazione e identificato le proteine dell'adattatore che permettono il flusso di informazione dai ricettori attivati ai compartimenti intercellulari e ha definito il funzionamento di parecchi ricettori tirosine kinase a risoluzione atomica, offrendo i fondamenti concettuali per l'identificazione dei nuovi inibitori tirosine kinase. A questo proposito il professor Schlessinger ebbe anche molto successo nel traslare queste scoperte nella pratica clinica, indicando farmaci come il Sunitinib e il PLX-4032, che hanno già determinato un impatto nel trattamento dei pazienti".



Il prof. Joseph Schlessinger

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

IL GIORNALE DELLA PREVIDENZA DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

PERIODICO INFORMATIVO DELLA FONDAZIONE ENPAM

Editore: Fondazione ENPAM

DIREZIONE E REDAZIONE

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

Direttore: EOLO PARODI

Direttore responsabile: GIULIANO CRISALLI

PROGRAMMAZIONE E COORDINAMENTO

Carlo Ciocci

Fax 06 48294793

email: c.ciocci@enpam.it

CULTURA

Claudia Furlanetto

email: c.furlanetto@enpam.it

CONGRESSI, CONVEGNI E CORSI

ARCHIVIO E DOCUMENTAZIONE

Andrea Meconcelli: Tel. 06 48294513

Fax 06 48294260/793

email: congressi@enpam.it

SCIENZA E SOCIETÀ

Andrea Sermoni

email: studio.sermoni@gmail.com

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Paola Boldregghini: Tel. 06 48294258 - Fax 06 48294260

email: giornale@enpam.it

Foto: Archivio ENPAM - THINKSTOCK

MENSILE - ANNO XV - N. 5

DEL 21/05/2010

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

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

Stampa: COPTIP Industrie Grafiche

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

tel: 059 312500 - fax: 059 312252

email: centralino@coptip.it

Servizio Accoglienza Telefonica

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

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

NOTIZIE FLASH

TERREMOTO ABRUZZO – proroga sospensione dei termini di versamento

Con Ordinanza n. 3837 del 30 dicembre 2009 la Presidenza del Consiglio dei Ministri ha previsto che *“il termine di scadenza della sospensione degli adempimenti e dei versamenti tributari nonché dei contributi previdenziali ed assistenziali e dei premi per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali, è prorogato al 30 giugno 2010. Non si fa luogo al rimborso di quanto già versato”*.

Quota A - pagamento contributi 2010

Qualora l'avviso di pagamento pervenga oltre la scadenza della prima rata, il pagamento potrà essere effettuato entro 15 giorni dal ricevimento.

In caso di smarrimento o mancato ricevimento dell'avviso deve essere tempestivamente inoltrata ad Equitalia Esatri S.p.A. tramite fax al n. **02.6416.6617** o all'indirizzo e-mail taxtel@equitaliaetr.it un'apposita richiesta completa di nome, cognome, codice fiscale, indirizzo, recapito telefonico e copia di un documento di identità in corso di validità.

Utenti registrati nell'area riservata: anche quest'anno gli utenti registrati presso il portale www.enpam.it potranno reperire direttamente un duplicato dei bollettini RAV accedendo all'Area riservata del sito. In questo caso il pagamento potrà essere effettuato presso gli Istituti di Credito oppure con carta di credito mediante il servizio TAXTEL: via telefono al n. 800.191.191 via internet al sito www.taxtel.it.

Domiciliazione bancaria – RID

Il **31 maggio** scade il termine per poter usufruire dell'addebito permanente in conto corrente (modulo RID).

Attenzione:

il modulo RID non dovrà essere presentato alla propria banca bensì trasmesso direttamente ad Equitalia Esatri S.p.A.; l'addebito delle somme dovute è effettuato automaticamente l'ultimo giorno utile per il pagamento di ciascuna rata o alla scadenza della prima in caso di opzione per il pagamento in unica soluzione;

l'iscritto che aderirà al servizio di domiciliazione bancaria non dovrà in alcun caso procedere al versamento diretto della rata con scadenza 30 aprile;

per il servizio offerto, la commissione richiesta da Equitalia Esatri S.p.A. è di euro 2,07 per ogni addebito;

le eventuali successive variazioni del codice Iban dovranno essere segnalate ad Equitalia Esatri S.p.A. – Ufficio RID a mezzo fax al n. **02.6416.6619** oppure alla seguente casella rid@equitaliaesatri.it.

Quota B - redditi professionali 2009

Obbligo contributivo e termini di presentazione: i professionisti iscritti all'Enpam sono tenuti a comunicare il red-

dito derivante dall'esercizio della professione medica e odontoiatrica prodotto nel corso dell'anno 2009 entro il **31 luglio 2010**. Tale dichiarazione può essere effettuata utilizzando il **modello D 2010 recapitato al domicilio degli iscritti entro il mese di giugno 2010**.

Mancato ricevimento modello D personalizzato: coloro che non verranno in possesso del modello D personalizzato, possono utilizzare il *“modello D generico”* disponibile sul sito internet www.enpam.it, presso la sede dell'Enpam in Roma, via Torino n. 98 (II piano) o presso gli Ordini dei Medici provinciali.

Invio modello D cartaceo: la dichiarazione va spedita a Fondazione Enpam, Casella postale n. 13100, 00185 Roma **esclusivamente** a mezzo raccomandata semplice.

Invio modello D in ritardo: in caso di invio del modello D oltre il termine del **31 luglio 2010**, è prevista l'applicazione di una sanzione in misura fissa pari a **euro 120,00**.

Contribuzione ridotta: la richiesta di contribuzione ridotta presso il Fondo della Libera Professione Quota B può essere presentata entro il **31 luglio 2010** dagli iscritti dotati di altra copertura previdenziale obbligatoria ovvero dai titolari di un trattamento pensionistico.

Opzione contribuzione intera: gli iscritti già ammessi alla contribuzione ridotta possono optare per il versamento del contributo nella misura intera del 12,50%. Tale opzione **non è revocabile**.

Pensionati del Fondo Generale: i pensionati del Fondo Generale, se titolari di reddito professionale, possono chiedere entro il **31 luglio 2010**, nell'apposito riquadro nel modello D o con domanda semplice, di essere ammessi al versamento del contributo nella misura intera del 12,50% o ridotta del 2%. Le modalità di versamento del contributo e di invio del modello D sono identiche a quelle previste per gli iscritti non pensionati.

Si rappresenta, peraltro, che il Consiglio di Amministrazione dell'Enpam, **con delibera n. 53 del 25 settembre 2010**, visto il quadro giuridico di riferimento ed al fine di evitare possibili contenziosi con la Gestione Separata INPS, **ha proceduto all'abolizione dell'esonero contributivo per i pensionati del Fondo che proseguono nell'esercizio dell'attività**. Tale provvedimento è tuttora al vaglio dei Ministeri vigilanti per la prescritta approvazione.

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!