

IL GIORNALE DELLA Previdenza

dei Medici e degli Odontoiatri



PARODI

**Il presidente
fa il punto
sulla Fondazione**

2

PREVIDENZA

**L'Enpam
riforma
le pensioni**

3

FNOMCEO

**Nuovo progetto
di formazione
a distanza**

12

PROFESSIONE

**Una dottoressa
su dieci
è primario**

20

periodico

DCOER0953

Omologato

Posteitaliane

un futuro di certezze.

Per mantenere il tuo standard di vita dopo aver cessato l'attività lavorativa avrai necessità del 75/80% dell'attuale reddito professionale.

FondoSanità è la risposta alle tue esigenze di integrazione previdenziale.

www.advenir.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)

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

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.

in questo numero

2 Il punto del Presidente	32-33 Neuroblastoma infantile
3 L'Enpam riforma le pensioni	34 Accadde a... Giugno
4 Quota B, certificazioni fiscali on-line	35-38 Congressi, convegni, corsi
5-6 Contribuenti e redditi della Quota B	39 Medici e sport
7 Notizie	40-41 Il punto sulla Laparoscopia
8 Contributo alla gestione separata Inps	42-43 Se il reato è figlio del malessere
9 Dal 2011 la buonuscita è calcolata come il Tfr	44-47 Recensioni libri
10-11 A proposito di Statuto Enpam	48 "Il governo tecnico dell'ospedale"
12-13 Fnomceo, la formazione a distanza	49 Antichi ospedale, il Ca' Granda
14 Federspev	50-51 Medici illustri, Garibaldi fu ferito...
15 Progetto giovani	52-53 To care: voler(si) bene
16-17 Raddoppiati i permessi per i gemelli	54 Cinema, lo sceneggiatore
18-19 Metis-Sifop, linee guida per cronicità	55 Musica, Roberto Ciotti e Fabio Treves
20-21 Una dottoressa su dieci è primario	56-57 Il Festival di Salisburgo
22 Informazione scientifica	58 Personaggi, Marisa Laurito
23 Una pediatra racconta se stessa	59 Mostre ed esposizioni in Italia
24-25 L'intervista/1: il pediatra e la musica	60-61 Lettere al Presidente
26-27 L'intervista/2: salute e ambiente urbano	62 Filatelia
28-29 L'intervista/3: prevenire invalidità dentale	63 L'avvocato
30-31 Centro di medicina complementare	64 Parliamo di noi

Postazione informativa e convegno a Cremona

Il Consiglio dell'Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Cremona, alla luce anche delle molte richieste avanzate dagli iscritti, ha deliberato di organizzare una postazione informativa Enpam ed un convegno in tema previdenziale. Tale iniziativa è stata, come di consueto, benevolmente accolta dal presidente della Fondazione, prof. Eolo Parodi. Il 15 e 16 aprile è stata quindi attivata la postazione informativa che ha ampiamente soddisfatto le esigenze degli iscritti grazie alla competenza dello staff messo a disposizione dalla Fondazione – composto da Andrea Aloisi, Franco Andreozzi, Francesca Brunetti, Carlo Frezzotti, Mauro Mennuti, Flavia Quaranta, Alessandra Sorbi e Gianluca Veneziano - che ha analizzato 76 posizioni. Il 16 aprile si è inoltre tenuto un convegno dal titolo: "Enpam, la previdenza dei medici e degli odontoiatri", che ha visto quali relatori il vice presidente vicario della Fondazione dr. Alberto Oliveti ed il vice direttore generale dr. Ernesto Del Sordo.

Presidente

Il punto: un appello che merita risposta



So benissimo che il momento politico ed economico del Paese non è facile. Tutto ciò si riflette anche sui processi decisionali del nostro Ente. Affrontiamo ed affronteremo le difficoltà con decisione tenendo presente che, alla fine del mese di giugno, abbiamo il Consiglio nazionale degli Ordini chiamato ad approvare il Bilancio consuntivo 2010.

Questa volta intendo parlare brevemente di una questione che ci trascina dietro e che amplifica in maniera spaventosa le problematiche di tutti i giorni: la richiesta di assistenza è diventata quasi prioritaria in confronto a qualsiasi intervento in altri settori. Nell'ambito della tutela pensionistica le difficoltà sono enormi. Paventiamo le crisi intergenerazionali, i problemi dei giovani, dei meno

giovani, degli anziani: urgenze che ci obbligheranno a decidere. Nel frattempo, però, crescono la richiesta di assistenza, i bisogni e le necessità. Tanti colleghi ci stanno chiedendo ciò che, completamente, non possiamo né avere né fare né dare. I medici e gli odontoiatri, i superstiti, portano alla nostra attenzione problemi che ci angustiano e che non ci permettono di dare risposte aderenti alla richiesta. Noi stiamo cercando di governare questa marea montante, che fa paura nelle sue dimensioni. Stiamo facendo il massimo, scusandoci con quelli a cui non possiamo dare ciò che sarebbe logico, opportuno, doveroso.

Dobbiamo aumentare il flusso di denaro per fare più assistenza e già abbiamo trovato una serie di soluzioni. Abbiamo davanti a noi una scelta che ci riguarda: se destinassimo il 5Xmille, se lo affidassimo all'Enpam, faremmo un salto enorme nel futuro. Un salto tale da essere veramente risolutivo per tante famiglie. Ci sono pochi giorni davanti a noi, cerchiamo di parlarne con i nostri commercialisti. Noi vi chiediamo quanto segue: aiutateci, mandateci pure al diavolo, ma dateci una mano. •




**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!



Il dottor Alberto Oliveti

Alberto Oliveti sottolinea che il 2012 sarà l'anno della riforma delle pensioni Enpam e precisa: "La nostra Cassa si presenta puntuale a un appuntamento necessario per garantire un futuro certo e sereno ai medici e agli odontoiatri italiani. La legge finanziaria del 2007, a seguito dell'allungamento dell'età media della popolazione, ha raddoppiato l'orizzonte temporale su cui gli enti previdenziali come il nostro devono basare i propri equilibri di bilanci. In poche parole, il governo ci chiede di avere riserve sufficienti per pagare le pensioni per i prossimi 30 anni, una durata molto superiore a quella prevista dalla precedente normativa della privatizzazione sulla quale ci eravamo calibrati".

Come parte questo programma?

La riforma dei fondi previdenziali per garantire questo equilibrio trentennale è stato il primo punto del programma con cui mi sono candidato come vice-presidente vicesario dell'Enpam per il quinquennio 2010-2015. Il lavoro è cominciato da subito: l'anno scorso, non appena approvato a fine giugno il bilancio consuntivo 2009, e de-

finiti dal Ministero del Lavoro i criteri di redazione del bilancio tecnico specifico, abbiamo conferito all'Attuario l'incarico di redigere i bilanci tecnico-attuariali che ci hanno fornito il quadro preciso della situazione. Queste elaborazioni sono state successivamente esaminate anche dalla Corte dei Conti che, pur definendo "confortanti" i nostri risultati economici, è stata concorde con noi nel sottolineare l'urgenza di realizzare alcuni cambiamenti sul fronte previdenziale.

Siamo di fronte ad una vera riforma?

A fine novembre saranno presentati i dettagli della riforma che la Fondazione sta mettendo a punto in questi mesi. Gli iscritti possono però contare sin da ora su alcune certezze: non saranno toccati i diritti acquisiti e le pensioni in essere; il singolo sarà libero di scegliere l'età del proprio pensionamento; rimarrà conveniente versare i propri contributi all'Enpam.

Parliamo della doppia tassazione?

La Finanziaria 2007 ha spostato a 30 anni l'equilibrio temporale richiesto ai Fondi dell'Enpam.

Con l'ultimo bilancio tecnico attuariale al 31-12-2009, che sconta gli anni orribili dell'economia mondiale, abbiamo mediamente 13-14 anni di equilibrio come saldo tra entrate ed uscite assommate tra tutti i Fondi, ed ulteriori riserve patrimoniali per 9-10

anni, calcolate al valore storico di bilancio.

Siamo danneggiati dalla doppia tassazione, che ci sottrae 50-60 milioni di euro all'anno, altrimenti destinabili alle pensioni.

Per quanto si possa essere virtuosi nell'investimento patrimoniale, non è pensabile che l'equilibrio si possa raggiungere senza intervenire sulla previdenza, dato che ci basiamo su un sistema di gestione per cui chi lavora mantiene chi ha lavorato, con il patrimonio a garanzia di grossi scompensi economici o demografici tra generazioni subentranti.

Tra l'altro vorremmo continuare con nostro metodo di calcolo delle pensioni basato sul sistema retributivo reddituale, in cui si considera la media annuale di tutti i redditi della vita lavorativa, metodo che permette - a garanzia del contribuente - di assegnare da subito ad ogni contributo incassato un valore pensionistico preciso, anche se lo si dovrà pagare diversi anni dopo.

Quali sono i motivi per i quali è urgente intervenire?

Innanzitutto, la crisi recessiva economico-finanziaria mondiale, che ci porta ad avere una ridotta aspettativa di far rendere i contributi incassati senza correre rischi eccessivi.

Poi la longevità crescente: ogni anno che passa aumenta di tre mesi l'aspettativa di vita, che oggi a 65 anni è di

ulteriori 18 anni per gli uomini e più di 21 per le donne. Inoltre vanno considerate le caratteristiche demografiche della platea dei contribuenti, per cui c'è la famosa gobba dei cinquanta- sessantenni, il tardivo ingresso professionale e la progressiva femminizzazione della categoria.

Un problema prossimo venturo sarà l'approvvigionamento contributivo in un paese che invecchia e consumerà più sanità, ma che non necessariamente produrrà più contributi a causa dell'evasione fiscale, dell'esercizio professionale in forme societarie, della presenza crescente delle professioni sanitarie, del progressivo maggior affidamento alle biotecnologie ed all'info-telematica sanitaria.

Infine va segnalata la volatilità legislativa degli ultimi anni per cui con regole che cambiano improvvisamente è difficile la programmazione di medio periodo.

Toccare le pensioni?

Non ci pensiamo nemmeno. Non vogliamo toccare le pensioni in essere.

Non vogliamo scoraggiare le generazioni future: vogliamo dimostrare loro che, oltre ad essere un obbligo di legge, contribuire alla Fondazione è e continuerà ad essere una convenienza. Non vogliamo intervenire sul valore già assegnato ai contributi incassati dai lavoratori attivi: tecnicamente si dice che non vogliamo toccare il pro rata, per cui ogni intervento agirà sui contributi incassati dopo la riforma. Non vogliamo obbligare i medici e gli odontoiatri ad andare più tardi in pensione, per cui vorremmo lasciare l'attuale sistema di opzione

(segue a pag. 4)

(segue da pag. 3)

della data di quiescenza. Non vogliamo aumentare i contributi se prima non abbiamo valutato con precisione i costi che avranno le prestazioni già garantite. Altrimenti sarebbe come mettere benzina in un serbatoio buco.

Vuole indicare la strategia da seguire?

Dobbiamo intervenire sull'aliquota di rendimento dei contributi incassati, riducendo di fatto la valorizzazione assegnata già al momento della sua riscossione di una misura che tenga conto dell'aspettativa di vita post-lavorativa del contribuente.

Dobbiamo intervenire sulle penalizzazioni assegnate a chi va in pensione prima dell'anno stabilito di pensione ordinaria di vecchiaia in una misura che tenga conto, appunto, del tempo in cui la Fondazione dovrà versargli degli assegni.

Lasciando libera la scelta del momento in cui andare in pensione, dobbiamo spostare in maniera tecnicamente ed attuarialmente definita l'età del pensionamento ordinario sotto il quale scattano le penalizzazioni di cui sopra.

Solo una volta che saranno soddisfatti i punti precedenti si potrà procedere all'eventuale aumento dell'aliquota contributiva, per garantire pensioni di importo adeguato.

E' un discorso lungo e complesso, ma Alberto Oliveti è deciso a risolvere questi problemi affrontandoli con decisione grazie alla lunga esperienza che ha anche nel difficile campo della previdenza.

G. Cris

Quota B, on-line le certificazioni fiscali 2010

Nell'Area riservata del portale della Fondazione (Sezione Certificazioni fiscali e Cud), sono ora disponibili le certificazioni fiscali (circa 120 mila) relative ai contributi ordinari versati nel corso dell'anno 2010 in favore della Quota B del Fondo di Previdenza Generale.

Pertanto, in sede di dichiarazione dei redditi ai fini fiscali, coloro che hanno smarrito il bollettino MAV utilizzato per effettuare il versamento del **contributo Quota B**, accedendo alla propria Area riservata, potranno acquisire, direttamente on-line e senza dover inoltrare agli uffici competenti alcuna richiesta (scritta o telefonica), una certificazione sostitutiva attestante l'avvenuto pagamento.

Questo servizio è una delle "novità" recentemente introdotte sul portale della Fondazione nel 2011.

Le altre funzionalità attivate per la prima volta nel corrente anno riguardano la possibilità da parte delle iscritte libere professioniste di monitorare on-line lo stato di avanzamento delle pratiche relative alle **inden-**

nità di maternità, adozione, affidamento preadottivo, etc. e di acquisire le certificazioni fiscali relative agli importi erogati a tale titolo. Gli iscritti pensionati, inoltre, possono da quest'anno comunicare direttamente nell'Area riservata del portale web il proprio **codice IBAN**, o la relativa variazione.

Un'ulteriore novità è costituita dalla possibilità di accedere alle certificazioni dei **pagamenti effettuati a titolo di regime sanzionatorio presso la Quota B** (circa 15 mila).

Questi servizi si aggiungono a quelli già presenti sul portale della Fondazione, che consentono di effettuare la stampa, per via telematica:

- dei CUD per gli iscritti pensionati;
- dei duplicati dei bollettini RAV per il pagamento del contributo "Quota A" (circa 250 mila);
- delle certificazioni dei contributi di Quota A corrisposti tramite RID (domiciliazione bancaria, oltre 105 mila);
- dei duplicati dei bollettini MAV per il pagamento del

contributo Quota B (circa 120 mila);

- dei duplicati dei bollettini MAV per il pagamento del regime sanzionatorio Quota B (circa 15 mila);
- delle certificazioni degli importi corrisposti a titolo di riscatto (circa 13 mila).

Nell'Area riservata del portale, inoltre, è possibile effettuare la proiezione personalizzata della pensione spettante al 65° anno presso la Quota B del Fondo di Previdenza Generale. Nell'Area pubblica è a disposizione di tutti gli iscritti lo strumento della c.d. **Busta arancione** che consente di simulare gli effetti dell'attivazione dei diversi istituti di integrazione contributiva volontaria – riscatto di laurea, specializzazione, del servizio militare, riscatto di allineamento contributivo, aliquota modulare – sul trattamento pensionistico finale (ipotizzato sulla base di parametri standard, ovviamente non personalizzabili).

Si rammenta, infine, che dal mese di giugno e fino al 16 settembre di ogni anno è possibile presentare in via telematica la dichiarazione dei redditi professionali imponibili presso la Quota B del Fondo di previdenza generale (servizio già utilizzato da oltre 40 mila iscritti nel corso dell'anno 2010).

**Possibilità di accedere
alle certificazioni dei pagamenti
effettuati a titolo di regime
sanzionatorio presso la Quota B**

Contribuenti e redditi da dichiarare alla Quota B

di Vittorio Pulci (*)

I medici chirurghi e gli odontoiatri, possono svolgere – talvolta anche contemporaneamente – attività variamente qualificate ai fini fiscali ma tutte riconducibili, dal punto di vista dell'imponibilità contributiva, alla "Quota B" del Fondo di previdenza generale.

Diversamente dalle altre categorie di professionisti (commercialisti, avvocati, etc.), infatti, i medici e gli odontoiatri possono svolgere, oltre all'attività professionale "pura", anche attività in convenzione con il SSN, attività di lavoro autonomo occasionale, subordinato e di collaborazione. Non solo: in virtù delle particolari conoscenze professionali acquisite, possono effettuare anche prestazioni di natura diversa da quelle di diagnosi e cura.

Per tali ragioni, in sede di definizione dei redditi da dichiarare alla Quota B, l'art. 3 del Regolamento del Fondo Generale ha previsto una formulazione ampia, escludendo, evidentemente, i soli redditi già soggetti ad altra contribuzione previdenziale obbligatoria (INPS, INPDAP, Fondi Speciali E.N.P.A.M.). Conformemente al dettato regolamentare, infatti, 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.

Tenuto conto che nel corso del mese di giugno saranno trasmessi a tutti gli iscritti all'ENPAM i Modelli D 2011 per la dichiarazione dei redditi imponibili presso la "Quota B" del Fondo di previdenza generale, prodotti nel-

l'anno 2010, pare opportuno effettuare una breve ricognizione delle diverse tipologie di soggetti tenuti, sulla base della specifica attività esercitata, alla presentazione della relativa dichiarazione.

Tipologie di contribuenti alla "Quota B"

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'emergen-*

za 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

I redditi percepiti per lo svolgimento di attività in convenzione con il SSN non devono essere dichiarati alla Quota B del Fondo Generale.

(segue a pag. 6)

(segue da pag. 5)

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.

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 Ospedaliera (si ricorda che l'Azienda ha l'obbligo di versare i contributi previdenziali all'INPDAP solo sui redditi relativi all'attività istituzionale indicati al punto 1 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

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 percepite dai partecipanti ai corsi di formazione in medicina generale ovvero attribuite in ragione della competenza professionale;
- redditi di lavoro autonomo occasionale per attività connessa alla competenza professionale.

di attività attribuita in virtù della particolare competenza professionale, 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 fa-

vore della Gestione Separata INPS (art. 2, comma 26 legge 8 agosto 1995, n. 335) e che pertanto nessuna trattenuta previdenziale deve essere effettuata da parte del datore di lavoro.

f) Partecipanti ai corsi di formazione in medicina generale

Le borse di studio percepite dai partecipanti ai cor-

Riepilogo esemplificativo dei redditi non assoggettati alla Quota B:

per espressa previsione normativa sono, ad oggi, soggetti a contribuzione presso INPS e non devono essere dichiarati alla Quota B:

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

si di formazione in medicina generale, poiché attribuite in ragione della particolare competenza professionale, sono imponibili presso la Quota B (punto 1 della parte "B" del CUD rilasciato dal sostituto d'imposta). Si ricorda che, a seguito dell'approvazione da parte dei Ministeri vigilanti della delibera n. 12/2010, tali soggetti, per la durata del corso di formazione, possono chiedere di essere ammessi alla contribuzione ridotta del 2%.

g) Titolari di altre borse di studio

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

h) 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 o congressi) devono dichiarare alla "Quota B" i relativi compensi al netto delle spese sostenute (Quadro **RL** dell'Unico o dell'Unico MINI, Quadro **D** del 730). •

(*) *Dirigente Servizio contributi e attività ispettiva*

SVIZZERA, 1 MILIARDO A CARICO DEI CONTRIBUENTI



Per assicurare il nuovo finanziamento ospedaliero, che entrerà in vigore nel 2012, i contribuenti dovranno passare “alla cassa”. La Conferenza dei direttori cantonali della sanità (Cds) valuta in un miliardo di franchi i costi supplementari che dovranno assumersi i Cantoni. Il nuovo regime di finanziamento ospedaliero sgrava soprattutto l'assicurazione complementare e saranno principalmente i Cantoni a pagarne le spese; ma in una breve fase di transizione dovrà farlo anche chi ha l'assicurazione di base, ossia tutti i cittadini. Per il momento, viste le incertezze che sussistono, non è possibile calcolare in maniera precisa l'effetto globale sui premi e l'onere fiscale dei cantoni, secondo la Cds, che pronostica un costo supplementare di 400 milioni di franchi per gli assicurati e di un miliardo per i Cantoni. I premi malattia aumenterebbero così del 2%, una percentuale vicina alle previsioni di Santésuisse, l'organizzazione nazionale degli assicuratori, che prevede un aumento medio dell'1,6%, con importanti disparità cantonali. I direttori cantonali della salute giudicano tuttavia prematuri questi calcoli, così come le tariffe ospedaliere che non sono state ancora neppure negoziate. Inoltre rimane sconosciuta la partecipazione ai costi di investimento e a quelli per l'insegnamento e la ricerca. Dal 1 gennaio 2012 gli ospedali riceveranno un forfait per ogni paziente preso in cura: la fattura sarà pagata dai Cantoni e dagli assicurati secondo una chiave di riparto.

INVESTIMENTO IN ENEL GREEN POWER, OTTIMI RISULTATI PER L'ENPAM



Il dottor Giampiero Malagnino

Il vicepresidente della Fondazione Enpam, Giampiero Malagnino, è entrato nel consiglio di amministrazione di Enel Green Power spa, società dedicata alle fonti di energia rinnovabile. Lo scorso novembre l'Enpam aveva acquistato azioni di Enel Green Power per 100 milioni di euro. In meno di sei mesi, grazie al buon andamento delle quotazioni di borsa, il valore di questi titoli è aumentato del 24%. Inoltre, il prossimo 26 maggio la società pagherà alla Fondazione dividendi per 1,7 milioni di euro.

“Il mio lavoro nel consiglio di amministrazione di Enel Green Power spa – ha detto il vicepresidente dell'Enpam Giampiero Malagnino – sarà al servizio dei medici e dei dentisti che ci hanno affidato i loro contributi. La presenza all'interno dei luoghi decisionali consentirà alla Fondazione di seguire da vicino le scelte strategiche e di monitorare l'investimento fatto”.

L'ingresso di Malagnino nel cda è stato sostenuto da una lista creata da Fondazione Enpam e Inarcassa. La stessa lista ha espresso anche la candidatura di Franco Fontana, che è stato nominato presidente del Collegio sindacale.

Il gruppo Enel Green Power ha chiuso il 2010 con un utile netto di 452 milioni di euro (di cui 344 milioni riferibili alla società di cui Enpam è azionista), con un incremento dell'8,1% rispetto all'anno precedente.

ALL'ONAOSI VINCE LA LISTA ZUCHELLI

La lista guidata da Serafino Zucchelli, “Per una nuova Onaosi”, ha vinto la consultazione elettorale per il rinnovo del comitato di indirizzo dell'ente per gli anni 2011-2016, raccogliendo oltre il 60 per cento dei voti espressi. Una vittoria netta, che porterà dieci dei diciassette seggi disponibili nel comitato di indirizzo per i medici dipendenti ai rappresentanti della lista vicini ai grandi sindacati Anaao, Cimo e Triplice. Tre seggi, in base ai dati da noi raccolti a Perugia, andranno alla lista Ugl di Cristina Betti e quattro alla lista del Caduceo che rappresenta gli ex studenti sostenuti dalla Fondazione.

Medici, possibile il contributo alla Gestione Separata Inps

di **Claudio Testuzza**

Dopo tanti anni di discussione e di tira e molla, l'Inps, ha deciso, anche confortata dall'Agenzia delle Entrate, di far rientrare nell'oggetto dell'arte o professione, svolta dai percettori, i compensi attribuiti ai componenti dei consigli territoriali o nazionali degli organismi ordinistici. Viene così a cadere l'obbligatorietà, fino ad ora sostenuta, del loro assoggettamento alla gestione separata dell'Inps, bensì dell'obbligo contributivo nei confronti della gestione previdenziale competente in base al reddito professionale.

Il cambiamento è particolarmente significativo nei riguardi di tanti medici che erano stati obbligati al versamento all'Inps in base alla valutazione dello stesso istituto, che riteneva che tali compensi non rappresentassero redditi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale e, pertanto, fossero soggetti a contribuzione separata. Ma se questo vale per queste particolari categorie di compensi quali i rimborsi di viaggio, vitto e alloggio, nonché l'eventuale diaria per attività correlate all'attività professionale, resta sempre attiva la condizione di iscrizione alla gestione separata dell'Inps per i redditi derivan-

ti da altre tipologie di attività.

Ricordiamo che la gestione separata dell'Inps nasce nel 1996 come gestione assicurativa con lo scopo di garantire, dal punto di vista pensionistico, i soggetti che, pur possedendo redditi, non risultavano coperti da nessuna tutela previdenziale. Si trattava, in particolare, di coprire i cosiddetti Co.Co.Co., cioè i collaboratori coordinati e continuativi che, prima, rimanevano fuori dai versa-

via, se questa codificazione sembrerebbe definire solamente specifiche condizioni lavorative, è pur vero che lo stesso decreto continua a far applicare le vecchie regole della collaborazione. E in particolare questa realtà previdenziale continua ad interessare quelle che, in una forma molto semplicistica, vengono definite prestazioni occasionali. Lavoratore autonomo occasionale può essere definito, anche alla luce dell'articolo 2222 del codice civile, chi

La Gestione Separata dell'Inps nasce come gestione assicurativa con lo scopo di garantire i soggetti che non risultavano coperti da nessuna tutela previdenziale

menti dei contributi. In effetti la platea di questi lavoratori, iscrivibili alla gestione separata dell'Inps, si è sempre più allargata. Con la legge Biagi (decreto legislativo n. 276/2003) sono stati definiti alcuni requisiti che caratterizzano i contratti e le attività dei Co.Co.Co., oggi meglio definiti "lavoratori a progetto". Il progetto, secondo il ministero del Lavoro, consiste in una attività produttiva, ben identificabile e funzionalmente collegata ad un determinato risultato finale cui il collaboratore partecipa direttamente con la sua prestazione. Ma, tutta-

si obbliga a compiere un'opera o un servizio, con lavoro prevalentemente proprio, senza vincolo di subordinazione e senza alcun coordinamento con il committente. Per prestazioni occasionali devono intendersi quelle collaborazioni che non superano i trenta giorni nel corso dell'anno solare con lo stesso committente, a meno che il compenso, complessivamente percepito, sempre con lo stesso committente, non sia superiore a 5mila euro. E' importante sottolineare che sia il limite dei 30 giorni che i 5mila euro annui devono riferirsi necessariamente ad

un singolo committente. Altra fattispecie, rientrante nelle vecchie regole, riguarda le professioni intellettuali per le quali è necessaria l'iscrizione in appositi albi professionali. L'obbligo per il lavoratore all'iscrizione all'Inps scatta quando lo stesso supera il limite dei 5mila euro e da tale data si dovrà dar luogo all'accredito dei contributi. Le aliquote contributive previste per il 2011 sono del 26,72% quando il collaboratore è iscritto solamente alla gestione separata e del 17%, in caso di soggetti iscritti ad altra gestione pensionistica obbligatoria (nel caso dei medici l'Enpam, ovvero se dipendenti lo stesso Inps o l'Inpdap) o pensionati. Il contributo è previsto per due terzi a carico del committente e per un terzo a carico del prestatore d'opera. Entrambe le quote saranno riversate all'Inps dallo stesso committente il quale, qualora questo non fosse realizzato, sarà soggetto a pesanti sanzioni. Alla pensione di vecchiaia della gestione separata contributiva si accede con 65 anni per gli uomini e 60 per le donne. Con le nuove norme introdotte recentemente dalla legge n. 122/2010, per avere la materiale decorrenza del trattamento pensionistico bisognerà, comunque, aspettare dell'altro tempo. Infatti la nuova legge per i parasubordinati stabilisce che la pensione decorrerà trascorsi ben 18 mesi dalla data del raggiungimento del diritto. •

Dal 2011 la buonuscita viene calcolata come il Tfr

I medici dipendenti dal servizio sanitario, in attività prima del 2001, ricevono, al momento della interruzione del loro rapporto di lavoro, un'indennità che prende il nome di premio di servizio (IPS). Si tratta della più generica "liquidazione", propria dei dipendenti dello Stato, ma che ad essa è sovrapponibile. Infatti viene realizzata, nel tempo, con contributi versati, ordinariamente all'Inadel, istituto, oggi, confluito nell'Inpdap, sia da parte del datore del lavoro sia dello stesso dipendente. Altra cosa è, invece, il trattamento di fine rapporto (TFR) regolato dall'articolo 2120 del codice civile, proprio dei dipendenti del settore privato, ed esteso anche ai dipendenti pubblici entrati in servizio dal 2001. I dipendenti più anziani sono rimasti, invece, soggetti alla liquidazione, almeno fino al 31 dicembre del 2010. Infatti dal 1° gennaio 2011 sono state cambiate le regole di calcolo e di erogazione dei trattamenti di fine servizio per i dipendenti pubblici. Il cambiamento è stato introdotto dalla legge n. 122 del 2010 e consiste in una diversa modalità di computo del trattamento medici e con riferimento alle anzianità maturate successivamente al 2010. Il cam-

biamiento, è opportuno sottolinearlo, agisce quindi solamente per gli anni dal 2011, mantenendosi le precedenti condizioni per quanto maturato sino a questa data, e riguarda non un passaggio al sistema del trattamento di fine rapporto dall'attuale liquidazione, ma una modifica delle regole del calcolo del trattamento.

Nulla è, quindi, cambiato in merito alla natura di questa prestazione ma la sua misura sarà calcolata

ciascun anno di servizio e il cui importo viene rivalutato annualmente dell'1,5% maggiorato del 75% dell'incremento del costo della vita, per gli anni di servizio dal 2011 in poi. Per quanto attiene i riscatti e gli incrementi di anzianità continuano a trovare applicazione le regole in materie di riscatti già esistenti sia sulla prima ma anche sulla seconda quota. Ovviamente i periodi riscattati che si collocano prima del 1° gennaio 2011

Il cambiamento consiste in una diversa modalità di computo del trattamento medici e con riferimento alle anzianità maturate successivamente al 2010

dalla somma di due quote. La prima quota, relativa alle anzianità utili maturate sino al 31 dicembre 2010 sarà calcolata con le vecchie regole, che indicano quale riferimento economico, per il suo calcolo, quello relativo all'80 per cento delle retribuzioni degli ultimi 12 mesi diviso 15 (12 per i dipendenti dello Stato) per ogni anno di servizio utile o periodi superiori ai sei mesi. Una seconda quota calcolata, come fosse un TFR, attraverso l'applicazione dell'aliquota del 6,91 per cento della retribuzione contributiva utile all'IPS per

producono sulla prima quota effetti identici al passato, mentre i periodi che si collocano successivamente al 31 dicembre 2010 producono effetti adatti alle caratteristiche del computo del TFR. La tassazione di tutta la prestazione, composta dalla prima e seconda quota, sarà prodotta, come già avviene per il trattamento di fine servizio, con l'abbattimento di circa il 40 per cento dell'importo complessivo che viene esonerato dalle aliquote Irpef. Per quanto attiene la contribuzione, l'Inpdap, in una sua circolare dell'ottobre 2010 (n. 17) ha ribadito

to che restano inalterate le formule previste per l'IPS: 3,6 % della retribuzione utile per il calcolo della prestazione a carico del datore di lavoro (Asl) e il 2,5% a carico del dipendente.

Su questa questione si è avuta un'alzata di scudi da parte di alcune sigle sindacali che affermano che il regime del Tfr debba essere applicato in toto, e quindi non risponde alla previsione normativa il "perseverare" nella trattenuta a carico del dipendente.

Fra le motivazioni indicate vi è quella di un danno economico anche in considerazione che con la metodologia adottata non è possibile accedere all'anticipo sul Tfr, come invece spetterebbe in caso di integrale applicazione della relativa normativa. Altro aspetto da tenere in considerazione è quello relativo all'iscrizione del dipendente ad un fondo di previdenza complementare. Infatti solo con l'adesione (la cosiddetta opzione) ad un Fondo (ricordiamo che per i dipendenti del Ssn è in attuazione uno specifico fondo denominato Perseo) il Tfs si trasforma in Tfr. La modifica del computo indicata dalla norma non ne consente l'automatica condizione, per cui sarà comunque necessario per il dipendente che desiderasse iscriversi al proprio Fondo di attivare l'opzione prevista e la cui possibilità di attuazione è stata prorogata a tutto il 2015.

C. Test

Fantasmì e restyling dello Statuto dell'Enpam

di Pasquale Pracella (*)

Big society, social housing, welfare per i liberi professionisti, contributo integrativo, unica Cassa di previdenza per tutti i professionisti di Sacconi, unica Cassa per le professioni sanitarie di Parodi, sono questi esercizi filosofici o fantasmi che incombono minacciosi sulle sorti dell'Ente di previdenza e assistenza dei medici e degli odontoiatri italiani? La realtà più concreta e tangibile è la sfida che il nostro Ente dovrà affrontare per conseguire l'unico risultato a cui è responsabilmente chiamato, garantire trattamenti previdenziali adeguati, onorando il debito contratto con i contribuenti, con l'occhio attento alla sostenibilità del sistema. Non disperdiamo le nostre forze a correre dietro bizzarre idee che ci distolgono dall'unico vero e indifferibile problema: la previdenza e l'assistenza dei medici e odontoiatri italiani. Basta questo ad impegnare le nostre giornate di lavoro e riflessione tra i mostri della infinita querelle dell'identità privatistica o pubblicistica dell'Ente, della doppia tassazione, della tassazione dei rendimenti finanziari al 12,50%, dell'equilibrio

dei Fondi fissato strumentalmente a trent'anni con il pretesto di una più stringente solidarietà intergenerazionale, della pretesa di controllare ed indirizzare le attività finanziarie dell'Ente da parte del governo e quanto altro turba la serenità di chi è chiamato ad amministrare il denaro che i colleghi versano per ottenere un giusto trattamento economico per affrontare la vita post-lavorativa. L'altra sfida, sicuramente più funzionale e politica che sostanziale, è quella che io definisco il restyling dello Statuto dell'Enpam, che non deve diventare necessariamente la carta della rifondazione della Fondazione, mi si passi il gioco di parole, per gli effetti negativi che potrebbero aversi sul funzionamento di un Ente che nel giro di tre lustri ha riportato risultati estremamente positivi, dopo la precedente disastrosa gestione del settimo ed ottavo decennio dello scorso secolo. In primis, ritengo che l'Enpam debba rimanere

l'Ente della previdenza ed assistenza dei medici e degli odontoiatri italiani che rappresentano già un universo molto vario di modalità di esercizio della professione. D'altro canto, non capisco perché ci si affanni ad attrarre la gestione previdenziale delle altre professioni sanitarie, a mio parere poco interessate, e, di contro, non ci si impegni a provare a portare nell'Enpam la previdenza dei medici dipendenti molto ben rappresentati sul piano numerico nell'attuale Consiglio di Amministrazione della Fondazione.

Per la struttura prettamente previdenziale vedrei la suddivisione in tre Fondi: il Fondo Generale, il Fondo del terzo pagante, ovvero dei medici e odontoiatri accreditati o convenzionati con il SSN, ed il Fondo della Professione Libera. Al Consiglio di Amministrazione oltre alla gestione economica, patrimoniale e finanziaria dell'Ente andrebbe affidato l'onere organizzativo e deliberativo previdenziale

Garantire trattamenti previdenziali adeguati onorando il debito contratto con i contribuenti, con l'occhio attento alla sostenibilità del sistema



del Fondo di previdenza Generale. Ai Comitati di Gestione degli altri due Fondi speciali, con la rappresentatività e composizione delle attuali Consulte, va affidata la diretta responsabilità organizzativa e deliberativa previdenziale dei rispettivi Fondi, con poteri decisionali e funzioni molto più ampi degli attuali Comitati Consultivi. I Comitati di Gestione rappresenteranno gli interessi categoriali e territoriali dei contribuenti dei due Fondi speciali con responsabilità opportunamente non confliggenti con quelle del Consiglio di Amministrazione.

In riferimento alla rappresentatività è necessario ed improrogabile indivi-



duare e normare la legittima rappresentatività degli odontoiatri, una delle due professioni obbligate alla contribuzione all'Enpam, a livello di Assemblea Nazionale, oggi Consiglio Nazionale, Consiglio di Amministrazione, Esecutivo riservando uno dei due Vice – Presidenti alla designazione degli odontoiatri. Sempre in ordine alla rappresentatività va garantita quella diretta dei contribuenti non solo con l'elezione nei Comitati di Gestione dei Fondi speciali, ma soprattutto riservando ai rappresentanti diretti delle categorie posti nell'Assemblea Nazionale e nel Consiglio di Amministrazione. Il Consiglio Nazionale, come è opportuno per un Ente

economico e non politico, deve diventare Assemblea Nazionale dei rappresentanti degli azionisti, i contribuenti.

In definitiva, una riforma dello Statuto che non stravolga la carta regolamentare dell'Ente ma modifichi, come è già nelle discussioni sull'argomento, la struttura previdenziale, con la conservazione di due Fondi speciali, e la struttura rappresentativa perché sia il più possibile espressione dei contribuenti, non tendendo ad

un'esagerata e inopportuna contrazione del numero dei rappresentanti che non permetterebbe una giusta e distribuita rappresentanza degli interessi categoriali. L'urgenza, intanto, è mettere in campo ogni energia per una necessaria e responsabile riforma dei regolamenti previdenziali, che deve vedere tutti gli attori decisi nel perseguire i risultati del raggiungimento della sostenibilità dei fondi, del garantire prestazioni pensionistiche e assistenziali ade-

quate, del mantenimento della solidarietà intergenerazionale senza soffocare questa generazione tra gli esagerati privilegi delle generazioni precedenti e la scarsa attenzione alla previdenza delle future generazioni.

Delle due componenti del sistema l'attenzione va concentrata sul trovare un equo e ben distribuito, sulle varie generazioni, correttivo della ripartizione, non potendo fare affidamento su una difficile ed incerta capitalizzazione, troppo esposta ai contrastanti umori dei mercati.

La sfida alla quale siamo chiamati è di non facile approccio, atteso che una energica e responsabile riforma dei regolamenti dei Fondi dovrà superare gli egoismi categoriali e dovrà chiamare le rappresentanze istituzionali e sindacali della professione ad adottare misure che saranno sicuramente impopolari ma, allo stesso tempo, necessarie ed improrogabili.

I fantasmi della filosofia previdenziale ed assistenziale svaniranno e lasceranno il posto alla realtà più urgente del riequilibrio del sistema troppo sbilanciato rispetto all'inesorabile ascesa dell'aspettativa di vita media ed all'inadeguatezza di regolamenti che non garantiscono la sostenibilità delle attuali prestazioni pensionistiche. •

(*) Consigliere di amministrazione Enpam

**È necessario ed improrogabile
individuare e normare
la legittima rappresentatività
degli odontoiatri**

Da questo numero il Giornale della Previdenza ospiterà articoli e notiziari della FNOMCeO (Federazione degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri). E' un'iniziativa che poggia su un'antica e proficua collaborazione che ha sempre avuto il fine di rendere più puntuale e trasparente la comunicazione tra i medici-odontoiatri e gli Organi eletti per la difesa e il rilancio della previdenza-assistenza e della professione

Iniziative della Fnomceo nella formazione a distanza

Dopo il "Sicure" ancora eventi in tema di governo clinico: al via un corso Fad sulla Root Cause Analysis e sull'Audit clinico

L'analisi delle cause profonde nella gestione del rischio, la cosiddetta "root cause analysis" è stata scelta come primo tema del nuovo progetto di formazione a distanza voluto dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (Fnomceo) e da quella dei Collegi degli infermieri (Ipsavi), in collaborazione con il ministero della Salute e l'editore Zadig.

L'iniziativa, del tutto gratuita, ha registrato subito grandissimo successo: dal 15 dicembre scorso, data in cui ha preso il via sulla piattaforma **FadInMed** (www.fadinmed.it), si sono iscritti oltre 7.000 medici e odontoiatri, distribuiti su tutto il territorio nazionale (vedi figura 1).

Sulla base di precedenti esperienze, tuttavia, la Federazione mette a disposizione dei colleghi altre modalità di accesso al corso. «Per raggiungere i medici che hanno minore familiarità con il web abbiamo

predisposto altre due fasi del progetto di formazione» spiega il presidente Fnomceo, Amedeo Bianco. «Al lancio dell'iniziativa sulla piattaforma FadInMed seguirà, infatti, la distribuzione di manuali tradizionali con i contenuti del corso, cui si potrà partecipare attraverso questionari inviati via fax che saranno corretti automaticamente a lettura ottica.

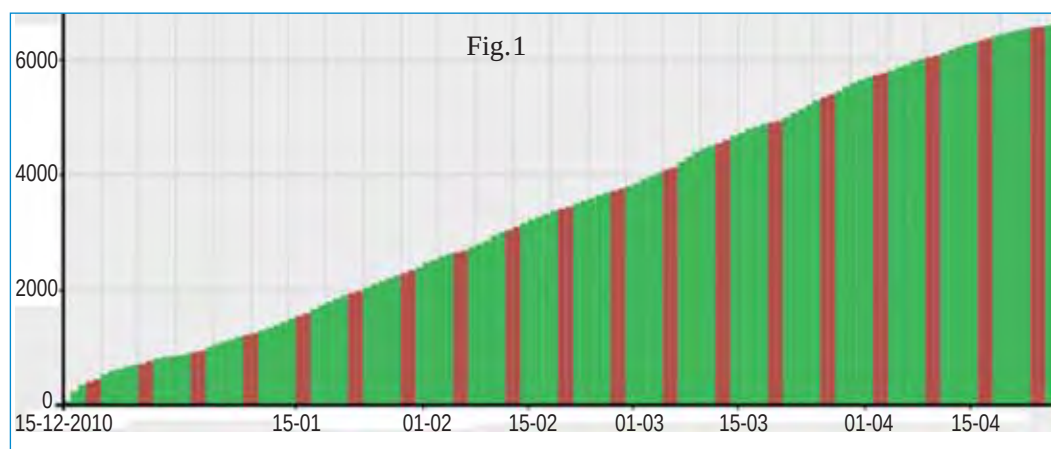
Infine presso gli Ordini provinciali si terranno, sullo stesso tema, eventi residenziali o semiresidenziali, sempre con il materiale messo a disposizione dalla Federazione».

Tante possibilità, quindi, per consentire al maggior numero possibile di professionisti di avvicinarsi a questo tema. «Dopo il primo progetto, il Corso Sicure, che ha introdotto i medici all'importanza di riconoscere e correggere i propri errori, questa nuova iniziativa - spiega Bianco - permette di entrare nel merito di come gestire il rischio in maniera approfondita, fissando obiettivi e aiutando a valutare i risultati che si possono ottenere».

Ad oggi hanno superato il corso online quasi tremila medici e odontoiatri (per

un totale di oltre 35mila-crediti Ecm erogati), che hanno espresso piena soddisfazione per la modalità di formazione a distanza, per gli scenari clinici proposti e per le esercitazioni particolarmente coinvolgenti. I commenti "in aperto" lasciati nel sito (diverse centinaia) dimostrano infatti grande apprezzamento per l'iniziativa: il 96 % dei pareri finora raccolti sono molto positivi e solo il 2% dei partecipanti consiglia possibili miglioramenti o ha qualche critica.

D'altra parte i questionari di customer satisfaction parlano chiaro: il 98,4% dei medici ritiene il corso da abbastanza a molto rilevante, addirittura il 99,4% che sia di qualità da soddisfacente a buona, il 97,0% che sia da abbastanza a molto efficace.



PRESENTA IL CORSO ECM/FAD



Il corso, dedicato a tutti i medici e odontoiatri (oltre a infermieri, assistenti sanitari e infermieri pediatrici) riguarda la gestione del rischio clinico e in particolare la **Root Cause Analysis (RCA)**, l'analisi cioè delle cause profonde degli eventi avversi, che può aiutare le organizzazioni e gli operatori sanitari a raggiungere obiettivi di sicurezza e di miglioramento della qualità.

Il corso, che eroga **12 crediti ECM**, è del tutto gratuito.

Il materiale del corso, organizzato in collaborazione con il Ministero della Salute, fruibile anche on line sul portale www.fnomceo.it, sarà disponibile in **formato cartaceo** nel numero speciale

"QUADERNI ECM/FAD de LA PROFESSIONE N. 1/2011"

All'interno del numero troverà il questionario di valutazione da compilare in ogni sua parte (anagrafica e risposte a scelta multipla) che Le permetteranno, rispondendo almeno all'80% in modo corretto, di ottenere **12 crediti ECM**.

In tutti gli Ordini provinciali saranno disponibili* copie cartacee del corso FAD o potrà essere **richiesto*** **direttamente** alla Federazione Nazionale Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri al **N. 06/6841121 (centralino automatico a guida vocale - 16 linee s.p.)**. Costo di una chiamata nazionale, da rete fissa e mobile, in base alla propria tariffa contrattuale

identificando: il proprio **Numero di iscrizione** all'Albo Professionale,
il **cap postale della Provincia** al cui Ordine si è iscritti.

La **C.G. EDIZIONI MEDICO SCIENTIFICHE** di Torino, partner **FNOMCEO** per queste iniziative, spedisce gratuitamente al Suo indirizzo copia del numero speciale.

Il questionario, correttamente compilato dovrà essere inviato* via fax al N. 011/0200106.

Per verificare successivamente l'esito del corso Lei potrà telefonare* al N.06/6841121 (centralino automatico) oppure visualizzare il risultato sul portale www.fnomceo.it (nella sua area riservata) trascorsi 5 giorni lavorativi dall'invio del modulo.

Pe coloro che hanno superato il corso, l'attestato sarà disponibile presso il proprio Ordine Provinciale trascorsi 30 giorni.

Il servizio di **HELP DESK***, erogato da

C.G. Edizioni Medico Scientifiche srl
Via Candido Viberti, 7 - 10141 Torino - Italia

è attivo dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9.30 alle ore 13.00
Telefono 011/0203250 - Fax 011/0200106 - e-mail: fadfnomceo@cgems.it


C.G. Edizioni Medico Scientifiche

*I servizi saranno attivi a partire dal 15 giugno 2011 fino al 31 dicembre 2011.

50 anni al servizio degli iscritti

di Eumenio Miscetti (*)

Mentre fervono le celebrazioni per il 150° anniversario dell'Italia unita in tutto il Paese, al cui progresso e benessere noi sanitari abbiamo dato un grande contributo, la Federspev compie 50 anni. In questo primo mezzo secolo di vita molti sono stati gli obiettivi raggiunti dalla nostra Federazione, nata nel 1961 con il nobile intento di difendere le pensioni (e la dignità) dei medici, farmacisti e veterinari, nonché delle loro vedove. Lo spirito che ci ha sempre animato sin dalla nostra costituzione ed espansione in tutte le provincie italiane è riassunto nel nostro motto "Non soli, ma solidali".

Pragmatismo e solidarietà: abbiamo istituito un fondo per aiutare i colleghi in difficoltà e premi di studio per gli orfani. Abbiamo stipulato attraenti convenzioni con case di riposo, farmacie e stabilimenti termali. Inoltre abbiamo messo a disposizione dei nostri iscritti un servizio di consulenza fiscale, gratuito, per districarsi nella babele pensionistica.

Identità e orgoglio: nel nostro calendario abbiamo inserito la "Giornata del pensionato sanitario" e gli

eventi più importanti sono scanditi dalle note del nostro inno che è penetrato nel sentimento collettivo al pari del nostro stendardo. Da 27 anni raggiungiamo puntualmente i nostri soci, ma non solo, attraverso il nostro *house*

versante mediatico, grazie al nostro ufficio stampa, la Federspev è sovente accolta in autorevoli testate giornalistiche, emittenti radiofoniche e televisive nazionali.

Alle soglie del nuovo millennio potevamo non esse-

Istituito un fondo per aiutare i colleghi in difficoltà e "premi studio" per gli orfani

organ "Azione Sanitaria", che racconta i nostri valori, le nostre iniziative e stimola il confronto sui grandi temi d'attualità che riguardano la Terza età. Sul

re in rete? www.federspev.it è il nostro sito.

Tuttavia a renderci fieri sono soprattutto i successi, peraltro a tutti noti, conseguiti sul fronte previ-



Il dottor Eumenio Miscetti

denziale. Ma... tuttora i "tormentoni" dei pensionati, è doloroso ammetterlo, restano la nostra priorità: pensioni d'annate, reversibilità, (s)perequazione automatica, carovita, salute, etc.. Tagli iniqui quanto implacabili continuano ad abbattersi sui trattamenti di quiescenza, cosicché anche i pensionati appartenenti al cosiddetto ceto medio (il nostro) si avviano ad allargare i confini di già estese sacche di insostenibile pauperismo. E ciò tra l'indifferenza delle istituzioni. Eppure abbiamo versato lauti contributi nel corso di tutta la vita lavorativa e perciò da pensionati "veri" non chiediamo l'elemosina allo Stato, ma rivendichiamo il sacrosanto e inoppugnabile diritto alla restituzione, graduale, di quanto versato. Da queste amare considerazioni è scaturito lo slogan del 48° Congresso Nazionale della Federspev in programma al Centro Congressi dell'Hotel Alexander ad Abano Terme dal 21 al 25 maggio: "Previdenza non provvidenza". •

(*) presidente Federspev

Info FEDER.S.PEV.

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

Pensione, seminare oggi per raccogliere domani

Maggio è stato il mese della previdenza per eccellenza, un mese ricco di incontri e convegni tutti con l'unico obiettivo di far sapere alle nuove generazioni l'importanza di pensare adesso al proprio futuro

a cura di
Gian Piero Ventura Mazzuca (*)

Ad inizio del mese, il 4 e 5, a Palazzo Mezzanotte nella sede di Borsa Italiana, si è svolta a Milano la "Giornata nazionale della previdenza", che ha visto la partecipazione di oltre 1700 visitatori. L'evento è stato organizzato da un comitato presieduto da Alberto Brambilla, sostenuto da un vasto gruppo promotore e patrocinato dal Presidente della Repubblica. Tra i principali interventi quello del nostro vice presidente vicario Alberto Oliveti. Il concetto è presto detto, sebbene le ultime riforme abbiano rafforzato e consolidato, specialmente del punto di vista finanziario, l'intero sistema, non saranno poche le difficoltà che arriveranno al momento pensionistico per i giovani d'oggi. Per questo diventa sempre più fondamentale l'iscrizione a fondi complementari seppure fin ad oggi questo sia stato completamente disatteso, come ricorda il padre della riforma Lamberto Dini, ma il principale problema sem-

bra proprio quello della mancata informazione e ce lo conferma il presidente dell'Inps Antonio Mastrapasqua.

Gli stessi argomenti sono stati trattati il 25 maggio, nella giornata organizzata proprio dall'Associazione degli Enti previdenziali privatizzati e dall'Enpam, un importante incontro previdenziale che si è svolto alla Sapienza di Roma con la partecipazione, oltre al vi-

cario Oliveti, anche dell'altro nostro vice presidente Giampiero Malagnino, che è anche vice presidente vicario dell'Adepp. In questo confronto Francesco Macrì Gerasoli, responsabile nazionale previdenza del Segretariato Italiano Giovani Medici, ha chiesto al ministro Sacconi una maggior attenzione da parte del ministero nei confronti del periodo di formazione-lavoro

del giovane medico e sottolineato l'importanza di facilitare il riscatto degli anni di laurea ma, soprattutto, legiferare per portare la totalità della contribuzione previdenziale degli specializzandi in un'unica Cassa, ovvero l'Enpam, proprio per dare concretezza a nuove politiche di costruzione previdenziale a sostegno del futuro dei giovani medici.

Segnaliamo infine, da parte di Piero Di Silverio presidente di FederSpecializzandi, il convegno che si terrà a Napoli il prossimo primo luglio su queste ed altre tematiche che riguardano giovani medici ed l'ente previdenziale che li tutelerà nella vista post-lavorativa, la Fondazione Enpam. •

(*) progettogiovani@enpam.it

In risposta ad un nostro precedente articolo riceviamo e pubblichiamo dal dr. Nicola Gasbarro:

"A proposito dell'emergenza formativa, vorrei dare un mio contributo segnalando una iniziativa. Sono primario di ostetricia e ginecologia presso l'ospedale di Pozzuoli. Da molti anni mi interesso di formazione. Avevo istituito i corsi di Laparoscopia pratica fin da 1994 presso l'Ospedale di Chivasso dove ho lavorato fino al 2003. Successivamente avevo organizzato per circa tre anni i corsi di chirurgia su maiali in anestesia generale e da circa 3 anni, evitando di sacrificare tanti animali, ho istituito a Napoli ed in Provincia di Torino, il Laboratorio chirurgico permanente in cui si eseguono interventi chirurgici su pezzi anatomici animali prelevati nel macello. Le chirurgie trattate sono le seguenti: Ginecologia, Chirurgia generale, Chirurgia vascolare, Urologia, Ortopedia, Chirurgia plastica, Endoscopia digestiva. L'iniziativa ha avuto riscontri ed è risultata efficace nella trasmissione delle varie tecniche chirurgiche sia a giovani medici che ai medici più esperti che vogliano affinare le loro tecniche. Abbiamo abbinato al laboratorio anche dei programmi di anatomia 3 D."

Per informazioni ricerca.formazione@hotmail.it

Permessi raddoppiati per gemelli con grave disabilità

In caso di 2 (o più figli) con handicap grave il permesso giornaliero di due ore fino al compimento del terzo anno di vita (legge 104/1992 articolo 33) va concesso in misura doppia (ovvero in relazione al numero dei figli con handicap grave aventi diritto), nulla valendo il fatto che la prestazione lavorativa, decurtata di 4 (o più ore) non abbia una utilità apprezzabile per il datore di lavoro: il soggetto/i portatore/i di handicap non deve/devono essere lasciato/i privo/i di assistenza alla luce dei doveri inderogabili di solidarietà sociale e dei principi costituzionali in base agli articoli 3 e 32 della Costituzione.

di Marco Perelli Ercolini

La legge sulla tutela dei disabili e la legge di tutela della maternità e paternità hanno molti provvedimenti in comune, ma ci sono ancora spazi vuoti

ove spesso interviene la giurisprudenza a correggere e a integrare.

La sentenza della Cassazione n. 4623/2010 ha riconosciuto ad un padre i permessi giornalieri raddoppiati per l'assistenza di

due gemelli dichiarati portatori di handicap in situazione di gravità, annullando, senza rinvio, la decisione della Corte di Appello sezione di Brescia, che aveva negato la possibilità di utilizzare in misu-

ra doppia i permessi orari di due ore.

Il permesso orario di due ore è riconosciuto dall'articolo 33 secondo comma della legge 104/1992 per l'assistenza del figlio disabile in situazione di gravità sino al compimento del terzo anno di età, in alternativa al prolungamento del periodo di congedo parentale. Inoltre per non creare disparità di trattamento tra i genitori che sono tenuti costituzionalmente a svolgere un ruolo primario nell'allevamento dei figli e il resto dei parenti e affini, l'INPS con la circolare 155/2010 punto 2.2 ha ritenuto che anche ai genitori vada riconosciuta la possibilità di utilizzare, in alternativa agli altri benefici, il permesso

Entro i primi tre anni di vita del figlio con handicap in situazione di gravità, accertato dalla Commissione dell'ASL, la madre lavoratrice oppure, in alternativa, il padre lavoratore, ha diritto:

- a prolungare il periodo di astensione facoltativa fino al compimento del terzo anno di vita del figlio, già prevista dalla legge di tutela della maternità, coperto da contribuzione figurativa e con una retribuzione di una indennità giornaliera pari al 30% della retribuzione
- di usufruire di due ore di permesso giornaliero, retribuito fino al compimento del terzo anno di vita del bambino (in caso di prestazione di lavoro inferiore alle sei ore giornaliere andrebbe concessa una sola ora di permesso, ma a questo proposito nella sentenza 4623/2010 della Cassazione viene puntualizzato che tale norma va riferita esclusivamente ai riposi giornalieri della madre durante il primo anno di vita del bambino non portatore di handicap, essendo incompatibile con la necessità di una assistenza continuativa richiesta in caso di bambini disabili gravi).

In particolare:

- l'INPS con la circolare 155/2010 al punto 2.2 ha previsto che anche ai genitori vada riconosciuta la possibilità di utilizzare, in alternativa agli altri benefici, il permesso retribuito dei tre giorni mensili;
- la legge 183/2010 ha eliminato il riferimento ai tre anni di età ed esteso a parenti e affini entro il secondo grado la possibilità di utilizzare i tre giorni mensili di permesso retribuito per assistere minori, quando non lo possono fare i rispettivi genitori.



retribuito dei tre giorni mensili.

Tuttavia mentre le norme di tutela della maternità e paternità prevedono la pos-

sibilità di raddoppiare i riposi delle due ore giornaliere entro il primo anno di vita in caso di parto plurimo, nulla è previsto per i permessi giornalieri in caso di gemelli con disabilità grave, pur potendosi avere una sommatoria di permessi giornalieri nella situazione di due figli disabili con diversa età purché inferiore ai tre anni.

Si viene così a determinare una irragionevole disparità di trattamento tra genitori con parto plurimo che fruirebbero di doppio permesso giornaliero cioè di quattro ore, rispetto ai genitori di due gemelli disabili cui sarebbe accordato un solo permesso.

Secondo i giudici i permessi avrebbero la funzione di dare assistenza al

bambino portatore di handicap, quale destinatario dell'agevolazione e, pertanto, onde evitare che resti senza adeguata e continuativa assistenza, il riconoscimento va esteso a tutti e due i figli disabili in situazione di gravità. Né può essere addotto che il raddoppio dei permessi incida sul buon andamento dell'attività dell'azienda o della struttura amministrativa, in quanto le esigenze di tutela del disabile, debbono sempre prevalere sulle necessità e l'interesse del datore di lavoro a ricevere la prestazione.

In conclusione data "la prevalenza dell'interesse del bambino e la tutela, prioritaria, del suo sviluppo e della sua salute

quali diritti fondamentali dell'individuo (ex art. 3 Cost., comma 2, e art. 32 Cost.), sì che, alla luce di una interpretazione della L. n. 104 del 1992, art. 33, comma 2, orientata alla complessiva considerazione di tale prevalente tutela, deve riconoscersi il diritto della lavoratrice madre, o del lavoratore padre, di figli con handicap in situazione di gravità ad usufruire, in alternativa al prolungamento fino a tre anni del congedo parentale, di due ore di permesso giornaliero retribuito per ciascun bambino sino al compimento del terzo anno di vita (e quindi di un permesso doppio in caso di figli gemelli, entrambi con handicap grave)". •

Visita il nostro nuovo sito

www.enpam.it

Consulta la tua rivista ONLINE



Accedi alle NOTIZIE

Metis - Sifop, operative le linee guida per le cronicità

di Donatella Alesso
e Francesco Losurdo

Le società scientifiche Metis e Sifop forniscono le linee guida operative per la gestione congiunta della formazione per le cronicità. La Fimmg e il Sumai-Assoprof sono pronti a dare applicazione a quanto previsto dai contratti sulle aggregazioni funzionali e chiedono alle Regioni di puntare “veramente” sul territorio.

C'è unanimità di giudizio sul fatto che sia necessario imprimere una reale svolta all'assistenza territoriale delle patologie croniche, se ne parla da anni ma purtroppo il sistema stenta a decollare. A dare una sferzata ci hanno pensato Metis e Sifop con una proposta concreta al fine di formare i medici del territorio in vista dell'introduzione delle Aggregazioni funzionali. Metis e Sifop sostengono che l'educazione terapeutica aiuti a trattare il rapporto paziente-malattia, che comprende due aspetti, da un lato la risposta dell'organismo alla malattia cronica e dall'altro la maniera in cui ogni paziente vive la sua malattia.

La conoscenza della malattia, infatti, modifica in maniera sostanziale il rap-

porto del paziente con essa, consentendo un miglior autocontrollo e soprattutto una concreta accettazione della propria condizione di malato cronico.

Metis e Sifop, avvalendosi dell'esperienza del gruppo di esperti nazionali dell'educazione terapeutica composto dai sottoscritti e da Domenico Adinolfi, Arigo Lombardi e Andrea Pizzini per la Metis, e Maria Grazia Albano, Jean François d'Ivernois e Aldo Maldonato per la Sifop, si sono fatte promotrici della formazione dei propri iscritti sull'educazione terapeutica nelle malattie croniche come momento condiviso dell'assistenza territoriale.

Le patologie per le quali è stato riconosciuto utile un programma formativo di educazione terapeutica sia residenziale che a distanza (Fad) sono: il diabete mellito, la celiachia, l'obesità, l'asma, la Bpco, l'insufficienza respiratoria cronica, l'ipertensione, la terapia con anticoagulanti, lo scompenso cardiaco, la ca-

rie dentaria, l'incontinenza urinaria, la lombalgia, le patologie della colonna vertebrale, l'epilessia, il parkinson, i disturbi della memoria, la colostomia, il trattamento del dolore, le cure palliative, l'eczema, la schizofrenia, la sindrome di Ménière. Per ognuna di queste patologie, a seconda delle necessità della zona geografica considerata dalle singole Asl, sarà possibile organizzare delle aggregazioni funzionali costituite da un'aggregazione plurispecialistica coordinata da uno specialista ambulatoriale e da un team tra medici di famiglia e della continuità assistenziale coordinata da un medico della medicina generale, oltre che, da personale infermieristico che andrà formato con tutti i medici all'educazione terapeutica. In queste aggregazioni funzionali si garantirà il primo intervento e la continuità assistenziale ai malati cronici sia con prenotazione che con accesso diretto, in caso di necessità, dalle ore 8 alle 20

di ogni giorno. L'efficacia dell'educazione terapeutica sarà analizzata con l'uso di strumenti idonei per consentire una valutazione precisa ed obiettiva, sottoposta al vaglio di esperti della Sifop e della Metis coordinati rispettivamente da Donato Magi e Andrea Crapanzano.

“Anche noi siamo pronti a dare risposte concrete”, afferma Roberto Lala, segretario nazionale del Sumai-Assoprof che specifica come “il primo passaggio fondamentale sia l'incremento dell'informatizzazione e delle attrezzature indispensabili per un qualificato primo intervento specialistico e per poter dare risposte concrete per un'assistenza di qualità”.

“Negli ultimi accordi nazionali – spiega Lala – abbiamo previsto i coordinatori delle aggregazioni funzionali per disegnare una strategia organizzativa che punti ad una vera e propria ristrutturazione, non solo della specialistica ambulatoriale interna, ma di tutto il sistema dell'area convenzionata. Si tratta ora di tradurre tutto questo in realtà, perché proprio forme di collaborazione tra professionisti nelle aggregazioni funzionali rappresentano la migliore e più economica risposta alla cronicità e ai bisogni espressi dagli anziani fragili”. Un sistema a costo zero. “Tra l'altro – prosegue il segretario del Sumai – l'aggregazione non necessita obbligatoriamente di nuovi locali in cui

**La conoscenza della malattia modifica
il rapporto del paziente con essa
consentendo autocontrollo
e una concreta accettazione della
propria condizione di malato cronico**



Francesco Losurdo, presidente nazionale Sifop



Malek Mediati, presidente nazionale Metis



Giacomo Milillo, segretario nazionale Fimmg



Roberto Lala, segretario nazionale Sumai-Assoprof

operare perchè si tratta di uno strumento organizzativo duttile in quanto, per la composizione pluriprofessionale e plurispecialistica, consente di far fronte di volta in volta alle varie patologie o in ogni caso alle patologie multior-gano che interessano il ma-lato cronico (benché le specialità variano da pato-logia a patologia)”. “In defi-nitiva – conclude Lala – siamo di fronte ad uno strumento che da un lato abbassa i costi riducendo il ricorso al ricovero ospedaliero e dall’altro assicu-ra un’assistenza in linea con i due grandi problemi della società moderna: il costante aumento degli an-ziani e delle malattie cro-niche che si accompagnano alla sempre minore pre-senza di un tessuto fami-liare in grado di farsi cari-co del problema per evi-denti motivi economici”. Sulla stessa linea anche il segretario nazionale della Fimmg, Giacomo Milillo. “L’opinione pubblica e i

pazienti – sostiene il leader Fimmg - soprattutto nei segmenti di popolazione maggiormente vulnerabili, avvertono sempre di più i limiti dell’attuale organiz-zazione sanitaria e l’esi-genza di disporre di un’as-sistenza territoriale che of-fra continuità delle cure, flessibilità, integrazione e facilità di accesso. Ciò vale soprattutto per l’ampio spettro delle ma-lattie croniche, che rap-presentano la maggioran-za dei problemi affrontati dalla medicina generale a causa di molteplici fattori tra i quali l’invecchiame-nto della popolazione”. “Nei prossimi anni – spiega Mi-lillo - si dovrà quindi non solo provvedere all’ordi-nario adeguamento della

programmazione, ma an-che a realizzare uno stra-ordinario ‘aggiustamento’ del sistema sanitario per prepararlo alle sfide del prossimo futuro. In questa direzione, allo scopo di ri-spondere alla domanda di salute della popolazione con più efficienza e con più efficacia, è indispensa-bile un’integrazione siner-gica tra medicina special-istica e medicina generale”. Per il segretario Fimmg “tutto ciò richiede la defi-nizione di un nuovo mo-dello organizzativo della medicina capace di favori-re aggregazione, garantire continuità delle cure nel tempo, offrire alti livelli di flessibilità e adattabilità a sistemi regionali o locali di organizzazione dei servizi

sanitari, senza compro-mettere i grandi valori po-sitivi della medicina gene-rale attuale: il rapporto fi-duciario medico/assistito e l’autonomia professionale. La rifondazione delle cure primarie si realizza quindi attraverso la costruzione di un modello flessibile, ba-sato su identità a ricono-scimento del ruolo della medicina generale più in-tegrata nel sistema delle cure primarie ma fondato su basi solide”. “Il conso-lidamento – conclude Mi-lillo - di queste struttura-zioni territoriali renderà più semplice affrontare i vari aspetti clinici e assi-stenziali di tutte le ‘emer-genze’ che il territorio pre-senterà: l’espandersi delle patologie croniche, la do-miciliarità, la deospedali-zazione precoce, etc. Per troppi anni si è puntato tutto sull’ospedale e la me-dicina ipertecnologica, non investendo abbastanza sul territorio”. •

Allo scopo di rispondere alla domanda di salute della popolazione con più efficienza, è indispensabile un’integrazione sinergica tra medicina specialistica e medicina generale

“Womenomics”, ma solo una donna su dieci è primario

di Stella Morgana

Una testimonianza. La dottoressa Mariella Lucia, responsabile del Reparto di Terapia del dolore all'azienda Ospedali riuniti Villa Sofia Cervello di Palermo, è una di quelle che ce l'hanno fatta e ci racconta la sua carriera di medico, di donna e di madre. E' diventata primario a 54 anni: “Il ritardo delle donne rispetto ai ruoli apicali spesso è indipendente dal pregiudizio. Ci impegniamo più tardi perché prima preferiamo crescere i figli e poi ci dedichiamo di nuovo completamente alla carriera, visto che aiuti sociali ce ne sono ben pochi per le neomamme lavoratrici.

In ogni caso, anche nella fase più dura della mia vita di madre, non mi sono mai sentita indietro professionalmente a nessun mio collega uomo. La famiglia è solo una difficoltà temporanea: nella medicina si può recuperare”. Raffaella Michieli, 56 anni, responsabile area ginecologica della Società Ita-



liana di Medicina Generale (Simg), invoca un cambiamento più netto: “Nella medicina generale siamo tutti uguali, almeno in linea teorica, ma c'è un problema culturale di fondo, il mondo fa riferimento al maschio. Avere poche donne ai ruoli dirigenziali di fatto è un danno per tutti e le quote rosa sono un “male” necessario perché spesso vanno avanti più gli uomini rispetto alle donne proprio perché a decidere le carriere è una stretta rappresentanza maschile”. Senza dei paletti obbligatori entro cui facilitare l'ingresso delle donne verso le sale del potere con le poltrone più ambite, secondo quanto sostiene Michieli, la situazione non può sbloccarsi perché “gli uo-

mini non molleranno mai i loro posti di potere alle donne”. A chi sostiene che le donne siano pericolose o lunatiche in posti dirigenziali o ancora che si facciano la guerra tra loro risponde: “Non c'è nessuna prova scientifica che le donne siano più deboli degli uomini o ancora che combattano tra di loro: è solo una tesi priva di fondamento che cavalca l'onda del pregiudizio”.

Tra chi si preoccupa poco del divario enorme tra le carriere di donne e uomini, descritto invece dai numeri, serpeggia per esempio l'idea che, con la famiglia e la maternità, siano proprio le dottoresse a gettare la spugna e ad autoescludersi. “Le donne spesso lasciano perdere l'idea

di fare carriera non perché si accontentano, ma perché a lavoro non sono adeguatamente valorizzate”, taglia corto Michieli.

Eppure, quando sono valorizzate, sfondano il “tetto di cristallo” in corsia e in sala operatoria: ne è un esempio la dottoressa Giovanna Riccipetitoni, che a 53 anni nel 2007, è stata la prima donna in Italia a diventare primario di Chirurgia pediatrica all'ospedale Buzzi di Milano e la prima arrivata alla vicepresidenza dell'Associazione dei Chirurghi Ospedalieri Italiani (Acoi). Proprio qualche anno prima della sua promozione a primario, Giovanni Broggi, direttore della Neurochirurgia del Besta al Corriere della Sera aveva detto: “La chirurgia è roba da uomini perché richiede resistenza fisica e lunghe ore di lavoro”.

L'analista di Goldman Sachs Kathy Matsui l'ha chiamata “womenomics”, ovvero più donne al lavoro e in posti di dirigenza per un'economia più efficiente e più equa. Anche il Servizio Sanitario Nazionale italiano sembrerebbe destinato a diventare un feudo al femminile, almeno stando alle previsioni per i prossimi quindici anni. Peccato, però, che tra i medici solo una donna su dieci riesce a diventare primario.

Mentre i camici si fanno sempre più rosa con il 60% di donne tra i laureati in medicina, solo il 13% di queste arriva a ruoli di co-

Solo due presidenti di Ordine su centosei sono donne



mando. Man mano che si sale la scala dirigenziale, si assottigliano le file dell'esercito di dottoresse. Lo confermano i dati del Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato relativi al Servizio Sanitario Nazionale. Solo il 37% delle donne medico lavora a tempo indeterminato (41.919 su 112.861). Tra i medici in part time, invece, le donne sono oltre il 90% (903 su 985) e tra i medici precari raggiungono il 57% (3.709 su 6.493). Una volta rotta la barriera del potere, in poche riescono ad accedere a tutti i reparti dell'ospedale. Rimangono prettamente maschili le specialità chirurgiche (95% chirurgia maxillo facciale, 91% cardiocirurgia, 87%, chirurgia toracica, 84% chirurgia generale) mentre più femminili sono le specialità di pediatria (56%), oncologia,

anestesia,ematologia e psichiatria (50% circa). Le proporzioni sono ancora più scoraggianti se si guarda alle cariche ordinarie: su 106 Ordini provinciali, solo due presidenti sono donne. Certo è che la situazione non migliora spostandosi altrove, per esempio alle società quotate in Borsa. Stando ai dati del Sole 24 ore, per quanto riguarda "l'altra metà del Cda" l'Italia è l'ultima in Europa: le donne sono solo il 2,1%, persino dopo il Portogallo che si piazza al 3% e guarda lontanissimo alla Norvegia dove il potere è rosa nel 44% dei casi. Stando così le cose si è fatta sempre più strada l'ipotesi delle quote rosa, non solo in Parlamento, ma anche in corsia. Orari di lavoro difficili da conciliare con figli e famiglia, patemi d'animo per chi è in gravi-

danza per le conseguenze da scontare nella carriera, reticenza da parte dei colleghi e pregiudizi: così tante dottoresse brave di fatto si piazzano seconde rispetto ai loro colleghi uomini.

Un rapporto del 2009 della Commissione europea sulla parità di genere nella scienza conferma che le donne rappresentano il 33% dei ricercatori italiani, ma solo il 20% raggiunge le posizioni di leadership.

E' certo che il contributo che le donne hanno fornito e forniscono alla nostra Sanità nel suo complesso è determinante. Le donne impiegate nel 2009 hanno raggiunto il 63% circa, anche se solo il 18% ricopre posizioni apicali.

E' positivo che tra il 2001 e il 2009 il numero delle donne medico sia aumentato dal 30% al 37% e che

le donne si stiano facendo strada anche in specialità considerate tradizionalmente maschili come chirurgia e radiologia. Forse sono ancora poche le donne primario negli ospedali, docenti nelle Facoltà di medicina e dirigenti nel Servizio sanitario nazionale. E' una lacuna che deve essere colmata e a questo scopo sarà istituito al ministero della Salute un tavolo di monitoraggio con il compito di applicare alle professioni sanitarie l'accordo raggiunto con il ministero del Lavoro sulla conciliazione tra lavoro e famiglia che punta ad introdurre in tutti i livelli di contrattazione forme di flessibilità, come orari rimodulati, forme di telelavoro, lavori a tempo parziale, nuove forme di congedi parentali, per conciliare i tempi di vita e i tempi di lavoro delle donne. •

Da questo mese inizia una nuova rubrica volta ad una rapida informazione scientifica su argomenti della medicina ripresi da organi internazionali di aggiornamento in materia medica.

di Maurizio Zomparelli (*)

SINDROME DA DEPRESSIONE POST-PARTUM

Dall'università del Connecticut, la dottoressa Michelle Price Judge afferma che l'uso di omega3, alla dose di 200-300 mg., durante il periodo della gravidanza riduce significativamente i rischi della sindrome da depressione post-partum. Lo studio è limitato a 42 casi, pochi a dire il vero, ma questo comunque ha suscitato interesse nella Comunità scientifica, tanto che la stessa dottoressa Judge suggerisce di estendere la casistica in uno studio multicentrico (aprile 2011).

ALZHEIMER, ULTIME DALLA RICERCA

Dalla rivista Nature Genetics una notizia sul Morbo di Alzheimer: sono stati identificati 10 nuovi geni che, se la ricerca consentisse di annullarli, il 60% dei casi sarebbe risolto preventivamente (aprile 2011).

ANTIDEPRESSIVI E RISCHIO CARDIOVASCOLARE

Nell'ultima sessione dell'American Cardiology a New Orleans si è discusso sull'uso degli antidepressivi, di qualsiasi tipologia, sugli uomini adulti di mezza età. Dalla sessione sarebbe emersa un'incidenza all'aumento del rischio cardiovascolare sia per l'infarto sia per l'ictus ed in particolare ad un incremento dello spessore delle placche carotidee del 5%. Questo in contrasto con l'uso consigliato degli stessi antidepressivi nel post-infarto (aprile 2011).

TUMORI SECONDARI, I RISCHI PER LE DONNE

Dal Breast Cancer Research uno studio ha dimostrato che nelle donne dopo la menopausa, affette da cancro della mammella, trattate con radioterapia, ci sarebbe un incremento significativo di tumori secondari (aprile 2011).

SANGUE NERO PER IL FERRO CARDIACO

Dal Journal of cardiovascular magnetic resonance uno studio ha dimostrato che utilizzando sangue nero T2 si ottengono minori artefatti per la valutazione del ferro cardiaco, rispetto all'utilizzo corrente del sangue bianco per la talassemia major (marzo 2011).

NUOVA TERAPIA CONTRO IL LUPUS

Dopo l'idrossiclorochina (Plaquenil), i corticosteroidi e la stessa aspirina, un nuovo farmaco, approvato dalla FDA, è in commercio per la terapia del Lupus. Agisce riducendo l'abnorme presenza delle cellule B caratteristiche della malattia immunitaria (marzo 2011).

NUOVA DIAGNOSTICA NUOVE FRONTIERE

La tomografia ad emissioni di positroni (PET), con l'utilizzo del composto B. Florbetapir (11C), permette attraverso questa tecnica radiologica l'evidenziazione della placca beta-amiloide caratteristica del Morbo di Alzheimer nel liquido cerebrospinale. La PET diventerebbe la tecnica diagnostica Gold Standard per la diagnosi del M. di Alzheimer (aprile 2011).

TERAPIA DEL DOLORE

La legge n°38 del marzo 2010, per la terapia del dolore, che prevede l'uso degli oppioidi per il dolore, oltre al paracetamolo, compie un anno. Una svolta epocale per la stessa terapia che ci vedeva larghi prescrittori di fans rispetto agli analgesici specifici per la terapia del dolore cronico. Il paracetamolo diventa il farmaco di prima scelta nella terapia del dolore lieve.

BY PASS E ARTERIA CEREBRALE

Un nuovo dispositivo denominato Elana permetterà ai neurochirurghi di effettuare un by-pass sull'arteria cerebrale, senza interrompere il flusso sanguigno, per prevenire il rischio di un ictus cerebri durante lo stesso intervento (marzo 2011).

SONNO E OBESITÀ

Dall'International Journal of Obesity una notizia sull'influenza del sonno sull'obesità: uno studio su 472 casi ha evidenziato che un uso corretto della quantità del sonno rispetto ad una carenza od ad un eccesso, contribuisce significativamente a perdere il peso corporeo, agevolando la dieta e la terapia medica di supporto (aprile 2011).

(*) *Dirigente responsabile del Reparto di medicina della Clinica addominale EUR di Roma*



Emozioni da controllare, sentimenti da scoprire

La vicenda umana e professionale di una pediatra che al di là della medicina non disdegna l'impegno civile

Ricorda il primo paziente?

E' difficile ricordare i primi pazienti. E' stato un continuum di cui non ricordo l'inizio. Ricordo bene invece un'esperienza vissuta all'inizio della mia carriera ospedaliera. Eravamo alla fine degli anni '70. Venni chiamata in piena notte d'urgenza in sala operatoria per un taglio cesareo in emergenza. Vidi nascere un bambino in condizioni di estrema gravità che si è spento dopo pochi minuti dal parto nonostante le tempestive manovre di rianimazione. L'autopsia rivelò gravissime malformazioni multi-organo incompatibili con la vita. E quante altre volte nel corso dei miei oltre trent'anni di attività ospedaliera in neonatologia mi sono trovata davanti a drammi del genere. Non ti abitui mai.

Qui si apre il tragico capitolo della rianimazione degli "aborti" volontari "terapeutici". Capita di essere chiamati in sala parto in emergenza per rianimare un neonato estratto in avanzato stato di gravidanza che presenta segni di vita. Da molti anni con le sempre aggiornate tecniche rianimatorie e i presidi specifici, respiratori automatici e quant'altro, il neonato estremamente prematuro, dalla

23^a settimana di età gestazionale in poi può sopravvivere. Lo stato d'animo mio in questi momenti è indescrivibile. Un misto di rabbia, di compassione per quell'esserino inerme tra le mie mani, di dolore per la madre che si troverà a fronteggiare un conflitto più grande di lei. Per sempre.

Ci si abitua a certe situazioni?

No. Impariamo a controllare le emozioni. Si diventa più freddi esteriormente perché la nostra calma, talvolta apparente, tranquillizza i pazienti. La mia esperienza di medico mi suggerisce che "tanto dai, tanto ricevi". C'è la necessità di saper affrontare tutte le situazioni che incontriamo e per far questo meglio mi sono specializzata in psicoterapia per capire meglio me stessa, i miei piccoli pazienti e le esigenze e le reazioni dei genitori di questi. Come quelle della mamme che spesso finiscono per colpevolizzar-

si di fronte alle patologie dei figli.

Medico ieri e oggi: che cosa è cambiato?

Ci vuole coraggio e passione per continuare a fare il medico. Siamo costantemente "commissariati" dal governo e dai direttori generali. Dobbiamo risparmiare sulla sanità, non importa come; bisogna produrre tanto e far spendere poco all'Azienda sanitaria. Può essere difficile stare accanto a chi fa una professione come la nostra, nella quale gli altri, i pazienti, vengono prima dei nostri familiari. Prima di noi. Spesso siamo criminalizzati per il nostro lavoro e questo induce noi medici a praticare la medicina difensiva che porta ad un dispendio di risorse a discapito di un rapporto sereno con il paziente.

Che cosa è Radiocivetta?

Sono anche giornalista e direttore responsabile di questa testata giornalistica come di *J'Accuse...* !

Radiocivetta è informazione sulla ricerca della verità, della libertà, della giustizia, della cultura e della salute. Radiocivetta e *J'Accuse* non hanno sponsor e per questo sono una voce libera. •

Ernesta Adele Marando, laureata a "La Sapienza" di Roma in Medicina e chirurgia nel 1976, si è specializzata in Clinica pediatrica, in Neonatologia ed in Psicoterapia presso l'Istituto sull'approccio centrato sulla Persona (Iacp).

Ha lavorato per trentadue anni come pediatra e neonatologa ospedaliera a Roma. Attualmente è neonatologo al Dispensario di Santa Marta-Città del Vaticano. Docente in Neuropsicologia all'università "Nostra Signora del Buon Consiglio" di Tirana (www.ernestamarandomedico.it). La dottoressa Marando è anche giornalista. Dirige tre testate di informazione di cui due online - www.radiocivetta.eu e www.jeaccuse.eu - ed uno in stampa: *J'Accuse...* !

**Oggi giorno
ci vuole coraggio
e passione
per continuare
a fare il medico**

**Si diventa
più "freddi"
ed in questo modo
si tranquillizza
il paziente**



Beniamino Gigli (beniaminogigli@libero.it),
dal 1976 all'80 Ufficiale medico,
sino al '94 Assistente medico
al Nuovo Regina Margherita;
dal '94 al 2010 Aiuto pediatra
di I primo livello,
gli ultimi tre anni al pronto soccorso
del San Giovanni a Roma

Aiutare i bambini con il “do” di petto

La parola a un pediatra nipote di uno dei più grandi tenori che la lirica abbia mai avuto. Si chiama Beniamino Gigli (jr), non canta, ma è disposto ad aiutare i bambini bisognosi attraverso un'Associazione musicale e culturale no profit intitolata a suo nonno

di Carlo Ciocci

Dottor Gigli, ci parla della sua attività di medico?

Sono pediatra, una specialità che avevo intenzione di approfondire sin da quando ero ragazzo. Ho alle spalle la terapia intensiva neonatale ed il pronto soccorso pediatrico in diversi reparti di pediatria di ospedali romani. Oggi sono in pensione, ma il medico rimane sempre medico. Della mia lunga attività mantengo tanti ricordi che mi hanno accompagnato e sempre mi accompagneranno. Tra gli altri rivivo quella notte nel corso della quale una famiglia in evidente stato di bisogno si era rivolta a me in quanto il figlioletto non stava bene. In

piena notte li raggiunsi - fortunatamente non si trattava di niente di grave - ma vista la situazione, non avevano il denaro sufficiente per comprare le medicine, lasciai loro la possibilità di acquistare i farmaci necessari per il figlio. Si trattava di persone che mi avevano rintracciato sull'elenco telefonico e che ancora oggi, a distanza di tanti anni, mi chiamano per un saluto o gli auguri nel caso di ricorrenze. Un altro ricordo: una bambina mia paziente si ruppe un braccio e non si sarebbe fatta operare se

non fosse stato presente anche il suo medico di fiducia, il sottoscritto. Quando la bambina ebbe l'incidente io mi trovavo in vacanza all'isola d'Elba ed avvisato della situazione rientrai di corsa a Roma per assistere la paziente.

La mia esperienza di medico pediatra in ospedale è stata sostanzialmente positiva. Posso testimoniare di medici severamente impegnati una vita intera per aiutare i piccoli pazienti. Esiste una sanità criticabile, è vero, ma va anche detto che in genere le persone

**Una persona di grande umanità,
basti pensare che fece
cinquecento concerti di beneficenza**

si fidano dell'ospedale pediatrico.

Sappiamo che nella vita del dottor Gigli non c'è solo la pediatria: lei è uno sportivo?

Sicuramente sì. Sono stato nazionale di boowling, gioco a tennis e a calcetto presso il Circolo Veio. Ritengo essere lo sport necessario nella vita di una persona. Ricordo che in televisione, nel corso di trasmissioni cui venivo invitato per parlare di pediatria, intervenivano telefonicamente le mamme preoccupate perché i figli rischiavano di ammalarsi praticando nel corso dell'inverno sport all'aperto. Rispondeva che la faringite dura tre giorni, ma che la timidezza, l'obesità e l'insicurezza possono durare tutta la vita. Lo sport è salute in tutti i sensi: non dimentichiamo che quando un ragazzo è impegnato seriamente nello sport è più difficile che si avvicini al fumo o all'alcol.

Mi consenta di arrivare al nocciolo di questo nostro incontro: che cosa ricorda del suo illustre nonno, il grande Beniamino Gigli?

Ho molti ricordi e questo è dovuto al fatto che quando mio nonno morì io avevo undici anni. A parte la voce, che secondo alcuni esperti è tutt'oggi insuperata, mi piace ricordare la sua grande generosità. Si trattava di una persona di particolari capacità umane: fece ben cinquecento concerti di beneficenza. Chiunque si rivolgeva a lui per una ne-

cessità veniva subito accontentato.

Un episodio che ricorda in modo particolare?

Ce ne sono tanti, ma questo che ora dirò è emblematico: eravamo in un ristorante di Napoli, da "Ciro a Mergellina", dove si esibiva un anziano che cantava le canzoni napoletane. Avvicinatosi al nostro tavolo riconobbe Beniamino Gigli e rimase quasi folgorato: mio nonno per aiutare questo suo "collega" ad ottenere dai presenti tante mance interruppe la cena, si alzò, cantò insieme a lui e girò tra i tavoli con il cappello in mano per raccogliere più offerte possibili. E parlo di tempi, allora mio nonno aveva circa sessant'anni, nei quali era già un personaggio consacrato dalla critica e dal pubblico quale tenore tra i più grandi di tutti i tempi. Nonno Beniamino fu grande anche per il suo carattere, per la sua generosità: ancora oggi ricevo corrispondenze e testimonianze di affetto nei suoi riguardi.

Tra l'altro le cronache parlano anche di suo nonno come personaggio instancabile: è vero che non si tirava mai indietro quando si trattava di cantare?

Anche sotto questo aspetto si è ritagliato la parte del mito: a Roma si esibì nella Tosca alle nove di sera ed alle due di notte dello stesso giorno la replicò per i tanti che non erano riusciti ad entrare al Teatro dell'Opera. Era indubbiamente un artista che possedeva



il dono di cantare senza sforzo, senza paura di rovinarsi la voce.

Lei organizza con l'Associazione musicale culturale "Beniamino Gigli", un concorso internazionale con le finalità di aiutare i giovani talenti ed i bambini bisognosi. Ce ne parla?

Si tratta di un concorso lirico particolarmente seguito, basti pensare che alla precedente edizione hanno partecipato ben diciotto nazioni, complessivamente circa 120 partecipanti.

L'associazione - www.beniaminogigli.org - nasce nel 2007 a cinquant'anni di distanza dalla morte di mio nonno: tutte le nostre attività sono finalizzate alla beneficenza. Cerchiamo di aiutare i giovani cantanti lirici ad affermarsi - ci sono molti cantanti di valore che non riescono neanche a far-

si ascoltare per una prova - realizzando l'occasione per farli conoscere alla critica ed al grande pubblico. Per l'ultimo concorso si sono presentati artisti provenienti da tutto il mondo, in particolare dalla Russia e dall'America, abbiamo fatto le selezioni qui a Roma al mausoleo dei Santissimi Apostoli a Piazza Venezia e la serata finale si è svolta al teatro Argentina. Tutto l'incasso è andato all'Associazione pediatrica Peter Pan. La giuria era particolarmente illustre: ne facevano parte il direttore ed il vice direttore del teatro dell'Opera, il direttore del Conservatorio di Santa Cecilia, importanti agenzie europee del settore: tutte le persone contattate appena hanno sentito il nome "Beniamino Gigli" si sono presentate ed hanno partecipato con particolare inte-

resse all'appuntamento. Visto che siamo in argomento mi piace ricordare un evento accaduto circa dieci anni fa: una collega dell'ospedale San Giacomo organizzò un concorso lirico internazionale di medici cantanti lirici; parteciparono circa ottanta colleghi e si aggiudicò la competizione un otorino di Voghera.

Programmi per il futuro?

Qualcosa di particolare e ritengo interessante. Mi hanno scritto dagli Stati Uniti, da New York, informandomi che un grande compositore mascagnano, Carlo Garofalo, realizzò un'opera lirica bellissima, "Il giocoliere", per mio nonno e per un altro grandissimo baritono, Benvenuto Franci. Questa opera non è mai stata rappresentata, forse una sola volta in Russia intorno al 1940, e conservo delle lettere anche di mio nonno nelle quali si legge di un'opera stupenda che per qualche motivo venne dimenticata. Attualmente sto cercando di reperire gli spartiti ed il libretto musicale con l'idea di poterla far rappresentare: sarebbe un fatto eccezionale.

Lei canta?

No, non ho mai cantato seriamente. Mi è capitato di fare il giurato a concorsi di lirica: a San Giovanni Rotondo mi hanno più volte invitato anche per il fatto che mio nonno era amico personale di Padre Pio e che ha aiutato generosamente per la costruzione del famoso ospedale. •



Mariano Bassi, psichiatra, dirige dal 2008 la Struttura complessa di Psichiatria 2 dell'Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano. È Past President della Società italiana di Psichiatria e membro della World Psychiatric Association, al cui interno ricopre la carica di presidente della sezione "Urban Mental Health". È presidente del Consiglio delle Società Scientifiche Psichiatriche Europee e Coordinatore della Task Force della Association of European Psychiatrists. Membro internazionale della American Psychiatric Association, della American Association of Community Psychiatrists e della Association for Clinical Psychosocial Research, è docente presso la Scuola di Specializzazione in Psichiatria della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Bologna

Salute mentale e ambiente urbano

di Claudia Furlanetto

Professor Bassi, l'Organizzazione mondiale della Sanità sta sottolineando da tempo il ruolo che i determinanti sociali giocano sullo stato di salute. Cosa è cambiato negli ultimi venti anni?

Ci si è accorti che i determinanti ambientali e in particolare il contesto sociale hanno una influenza notevole sul benessere della popolazione. Gli studi di epigenetica hanno dimostrato come il patrimonio genetico risenta dell'ambiente e, di conseguenza, si modifichi: si tratta di un'influenza importante, che rende plastici elementi individuali che caratterizzano la salute delle persone. Ovviamente l'ambiente a cui mi riferisco è inteso in un'accezione molto estesa che va da ciò che succede in fase di gestazione, quindi dai primi minuti di vita, ai vari aspetti che caratterizzano la crescita fino al-

l'età adulta. In questi termini, il luogo di crescita diventa fondamentale, di qui la differenza per chi cresce in aree metropolitane densamente popolate.

Che tipo di influenza ha l'ambiente urbano sulla salute mentale della popolazione?

Per quanto riguarda la psichiatria, numerosi studi hanno dimostrato che essere nati e cresciuti in una grande area metropolitana è un fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi mentali gravi e persistenti. Allo stesso tempo è anche un fattore che può modificarne il decorso e l'esito.

L'ambiente urbano, pur offrendo molteplici opportunità lavorative, relazionali ed economiche, presenta per i suoi abitanti anche problemi legati alla deprivazione sociale, all'emarginazione, all'isolamento, alla povertà, alla criminalità e quindi determina una percezione di insicurezza.

Ed ancora: l'inquinamento, il rumore, il ritmo di vita, la composizione del contesto sociale, la concentrazione di etnie diverse nei quartieri, fino ad arrivare alle caratteristiche urbanistiche dei quartieri, alla presenza di edifici costruiti prima degli anni '70, ad edifici che si trovano lontani da centri commerciali o da negozi che vendono beni di prima necessità. Queste ultime caratteristiche, per esempio, rappresentano per la popolazione anziana una grande difficoltà per la vita quotidiana. Alcuni studi dimostrano come questi elementi, che suscitano una distinta percezione di insicurezza, influenzino l'incidenza della depressione sulla popolazione oltre i 60 anni. Più in generale, gli studi sulla depressione si concentrano sulla *georeferenziazione* dei cittadini che per la prima volta hanno manifestato il disturbo depressivo, o che sono già affetti dalla malattia, rispetto al quartiere dove vi-

vono: si valuta la concentrazione di un maggior numero di casi in specifici quartieri e si associano le caratteristiche della zona alla possibilità che gli abitanti vadano incontro allo sviluppo del disturbo.

E per quanto riguarda la schizofrenia?

Numerose sono le ricerche che dimostrano che nascere o crescere in una grande città favorisce l'insorgenza di disturbi psicotici. Studi europei come quelli di Jim van Os dell'Università di Maastricht, uno dei più importanti ricercatori dell'influenza dei determinanti sociali sulla schizofrenia, e gli studi di Robin Murray dell'Istituto di Psichiatria di Londra, da tempo hanno dimostrato che la popolazione giovanile che vive nelle grandi città corre più rischi di sviluppare malattie psicotiche, ed in particolare schizofrenia, rispetto a chi vive in città di piccole dimensioni ed in aree rurali.

C'è una differenza tra la situazione europea ed americana?

Nel caso dell'insorgenza il dato non differisce, ovviamente, visto il carattere privato dell'assistenza sanitaria statunitense, ci sono maggiori scostamenti quando parliamo della continuità delle cure.

Proprio in riferimento ai disturbi depressivi, durante il Congresso internazionale "Big Cities and Mental Health", che si è tenuto a Milano lo scorso aprile, lei ha presentato uno studio che si concentra proprio sul capoluogo lombardo.

È il primo studio di questo

genere al mondo: abbiamo pianificato il protocollo di ricerca e raccolto il finanziamento di alcuni sponsor. Il Comune di Milano, che ha appoggiato il progetto, ha virtuosamente realizzato una ricerca che permette di selezionare nelle ottantotto zone in cui la città è stata divisa, chiamate nuclei di identità locali (NIL), una serie di elementi: numero degli abitanti e composizione della popolazione – etnia, sesso, età –, trasporti, presenza di luoghi di aggregazione sociale – impianti sportivi, biblioteche, università, scuole –, strutture sanitarie – ambulatori di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture per la salute mentale, servizi sociali... e così via. Una miriade di dati, quindi, che descrive nel particolare la situazione ambientale di quella zona.

Del gruppo di lavoro fanno parte i servizi socio demografici e statistici del Comune, mentre per quanto riguarda la materia più strettamente clinica, noi mettiamo a disposizione i dati della Regione Lombardia e dei servizi di salute mentale milanesi. La prima fase di questa ricerca è focalizzata sui rapporti tra incidenza e prevalenza “trattate” della depressione e caratteristiche dei quartieri di Milano.

Quali sono le conclusioni del congresso?

Al congresso hanno partecipato illustri relatori e ricercatori provenienti da tutto il mondo. Visto l'interesse suscitato dalla ricerca, abbiamo deciso di includere nel progetto esperti stranieri che ci seguiranno nello sviluppo del protocollo. In particolare il professor Sandro Galea della Columbia University di New York, tra i massimi

esperti mondiali del rapporto che intercorre tra ambiente e depressione, sarà nostro consulente per l'effettuazione della ricerca. I risultati saranno presentati probabilmente all'inizio del prossimo anno.

Come dovrebbe essere una città a misura di psiche umana?

Certamente, oggi, la tendenza a costruire o modificare le aree urbane in termini ecocompatibili è importante per la qualità di vita degli abitanti. Non bisogna sottovalutare il fatto che la concentrazione di minoranze etniche in alcuni quartieri, come succede nelle grandi città statunitensi, non è sicuramente il modo migliore per garantire la salute mentale degli abitanti di quella zona, sia per i membri delle minoranze etniche stesse che per gli altri cittadini residenti.

La sezione “Urban Mental

Health” della World Psychiatric Association sta organizzando nuove iniziative?

Durante il Congresso della Società mondiale di psichiatria che si terrà il prossimo settembre a Buenos Aires, un importante simposio sarà dedicato a questi temi, sicuramente di grande interesse per il confronto che, in quell'occasione, potremo avere con gli esperti delle grandi città sud-americane. Questo è un filone di ricerca che esiste ormai da tempo e non è più considerato di “nicchia”, anzi si sta allargando, come dimostrato dal successo di questi incontri internazionali.

I problemi che pone l'ambiente urbano sono certamente di carattere intersettoriale. Qual è, in questo senso, il ruolo degli urbanisti?

L'ambiente è definito proprio dalla sua struttura urbana: come sono fatti i palazzi, le strade, se c'è la presenza di parchi pubblici, di luoghi di aggregazione sociale, quest'ultimi considerati come fattori protettivi per gli abitanti. Quindi anche l'urbanista può contribuire alla salute mentale dei cittadini delle grandi aree metropolitane. Abbiamo usufruito del loro intervento anche durante alcuni convegni. Per quanto riguarda la nostra ricerca il loro coinvolgimento riguarderà una fase successiva: una volta concluso lo studio, i risultati saranno messi a disposizione del Comune di Milano, per essere condivisi con amministratori e urbanisti, per poter disegnare, nel futuro, una Milano “migliore”. •

Gli studi sulla depressione si concentrano sulla georeferenziazione dei cittadini che manifestano il disturbo rispetto al quartiere dove vivono





Antonio Teodosio Di Giulio si è laureato in medicina e chirurgia nel 1961 e specializzato prima in “Anestesia generale” e poi in “Odontoiatria e protesi dentaria”. Allievo del prof. L. Linkow, è stato consulente per l'Italia della “Implants International” di New York. Nel 1970 ha ricevuto l’“Ambrogino D’Oro” dal sindaco Aniasi alla “Fondazione Carlo Erba” di Milano per la ricerca in implantologia. Assistente del reparto di “Chirurgia Maxillo-facciale” dell’Istituto dei Tumori di Milano, negli anni 1981-1982. Professore a contratto di “Chirurgia Maxillo-facciale” e di “Odontotecnica” alla Scuola di specialità in Odontoiatria dell’Università Cattolica di Roma dal 1987 al 1994 e di “Tecniche Implantologiche”, corso integrativo dell’insegnamento ufficiale di “Chirurgia Maxillo-facciale” alla Scuola di “Odontostomatologia” dell’Università Statale di Milano anno acc. 1995-1996. Già membro dell’Association of Dental Implantology (ADI) di Londra. Perito “Odontoiatra-Implantologo” della Corte d’Appello di Milano

“Twin implant” iuxtaosseo, prevenire l’invalidità dentale

Sul fronte dell’implantologia odontoiatrica i progressi sono continui: uno degli ultimi, in ordine di tempo, è il “twin implant”, un avanzamento dell’impianto iuxtaosseo

di **Andrea Sermonti**

Nella risoluzione dei casi con osso deficitario la differenza tra le vite endosse e l’impianto iuxtaosseo è sostanziale: “Non neghiamo la validità dell’impianto a vite, anzi ne applichiamo molti – conferma Di Giulio – ma la vite ha dei limiti perché ha bisogno di osso alto e largo per essere impiantata”. E invece sono molti i casi in cui l’osso è sottile, basso o vuoto per seni mascellari estesi.

Lo iuxtaosseo ha maggiori possibilità di applicazione della vite?

Essendo in fusione di tita-

nio, può penetrare anche dove una o più viti non si sono osteointegrate e hanno reliquato vuoti ossei: in tal modo lo iuxta sopprime anche alla vite perduta. Lo iuxtaosseo, penetrando nel vuoto osseo lasciato dalla vite, diventa anche “endosse”, aumentando da due a tre i punti di ancoraggio: i due intorno all’osso e quello dentro l’osso, dando così maggior forza all’impianto.

E il vuoto dei seni mascellari?

Il problema dei seni mascellari è stato risolto egregiamente con questo tipo di impianto, che li circonda, senza penetrarli, con due

barre che imitano alla perfezione la divaricazione delle tre radici dei denti molari superiori. La divaricazione delle tre radici dei molari ha lo scopo di sostenere il carico masticatorio. Allo stesso modo la divaricazione delle due barre accoppiate dell’impianto scarica il carico masticatorio distribuendolo, come nelle radici dei molari.

Perché l’impianto viene realizzato in titanio?

La realizzazione in titanio, in sostituzione del cromocobalto utilizzato negli anni ’60-’70, ha reso l’impianto maggiormente accettato dall’organismo perché il cromocobalto – lega

di vari componenti metallici – può dare allergie. Inoltre, il titanio permette all’impianto di penetrare anche nella midollare ossea, oltre a circondare la cresta ossea. Negli anni ’60-’70, per la tenuta dello iuxtaosseo sull’osso si pensava che bastasse il semplice riaccollamento della fibromucosa gengivale, ma gli impianti si dislocavano facilmente dalla loro sede. Inoltre, con la vecchia metodica l’impianto veniva studiato, disegnato e prodotto in laboratorio su gesso riportato da un’impronta chirurgica dell’osso e richiedeva due interventi: uno per l’impronta ossea e l’altro per l’applicazione dell’impianto.

Quali sono stati i cambiamenti?

Ora l’impianto richiede il solo intervento di applicazione, poiché viene realizzato su modello stereolitografico al computer partendo da una Tac multislice 64 o 128. Il modello, copia esatta della cresta, la riproduce nei minimi particolari e quindi dà all’operatore la possibilità di studiare l’osso nei più piccoli dettagli, di misurare le pareti ossee del seno, di ricercare con esattezza i punti di forza dell’osso su cui applicare l’impianto, di studiare la direzione dei vettori di carico dell’impianto, e, cosa di notevole importanza, di ricercare le asperità ossee e i sottosquadri su cui ancorare le barre di titanio per bloccarlo saldamente sulla cresta ossea. Questo bloccaggio è determinante per la tenuta im-

IL FRUTTO DI UNA RICERCA INIZIATA OLTRE 27 ANNI FA

mediata e futura dell'impianto. Noi lo definiamo "primo bloccaggio tecnico" perché viene ottenuto con il nostro studio e disegno dell'impianto sul modello. E poi il primo bloccaggio permette di utilizzare immediatamente l'impianto dopo la sua applicazione sull'osso.

Un primo bloccaggio ne presuppone un secondo...

Il secondo bloccaggio, quello biologico e definitivo, viene realizzato con la copertura dell'impianto, al momento dell'intervento, con una delle varie sostanze osteoinducibili. Questa nostra metodica viene oggi utilizzata anche dai dentisti americani. Le cito l'ultimo articolo: "*Clinical device-related article – bone properties surrounding hydroxyapatite-coated custom osseous integrated dental implants*" di M. I. Baker, et al. (pubblicato online il 19 agosto in Wiley Online Library – wileyonlinelibrary.com – DOI: 10.1002/jbm.b.31693). Pensi che noi copriamo l'impianto con le sostanze osteoinducibili sin dal 1996!

Di che sostanze si tratta?

Si utilizzano ampiamente in parodontologia per salvare

Abbiamo adottato questo tipo di impianto nel 1984 – afferma Antonio Teodosio Di Giulio – ma dell'endosseo ce ne occupiamo sin dagli anni '60, con migliaia di casi eseguiti. Con lo iuxtaosseo abbiamo ormai una casistica di oltre il 90 per cento di successi. Considerando in questi numeri anche i primi impianti in cromocobalto, non ricoperti da sostanze osteoinducibili, non ancora divisi in due parti e rilevati da impronta chirurgica dell'osso. Il titanio lo utilizziamo solo dal '96. Il modello stereolitografico è stato adottato nel 2007 e dal 2008 l'impianto è stato diviso in due parti gemelle assemblabili, il "Twin implant". Con il Twin ci prefiggiamo di raggiungere almeno il 98-99 per cento di successi. Con l'impianto iuxtaosseo possiamo risolvere i casi che prima venivano rifiutati per deficienze ossee: pazienti che, avendo perso osso dopo le estrazioni dei denti per il rimodellamento della cresta, possono diventare "invalidi dentali" quando la cresta ossea è completamente distrutta e la protesi mobile, soprattutto l'inferiore, non può essere tenuta ferma neanche con le colle più tenaci. Questo impianto, come anche le viti, prevengono l'invalidità dentale. Le viti dovrebbero essere applicate prima che la cresta si rimodelli, quindi, o nella stessa seduta delle estrazioni o appena l'osso lo permetta".

i denti con problemi parodontali, per colmare cavità cistiche, intorno a viti quando l'osso non copre sufficientemente l'intero corpo dell'impianto. Quindi, se le sostanze ossificano in questi casi lo fanno anche intorno all'impianto iuxtaosseo, che diventerà uno iuxta-endosseo a tutti gli effetti e rimarrà bloccato tra l'osso del paziente e quello nuovo indotto. Quest'osso neoformato blocca l'impianto avvolgendolo, protegge le barre dall'attacco dei germi della cavità orale e protegge la fibromucosa dall'accollamento diretto sul metallo. Inoltre, il periosio, non essendo a di-

retto contatto con il metallo dell'impianto ma con la sostanza applicata, contribuisce maggiormente alla neoformazione di osso. Le sostanze osteoinducibili si prestano anche a rimodellare e ristrutturare l'osso perduto dopo le estrazioni e, cosa di non poco conto, ispessiscono le pareti esterne dei seni mascellari migliorando l'estetica del volto. Il risultato è "rilevabile" dalle fotografie chirurgiche o da una nuova tac e relativo modello stereolitografico; obiettivamente, con movimenti estrattivi, verticali e laterali, l'impianto risulta bloccato.

Oltre al titanio e alle so-

stanze osteoinducibili altre novità nel settore?

Per ultima, e di grandissima importanza, è la divisione in due parti dell'impianto: appunto il "Twin implant". E' un avanzamento di metodica di applicazione che ha risolto grossi problemi, permettendoci di bloccare l'impianto sui sottosquadri e sulle asperità ossee in modo tecnicamente perfetto ed è un notevole passo avanti della nostra ricerca. Infatti, i casi che costituivano una difficoltà ossea (sottosquadri e asperità) ora si rivelano un notevole vantaggio per il blocco primario dell'impianto, tanto da poterlo utilizzare con tranquillità appena applicato, in attesa del blocco biologico prodotto dalle sostanze osteoinducibili.

Dell'impianto degli anni '60-'70 non è rimasta che la semplice idea dei primi ricercatori, innegabilmente valida. Ma l'impianto attuale è completamente diverso, affidabile e supera di gran lunga l'applicabilità delle viti. •

PER APPROFONDIRE

- 1) Di Giulio A, Di Giulio G. Advantages of the Iuxtaendo implant. Independent Dentistry April 2000 volume 5 N°4 U.K.
- 2) Di Giulio A, Di Giulio G. Tecniche di avanguardia per l'implantologia odontoiatrica. Medico e paziente anno XXVI n. 8 Ottobre 2000.
- 3) Di Giulio A, Di Giulio G. Iuxtaendo an implant system invented for greater scope of application. Dental practice Vol. 42 n. 2 February 2004 U.K.
- 4) Antonio T. Di Giulio, Giancarlo Di Giulio, Enrico Gallucci. Subperiosteal dental implants: a 25 year retrospective survival evaluation. The Journal of Implant & Advanced Clinical Dentistry Volume 1, N. 8 Novembre 2009 U.S.A.
- 5) Antonio T. Di Giulio, Giancarlo Di Giulio, Enrico Gallucci. The Twin implant: a new subperiosteal dental implant. Jiacd The Journal of Implant & Advanced Clinical Dentistry Volume 2, N. 9 Novembre 2010 U.S.A.



Centro ospedaliero di medicina complementare

di Paola Stefanucci

Pioniere del rilancio della “Medicina integrata” è il Centro Ospedaliero di Pitigliano, piccolo borgo nel cuore della Maremma. Si tratta della prima struttura pubblica nel nostro Paese in cui le medicine complementari, ovvero l’omeopatia, l’agopuntura e la fitoterapia, saranno esercitate insieme alla medicina tradizionale: ciò in prospettiva di un approccio interdisciplinare, “finalizzato alla scelta terapeutica più appropriata ed efficace in termini di qualità della vita, benessere e salute”, come viene puntualizzato nel programma del progetto sanitario, realizzato dalla Regione Toscana e dall’Asl 9 di Grosseto. I cittadini potranno scegliere di accedere alle risorse diagnostiche e terapeutiche complementari, con partecipazione al ticket, se non esenti. Un segnale importante, ma salutato, com’era prevedibi-

le, da qualche aspra e solitaria polemica. È forse superfluo sottolineare che ai margini di tale settore della medicina, pur essendo veicolata da media di tutto rispetto e da convegni ai quali partecipano autorevoli esperti del mondo scientifico ed accademico, esiste una selva d’inqualificabili guaritori, come la platea dei nostri lettori ben sa, che nulla hanno a che fare con essa. Ne parliamo con la dottoressa Simonetta Bernardini, tra l’altro, socio fondatore e presidente dal 1999 della Società italiana di Omeopatia e Medicina integrata, paladina e responsabile del progetto, che è approdato, alla fase sperimentale della durata di due anni.

Altra medicina. Medicina non convenzionale. Medicina integrata. Qual è, secondo lei, la definizione corretta e perché?

La definizione corretta è medicina complementare. E

questo per più motivi. Intanto perché il movimento culturale oramai diffuso in tutto il mondo è finalizzato non certo a mettere in contrapposizione la medicina accademica, classica, tradizionale, come la si voglia chiamare, e le medicine “altre”. Anzi stiamo assistendo ad un processo di ripensamento della medicina e della cura poiché nell’alleanza tra più strumenti terapeutici si migliorano le possibilità di assistenza dei cittadini, particolarmente nelle malattie croniche. Mi riferisco sia al miglioramento dello stato di salute, sia della qualità della vita. Basti pensare infatti alla possibilità di diminuire il numero dei farmaci di sintesi grazie all’aiuto delle medicine complementari. O alle terapie oncologiche, dove le medicine complementari possono affiancare i chemioterapici, contrastandone gli effetti collaterali, e miglioran-

do il tono dell’umore, ottimizzano le condizioni generali dei pazienti. La complementarità in medicina e l’alleanza tra risorse terapeutiche è la premessa per ripensare la medicina verso il modello della medicina integrata. Il termine “non convenzionale” è oramai desueto sia nel linguaggio medico sia in letteratura scientifica. Non è stato un termine felice: ha creato contrapposizione tra medicine. La cultura, viceversa, cresce nello scambio, nella interdisciplinarietà; senza considerare che i cittadini non hanno certo bisogno di essere divisi ma piuttosto condivisi dai loro medici curanti.

Il numero di pazienti italiani che scelgono di curarsi con l’omeopatia e l’agopuntura è in costante aumento e ciononostante non siano poche le incomprensioni accademiche e normative. Analogo gradimento riscuote la fitoterapia. A tal proposito, vorremmo conoscere la sua opinione.

Ribadisco: la contrapposizione deve lasciare il posto allo scambio culturale. Questo ormai è inevitabile.

Qualche esempio? Il *Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine* riunisce 46 universi-



La dottoressa Simonetta Bernardini

tà di altrettanti Stati americani e ha redatto linee guida per l'insegnamento delle medicine complementari agli studenti di medicina. In Italia nel 2009 ha preso il via, alla Facoltà di medicina dell'Università di Siena, il Master biennale per medici e farmacisti in medicina integrata con tre percorsi terapeutici, omeopatia, agopuntura e fitoterapia, cioè le tre medicine complementari riconosciute medicine dal Servizio sanitario toscano con la Legge regionale n°9 del 2007. Altre università italiane hanno avviato Master di formazione. Il mondo accademico sta riconsiderando il valore delle medicine complementari. Auspichiamo che alla Legge regionale toscana segua a breve una normativa nazionale che tuteli 11 milioni di cittadini che in Italia si avvalgono anche di questi strumenti di cura.

Per quali patologie l'omeopatia e l'agopuntura rappresentano un'ulteriore possibilità di cura?

Omeopatia e agopuntura sono sistemi medici complessi, molto diversi tra di loro ma entrambi finalizzati a stimolare il potenziale di autoguarigione dell'organismo. Per questo possono essere utilizzate in tutte le malattie croniche in cui sia possibile stimolare le risorse di guarigione biologica sollecitando dunque il sistema immunitario oppure la sintesi endogena di mediatori chimici come le endorfine, la serotonina o altri neurotrasmettitori, come ampiamente dimostrato, ad esempio, per l'agopuntura.

E la fitoterapia?

La fitoterapia è un completamento della farmacologia convenzionale. Del resto alcuni prodotti fitoterapici sono oggi registrati come farmaci. Il vantaggio, quando utilizzabile, consiste nel fatto che la natura ci offre molecole più modulabili, con minori effetti collaterali. Inoltre il fitocomplesso ha spesso potenzialità farmacologiche maggiori, diverse e peculiari rispetto a quello dei singoli principi attivi che lo compongono.

Sul versante ricerca e formazione quali progetti sono in cantiere al Centro di medicina integrata di Pitigliano?

Pitigliano ha finalità sia assistenziali che di ricerca. In particolare studieremo da un lato il modello della medicina integrata attraverso la relazione tra il team dei medici esperti anche in medicina complementare e i medici che lavorano sia nei reparti dell'ospedale che nel territorio. Valuteremo, attraverso indicatori appositamente approntati le possibili criticità e opportunità di un tale progetto sanitario interdisciplinare. Altre ricerche, messe a punto da un comitato scientifico internazionale e con l'aiuto anche dalla Facoltà di Medicina di Firenze e Siena, sono finalizzate a valutare il miglioramento delle condizioni cliniche dei cittadini sia in termini di qualità della vita che della salute conseguenti alla integrazione delle cure. Le ricerche saranno avviate per i ricoverati in alcune grandi patologie come:

esiti di traumi e ictus, dolore cronico, allergie e asma, e per contrastare gli effetti collaterali della chemioterapia nei pazienti oncologici e nelle cure di fine vita. Altre ricerche verranno condotte negli ambulatori aperti quattro giorni a settimana e che già lavorano a pieno ritmo sia per assistere i cittadini della zona che quelli provenienti da altre regioni. C'è da sottolineare l'ottima collaborazione con i medici curanti sia locali che di altre province toscane ma anche di altre regioni che frequentano l'ospedale e che possono dialogare con i medici del team di medicina integrata sia attraverso il numero di telefono 0564 618281 sia via e-mail all'indirizzo: medicinaintegrata.pitigliano@usl9.toscana.it.

La medicina integrata è tuttora oggetto di vivaci discussioni anche nella comunità scientifica. Cosa risponde a chi rimane inchiudato sul registro del pregiudizio?

Cure integrate si erogano in Australia, in India, in tutto l'Oriente, in Sudamerica, nei più importanti centri oncologici degli USA quali il Dana Farber Cancer Institute di Boston, lo Sloan Kettering Center di New York, ecc. Inoltre nei quattro ospedali inglesi, il più importante dei quali è il Royal London Hospital for Integrated Medicine il cui direttore è anche membro del comitato scientifico di Pitigliano; in Francia, dove più della metà dei medici di famiglia prescrivono abitualmente, nei casi indicati, i medicinali omeopatici che sono parzialmente rimborsati dal Servizio sanitario; in Germania dove un Centro di medicina integrata è in essere all'Università Charité di Berlino. La medicina integrata è applicata e studiata sempre di più in tutto il mondo. I risultati di questo modello terapeutico sono molto promettenti e riportati in letteratura scientifica. •



Il centro ospedaliero di medicina complementare ha sede a Pitigliano, nel cuore della Maremma. I nominativi dello staff medico che opera nel reparto:

Responsabile del progetto: Simonetta Bernardini

Tutor di omeopatia: Roberto Pulcri

Tutor di agopuntura: Franco Cracolici

Medici esperti: Rosaria Ferreri (omeopata), Massimo Rinaldi (agopuntore) e Maria Grazia Terzi (agopuntore)

Miglioramento della sopravvivenza del neuroblastoma infantile nel periodo 1979-2005. Risultati del Registro Italiano Neuroblastoma



Il dottor Bruno De Bernardi

di Sara Costa (*)

Il titolo di questo articolo è la traduzione italiana di una pubblicazione comparsa nel 2010 sulla prestigiosa rivista medica *Journal of Clinical Oncology*.

I dati riportati nell'articolo dimostrano che i risultati del trattamento del neuroblastoma sono notevolmente migliorati nell'arco di un trentennio. L'articolo è importante perché la letteratura sul neuroblastoma fornisce scarse informazioni su casistiche numerose diagnosticate in un lungo periodo.

Alla pubblicazione hanno contribuito i Centri Italiani di Oncologia Pediatrica dell'AIEOP (Associazione Italiana Ematologia ed oncologia Pediatrica), coor-

dinati dall'Istituto Giannina Gaslini, a Genova. Abbiamo intervistato a tale proposito Bruno De Bernardi, fondatore del Gruppo Neuroblastoma AIEOP e socio fondatore dell'Associazione Italiana per la Lotta al Neuroblastoma.

Dottor De Bernardi, che cosa ci dice del Gruppo Neuroblastoma AIEOP?

Per farlo, devo esporre in breve la storia dell'Oncologia Pediatrica in Italia, una storia recente perché vede la nascita negli anni '60. A quell'epoca, la guaribilità dei tumori infantili era bassissima, tra il 5 ed il 10%. Proprio allora fecero la loro comparsa i primi farmaci antitumorali, ed iniziò l'integrazione di chemioterapia, chirurgia e radioterapia nei protocolli multidisciplinari, con i quali quella percentuale crebbe rapidamente al 30-40% degli anni '70. Questi progressi indussero i Centri italiani di Oncologia Pediatrica (che in precedenza non comunicavano tra loro) a collaborare sempre più strettamente, adottando gli stessi protocolli di cura e creando delle "banche" dove mettere in comune i dati dei propri pazienti.

La collaborazione si concretò in Gruppi di Studio,

il primo dei quali – focalizzato sulla leucemia, il tumore più frequente del bambino – si costituì nel 1974. Il Gruppo Neuroblastoma, il primo riguardante un tumore solido, vide la luce l'11 febbraio 1976.

All'epoca, la guaribilità per questo tumore era attorno al 30%. Commuove un po' ricordare che il primo protocollo aveva solo sei pagine e le schede di raccolta dei dati erano due: una per la diagnosi ed una per la risposta alla terapia. Che contrasto con i protocolli e le schede di oggi, che sono veri e propri volumi!

Come è evoluta l'attività del Gruppo Neuroblastoma AIEOP?

All'inizio, solo un terzo dei Centri italiani aderì al Gruppo, ma fu presto evidente che l' "esserci" consentiva di essere parte di una vasta esperienza culturale e scientifica, e di contribuire attivamente alla ideazione dei nuovi protocolli.

Un momento d'importanza critica per il Gruppo fu quando si comprese che le caratteristiche biologiche del tumore influenzavano il decorso clinico e quindi la strategia terapeutica.

Questo rese obbligatorio lo studio di queste caratte-

ristiche in tutti i tumori. A tale scopo venne realizzato un vero e proprio laboratorio *ad hoc*, con sede nel Centro di Biotecnologie Avanzate di Genova, sotto la guida di Gian Paolo Tonini. Ciò fu possibile perché l'Associazione Italiana per la Lotta al Neuroblastoma si sobbarcò da sola il gravoso peso economico dell' iniziativa.

Ci parla della pubblicazione?

Abbiamo valutato i risultati del trattamento su 2226 bambini affetti da neuroblastoma diagnosticato nel corso di 27 anni in 22 Centri AIEOP. Il periodo di studio è stato suddiviso in 4 periodi di 7 anni ciascuno per verificare se l'evoluzione dei protocolli terapeutici si è tradotta in un progressivo incremento della guaribilità.

Innanzitutto, colpisce che il numero di bambini registrati nei protocolli sia aumentato considerevolmente nel tempo (da 58/anno del primo rispetto ai 102/anno del quarto periodo), dimostrando come il Gruppo abbia esercitato una crescente attrazione nei confronti dei Centri AIEOP.

Le caratteristiche cliniche dei bambini si sono modi-

ficcate in modo significativo nel tempo?

Segnalerei due modificazioni: la percentuale dei bambini in età alla diagnosi inferiore ai 18 mesi è aumentata dal 36% al 48%, come conseguenza della miglior attenzione medica e dell'uso della ecografia pre- e post-natale; i casi di stadio 1 sono aumentati dal 6% al 23%, quelli di stadio 2 sono diminuiti dal 17% all'11%, e quelli di stadio 4 dal 48% al 39%. Purtroppo, la riduzione di percentuale per lo stadio 4 non si è tradotta in una riduzione del numero assoluto.

Può spiegare come è migliorata la sopravvivenza?

La sopravvivenza dopo un tempo di osservazione mediano di 10 anni è aumentata dal 35% del periodo 1979-1984, al 53%, 59%, e 65% dei tre periodi successivi. Il miglioramento risulta particolarmente evidente tra il primo e il secondo periodo (dal 35% al 53%). La ragione principale del cambiamento è identificabile, a mio modo di vedere, nel fatto che, a partire dal 1985, si resero disponibili i cateteri venosi centrali, con i quali fu possibile erogare chemioterapie intensive, dare nutrizione parenterale trasfondere derivati ematici quando necessario, e di curare in modo appropriato le infezioni. Non ultimo, i cateteri hanno modificato profondamente la qualità di vita dei bambini, riducendo drasticamente le

punture venose, comprensibilmente poco gradite ai bambini.

Può indicare se il miglioramento ha interessato i diversi stadi della malattia?

Per quanto riguarda gli stadi 1 e 2, i risultati, già buoni nel primo periodo, stanno progressivamente avvicinandosi al 100%, grazie al miglioramento delle tecniche chirurgiche.

Per lo stadio 3, il miglioramento è stato veramente importante, passando dal 33% all'88%. E' chia-

stadio 4 continua a rappresentare uno dei maggiori problemi dell'oncologia pediatrica, per i quali la ricerca biologica sta cercando di identificare terapie capaci cioè di distruggere in modo specifico la cellula tumorale.

Concludo con lo stadio 4S, che comprende i bambini di pochi mesi di vita con malattia disseminata al fegato, midollo osseo e cute, che per la maggioranza dei quali tende a regredire spontaneamente, con guaribilità aumentata dal 72% all'85%.

La percentuale dei bambini che alla diagnosi sono in età inferiore ai diciotto mesi è aumentata dal 36 al 48 per cento

ro che il merito principale di questo rilevante progresso è nell'uso della chemioterapia intensiva, cioè nella possibilità di somministrare in modo sicuro elevate quantità di farmaci antitumorali, che con conseguente possibilità di asportare chirurgicamente tumori di grandi dimensioni. Non va ovviamente sottovalutato il grande impegno, lo straordinario spirito collaborativo e la disponibilità dei chirurghi italiani.

Per quanto riguarda lo stadio 4, un qualche miglioramento si è verificato, visto che la sopravvivenza è passata dal 7% al 29%, ma questa percentuale è lungi dall'essere soddisfacente. Il neuroblastoma

Con questi risultati la missione dell'Associazione italiana per la lotta al neuroblastoma è forse conclusa ?

No, ancora no. Il miglioramento c'è stato, ma l'opera va continuata e portata a termine. Bisogna definire gli obiettivi per l'immediato futuro, diciamo per il prossimo decennio: per la malattia localizzata operabile (Stadi 1 e

2), puntiamo alla guarigione per il 100% dei bambini.

Ce la possiamo fare, con l'impegno dei vari componenti dell'équipe multidisciplinare; per la malattia localizzata inoperabile (Stadio 3), l'obiettivo è simile, ma bisogna identificare e curare in modo personalizzato i pazienti con caratteristiche cliniche e biologiche sfavorevoli; per la malattia disseminata (stadio 4), dobbiamo sperimentare e validare armi terapeutiche "nuove", capaci cioè di colpire efficacemente le cellule tumorali, che si aggregano in piccoli gruppi nel midollo, proteggendosi così dall'azione dei farmaci anti-tumorali "tradizionali". Nel mondo, l'impegno della ricerca a questo proposito è quasi spasmodico. Credo ne vedremo a breve i frutti, alla prossima Conferenza Mondiale sul Neuroblastoma.

In conclusione, la sfida continua, ma la meta è più vicina. •

() Presidente dell'Associazione italiana per la lotta al neuroblastoma*

Per informazioni:

Dott.ssa Mimma Papagno
Associazione italiana per la lotta al neuroblastoma, Onlus
Web: www.neuroblastoma.org
E-mail: mimma.papagno@neuroblastoma.org
Tel 010 60189.38



27 GIUGNO 1991

In Jugoslavia ha inizio la guerra civile: l'esercito interviene nelle repubbliche separatiste di Croazia e Slovenia.

9 GIUGNO 1991

In Italia si registra la vittoria dei "Sì" al referendum per l'abrogazione della preferenza plurima sulle schede elettorali.

25 GIUGNO 1988

A Monaco l'Olanda batte in finale l'Unione Sovietica per 2 a 0 e si aggiudica il campionato europeo di calcio.



L'olandese Gullit alza la Coppa

18 GIUGNO 1983

Per la prima volta una donna fa parte dell'equipaggio americano del Challenger: si tratta della fisica Sally Ride.



Sally Ride

Giugno e le sue storie...

Gli uomini saggi sono sempre veritieri nella condotta e nei discorsi. Non dicono tutto quello che pensano, ma pensano tutto quello che dicono.

Lessing, Manuale di morale

14 GIUGNO 1982

Ha termine la guerra tra Gran Bretagna ed Argentina per il controllo delle isole Falkland.

6 GIUGNO 1979

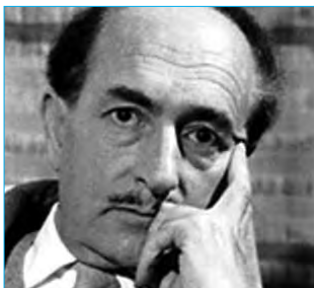
Il Giro d'Italia viene vinto da Giuseppe Saronni.



Giuseppe Saronni

14 GIUGNO 1968

Muore a Napoli Salvatore Quasimodo. Il poeta era nato nel 1901 a Modica, in Sicilia.



Salvatore Quasimodo

22 GIUGNO 1941

Con l'Operazione Barbarossa la Germania attacca l'Unione Sovietica senza una preventiva dichiarazione di guerra.

Arciduca Francesco Ferdinando



28 GIUGNO 1914

A Sarajevo l'assassinio dell'erede al trono austriaco, l'arciduca Francesco Ferdinando, scatena la Prima guerra mondiale.

Spencer Tracy

10 GIUGNO 1967

Il grande attore americano Spencer Tracy muore negli Stati Uniti all'età di 67 anni.





TEMPI E MODI PER LA PUBBLICAZIONE

Le notizie inerenti congressi, convegni, corsi e manifestazioni scientifiche, devono essere rese note alla redazione del giornale dell'Enpam - **oltre tre mesi prima dell'evento** - tramite posta all'indirizzo Via Torino, 38 00184 Roma; via e-mail all'indirizzo congressi@enpam.it; via fax ai numeri 06/48294260 - 06/48294793.

Per esigenze tipografiche e di spazio si invita a trasmettere testi sintetizzati in circa dieci righe.

Si ribadisce che la pubblicazione degli avvisi è gratuita.

Associazione italiana ulcere cutanee

Cratere malato

Melfi (Pz), Relais La Fattoria, loc. la Cavallerizza, 10-11 giugno

Presidente: dott. Gianvito Corona

Obiettivo: fornire ai partecipanti un aggiornamento, supportato da un Corso pratico, sulla fisiopatologia e la diagnosi delle ulcere cutanee, nonché sulle più recenti tecniche di riparazione tissutale.

Razionalizzando gli interventi terapeutici, infatti, è possibile accelerare i tempi di guarigione della lesione, con il beneficio di ridurre i costi sociali

Informazioni: **Segreteria Scientifica** dott. Gianvito Corona, dott. Luigi Battaglia, dott. Giuseppe Coppola, dott. Giacomo Failla

Segreteria Organizzativa: Globe events management, Centro congressi internazionale, Via Assietta 14, 10128 Torino, tel. 011 2446916, fax 011 2446950, e-mail: elisa.macri@congressiefiere.com, sito web: www.gruppogem.com

Ecm: richiesto accreditamento ecm

Rome rehabilitation

Roma, 10, 11 e 12 ottobre, Centro Congressi Hotel Ergife, Via Aurelia 417/419

Presidenti: dott. Valter Santilli, dott. Sergio Mameli

Argomenti: sindromi algiche del distretto lombo-sacrale e dell'arto inferiore, sinergie tra medicina del dolore e medicina riabilitativa, ruolo della medicina del dolore e della medicina riabilitativa nel paziente con dolore persistente

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

Ecm: l'evento verrà accreditato presso il ministero della Salute per l'assegnazione dei crediti formativi ecm per le seguenti professioni: medico, fisioterapista, terapeuta occupazionale, tecnico ortopedico, infermiere



Coloproctology and pelvic diseases

Roma, 19-21 giugno, Ergife Palace Hotel

Chairman: dott. Antonio Longo

Co-chairman: dott. Giuseppe Spinoglio, dott. Angelo Stuto

Topics: what's new in the sequential treatment of advanced rectal cancer, what's new in the treatment of T1-T2 rectal cancer, multiorgan resection in metastatic rectal cancer, latest techniques in colorectal surgery, pelvic organs prolapse: diagnosis and treatment

Informazioni: **Segreteria Organizzativa** Arco Congressi Group Srl, tel. 06 90183648, fax 06 9083412, e-mail: info@arcocongressi.it

Associazione medici agopuntori bolognesi

Malattie dell'apparato digerente e disturbi del comportamento alimentare in agopuntura e mtc

Bologna, 18 giugno, Palazzo della Cultura e dei Congressi Sala Europa, Piazza della Costituzione 5/c

Argomenti: verranno trattate le indicazioni dell'utilizzo dell'agopuntura nel campo delle malattie dell'apparato digerente e nei disturbi del comportamento alimentare alla luce della medicina tradizionale cinese

Informazioni: **Segreteria Scientifica** dott. C. M. Giovanardi, d.ssa E. Marchi, dott. U. Mazzanti

Segreteria Organizzativa: Segreteria Amab, Via Torino 37, 40068 San Lazzaro di Savena (Bo), tel. 051 464386, cell. 340 9553985, e-mail: associazione@amabonline.it, sito web: www.amabonline.it

Associazione dermatologi della Magna Grecia

Dermatologia

Reggio Calabria, 16-19 giugno, Università Mediterranea Facoltà di Architettura

Presidente: dott. Santo Dattola

Argomenti: dermatoscopia, laser-fraxel, dermatodietologia, terapia fotodinamica, omeopatia dermatologica, terapia fisica dermatologica, dermochirurgia, ecografia dermatologica, tricologia, dermatologia legale, dermoestetica

Informazioni: L'orsa maggiore srl, tel. 0963 43538, fax 0963 43538, sito web: www.admg2011.it

Recentia vulnologica hernica

Anagni, 24-25 giugno, Convitto Nazionale Principe di Piemonte, Via G. Matteotti

Presidente: dott. Pierluigi Edgard Mollo

Topics: ulcere arteriose e ulcere miste, ulcere venose e ulcere linfatiche, altre ulcere

Destinatari: medici, infermieri, fisioterapisti e tecnici di laboratorio biomedico

Informazioni: **Segreteria Organizzativa** G. C. congressi, Via P. Borsieri 12, 00195 Roma, tel. 06 3729466, fax 06 37352337, e-mail: segreteria@gccongressi.it

Ecm: evento in corso di accreditamento ecm

Medicina termale

Mondovì (Cn) Lurisia Terme, 18 giugno, Istituto idrotermale, Via delle Terme 60

Obiettivi: l'evento formativo fornisce aggiornamenti su patologie croniche di varie pertinenze specialistiche indicate per la crenoterapia e sui trattamenti riabilitativi di patologie otolaringiche e ortopediche. L'obiettivo è ottimizzare l'impiego delle terapie termali nell'ambito delle prestazioni del Sistema sanitario nazionale

Destinatari: medici e pediatri di base, specialisti in idrologia medica, orl, pneumologia, microbiologia, fisiatria, ortopedia, urologia

Informazioni: **Segreteria Scientifica** prof. G. Nappi

Segreteria Organizzativa: dott. M. Gestro, Terme di Lurisia, tel. 0174 683421, e-mail: terme@lurisia.it, m.gestro@lurisia.it

Ecm: in fase di accreditamento ecm



Convegno Nazionale

Associazione italiana di medicina aeronautica e spaziale

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

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

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

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

Ecm: riconosciuti crediti per medici, psicologi, infermieri

Food-Omics

Cesena (FC), 22-24 giugno, Alma mater studiorum, Università di Bologna

Obiettivi: diffondere le più recenti scoperte scientifiche in ambito alimentare e nutrizionale in funzione del wellness e consentire lo scambio culturale tra ricercatori del settore accademico, dell'ambiente medico e dell'industria alimentare

Informazioni e iscrizioni: programma completo, informazioni circa la registrazione e invio di contributi scientifici sono disponibili nel sito web: www.foodomics.eu, e-mail: foodomics@unibo.it

Società di angiologia medico-chirurgica

Pescara, 24-25 giugno, Sala riunioni Museo Vittoria Colonna

Presidente: prof. Alberto Berni

Argomenti: rischio metabolico, marcatori biologici di aterosclerosi tra utilità ed enfasi, riflessione sui nuovi farmaci antitrombotici, insufficienza venosa cronica cerebro spinale e sclerosi multipla

Destinatari: neurologi, internisti, angiologi, chirurghi vascolari, radiologi interventisti

Informazioni: Segreteria Organizzativa Gba Congressi, Via Lago di Bracciano 18, 65129 Pescara (Pe), tel. 085 4311977, fax 085 4326718, e-mail: info@gbagroup.it, sito web: www.gbagroup.it

Ecm: richiesti crediti ecm

Giornate mediche ospedaliere

Roma, 23-24 giugno, Villa Eur, Piazzale Marcellino Champagnat 2

Presidente: dott. Vincenzo Bruzzese

Obiettivi: il convegno si propone di affrontare argomenti di reumatologia, fisioterapia e medicina interna, con particolare attenzione alla diagnosi precoce, alle criticità delle malattie ed alle più moderne strategie terapeutiche

Alcuni argomenti: artrite reumatoide, spondilite anchilosante, fisioterapia, allergopatie, endoscopia capsulare, criticità in medicina interna, ipertensione arteriosa

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

Informazioni: Twt srl, Via Cagliari 13, 00198 Roma, tel. 06 44249321, fax 06 442249327, e-mail: alupidi@tw-team.it

Consenso informato e dichiarazioni anticipate di trattamento

Assisi, Borgo San Fortunato, 23-25 giugno

Coordinamento didattico scientifico: prof. S. E. mons. Ignacio Carrasco De Paula

Obiettivi: approfondire lo stato dell'arte del dibattito intorno al tema del consenso ai trattamenti a fine vita umana, con particolare riferimento alle dichiarazioni anticipate di trattamento

Informazioni: Segreteria organizzativa ANVER società cooperativa sociale, Via del Forte Tiburtino 110, 00159 Roma, e-mail: anver@mclink.it, tel. 06 4070789, fax 06 4076279

Ecm: avviate le procedure per ottenere i crediti ecm



Associazione italiana ulcere cutanee

Vulnologia

Torino, 17-18 giugno, Lingotto Fiere Padiglione 3, Sala Gialla, Via Nizza 294

Presidente: dott. Piero Secretò

Comitato Scientifico: dott. Salvatore Berutti, d.ssa Nives Manuela Magri, dott. Claudio Solinas

Argomenti: tecnologia nella prevenzione, biotecnologia applicata al trattamento, new generation in vulnologia: i diplomati del master, tecnologia strumentale applicata al trattamento, nuove tecnologie nella diagnosi vulnologica e nel monitoraggio, tavola rotonda: dove andiamo ?

Informazioni: Segreteria Organizzativa Globe events management, Centro congressi internazionale, Via Assietta 14, 10128 Torino, tel. 011 2446911, fax 011 2446950, e-mail: info@aiuc.it

Ecm: richiesta assegnazione crediti ecm al ministero della Salute

Insubria international summer school: chirurgia tiroidea

Varese, 1 luglio, Palace Grand Hotel

Direttori: prof.ri Gianlorenzo Dionigi, Feng-Yu Chiang, Henning Dralle, Gregory Randolph

Argomenti: i maggiori scienziati nazionali ed internazionali nell'ambito della chirurgia tiroidea saranno a Varese per illustrare in particolare la tecnica del monitoraggio intraoperatorio dei nervi laringei in corso di tiroidectomia

Informazioni: Segreteria Scientifica ARTCOM srl, Via San Calocero 12, 20123 Milano, tel. 02 89540427, fax 02 45491011, e-mail: artcom@artcomsrl.it, sito web: www.artcomsrl.it

Agopuntura orale

Lago di Como, Cadenabbia-Griante, 10 luglio, Centro Congressi 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 i 20 partecipanti previsti saranno messi in condizione di praticare l'agopuntura orale

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

Psicoterapia comunicativa e psicologia analitica junghiana

Roma, a. a. 2011-2012

Referente: prof. Antonio Grassi

Il Laboratorio italiano di ricerche in psicologia analitica, l'Associazione junghiana e l'Associazione italiana di psicoterapia comunicativa aprono per l'anno acc. 2011/2012 a laureati in medicina e in psicologia le iscrizioni al 1° anno dei corsi. Le domande dovranno pervenire entro il 15 luglio 2011

Informazioni: tel. 06 89011269, 328 7339110, e-mail: lirpa2010@libero.it, telos.italia@libero.it

Invidia al lavoro

Torino, 22-24 settembre

Obiettivi: esplorare come l'invidia si articola e si manifesti nei contesti organizzativi e di lavoro

Alcuni argomenti: strumenti di valutazione dell'invidia, prevenzione e trattamento dell'invidia nel luogo di lavoro, invidia, emulazione e competizione, equità e giustizia organizzativa, invidia nel lavoro clinico e nelle professioni d'aiuto, gelosia e invidia, psicodinamica dell'invidia, approcci interculturali dell'invidia

Keynote speakers: Yochi Cohen-Charash, Michelle Duffy, Robert D. Hinshelwood, Mark Stein, Bènedicte Vidaillet, Daniel Zizzo

Informazioni e iscrizioni: sito web: www.envy2011.org

Ecm: evento in fase di accreditamento per medici, psicologi ed educatori professionali

In fondo al mare alla ricerca di tesori

di Andrea Meconcelli

Tuffarsi nel mare pulito alla ricerca di reperti archeologici “incrostat” dai secoli.

Ne parliamo con il Dott. Mario Mazzoli, direttore generale della A.S.S.O. (Archeologia Subacquea Speleologia ed Organizzazione - www.assonet.org), una onlus con sede a Roma che ha come scopo la ricerca scientifica, l'individuazione, lo studio e la valorizzazione dei beni culturali e la diffusione della conoscenza del patrimonio archeologico e naturalistico sotterraneo e sommerso tramite ricerche operative, esplorazioni e contatti con centri culturali nazionali ed esteri.

Da un punto di vista archeologico che cosa ci si aspetta dagli ambienti sommersi?

Il mare, i laghi ed i fiumi conservano le tracce della frequentazione umana co-

me gli insediamenti sommersi e i relitti di navi con il loro carico. Nelle grotte invece si possono rinvenire veri e propri giacimenti di epoca antichissima che le variazioni del livello del mare, o di acque dolci, hanno nascosto a l'uomo moderno come nel caso di un vero e proprio santuario della preistoria, la cui frequentazione risale a circa 27mila anni fa, scoperto in una cavità marina presso Marsiglia. Le cavità artificiali sommerse, invece, come ad esempio i cunicoli, i pozzi, le cisterne, gli acquedotti, gli emissari dei laghi interessano prevalentemente per i risvolti costruttivi anche se, talvolta, è possibile rinvenire reperti appartenenti alla struttura o lì finiti per chissà quali motivi.

Come fate ad ottenere risultati così eclatanti non riuscendo però a dedicare alla ricerca il tempo pieno?

La nostra forza e la nostra debolezza, sono costituite proprio da non dover vivere di questo. Tecnicamente ad ognuno di noi è affidato un settore o una specialità per l'innovazione e per l'aggiornamento proprio e degli altri. I risultati positivi che riusciamo ad ottenere sono poi prevalentemente dovuti alla credibilità acquisita che ci consente anche di ottenere supporti qualificati e cooperazioni di prestigio a costo zero. Siamo anche attenti nella pianificazione e all'organizzazione cercando di tenere sempre a mente l'innovazione. Abbiamo poi avuto la fortuna di condurre o partecipare a molte campagne di ricerca archeologica subacquea ed esplorazioni speleo subacquee e ciò ci ha resi particolarmente competenti in materia.

Può citare qualche esempio?

Presso l'isola di Ponza abbiamo effettuato numerosi sopralluoghi e rilevamenti tra cui lo scavo e uno studio di una nave oneraria romana del I secolo a.C., una del I° d.C. e del sistema idraulico sotterraneo e del ninfeo e peschiere “grotte di Pilato”. Per limitarci all'archeosub abbiamo anche operato Anzio, Ventotene, Ustica, Punta Licosa, Sperlonga e in molte altre località. Da 4 anni facciamo te-

am con il Ministero della Cultura albanese e l'Università di Foggia per le ricerche archeologiche subacquee in Albania.

La dotazione tecnica è molto costosa?

Sin dalla costituzione di A.S.S.O. abbiamo operato la scelta di voler essere in pochi, di puntare sulla credibilità e sulla qualità e questo ha avuto ricadute anche in questo settore. Le attrezzature sono numerose e costose, ma grazie ad una buona nomea, abbiamo ottenuto l'appoggio di partner che ci forniscono attrezzature subacquee tecniche e strumentazioni specialistiche.

Avete mai avuto a che fare con medici?

A parte le continue relazioni con i nostri due soci medici, i professori Ferro e Mastrilli, le ricadute e le interrelazioni delle nostre attività con la medicina sono numerose e spesso impensabili. Basti pensare a quanto troviamo, e a come dobbiamo proteggerci, nelle immersioni in contesti inquinati o nelle nostre ricerche nelle aree sotterranee delle città; alle sperimentazioni cliniche alle quali qualcuno di noi ha collaborato, ad esempio con il Divers Alert Network Europe, all'esplorazione che abbiamo condotto sulla nave ospedale Po silurata nel 1942 nella baia di Valona, agli aspetti neurologici e psicologici delle immersioni in grotta e all'impiego dei rebreathers. •



Laparoscopia, una sfida che dura da vent'anni

di Francesco Corcione (*)

La chirurgia laparoscopica è nata poco più di 20 anni fa ad opera di un chirurgo francese che, per aver soltanto ipotizzato di poter rivoluzionare l'approccio chirurgico, stava per essere espulso dall'Ordine della Società francese di chirurgia. Dopo pochi mesi, però, tutto il mondo si rese conto che quella di Philippe Mouret non era semplicemente una follia e, da allora, c'è stata l'esplosione di interesse verso questo nuovo approccio chirurgico. Per rispondere alla domanda di cosa sia la chirurgia laparoscopica bisogna chiarire subito che la chirurgia laparoscopica non è un'altra chirurgia. Essa rappresenta un nuovo approccio chirurgico, ma, la chirurgia, in effetti, rimane sempre la stessa. Quello che diciamo ai nostri pazienti è che all'interno dell'addome gli atti chirurgici ripetono sostanzialmente step by step tutte le tradizionali fasi chirurgiche. Quello che è cambiato, e che rappresenta la vera novità, è il modo con cui il chirurgo attraversa la parete addominale, ed è il modo con cui il chirurgo lavora.

E' chiaro che in questi vent'anni c'è stata tutta un'evol-



uzione delle idee: le aziende hanno ideato degli strumenti che hanno facilitato di molto il compito del chirurgo, e l'entusiasmo e il pionierismo di molti chirurghi, soprattutto italiani, ha permesso di far sì che quest'approccio - insisto col concetto che si tratta di approccio - sia stato rapida-

mente esteso dalla colecistectomia a tutte le patologie, anche oncologiche, anche complesse, della cavità addominale, estendendo i suoi specifici interessi anche ad altre specialità, come la chirurgia toracica, l'urologia, l'ostetricia, ecc. In effetti, oggi, la chirurgia laparoscopica è indicata in

L'evoluzione di questa chirurgia ha portato recentemente ad una riduzione del calibro e del numero dei trocars

tutte le patologie chirurgiche, e specialità chirurgiche, con innumerevoli vantaggi.

La laparoscopia viene realizzata con l'induzione di un pneumoperitoneo per rendere reale una cavità virtuale quale è quella peritoneale, e quindi, in questa camera riempita di CO_2 vengono introdotti, sotto controllo visivo, varie cannule, e attraverso queste cannule, oggi, si possono inserire vari tipi di strumentario (forbici, dissektori, grasper, applicatori di clips, lacci, bisturi ad ultrasuoni, suturatrici, ecc.). Quali sono i vantaggi della chirurgia laparoscopica? Innanzitutto, l'intervento ad addome chiuso è un intervento nel quale si hanno ridotte perdite ematiche, perché il campo chirurgico deve essere sempre pulito, altrimenti è impossibile avanzare e portare a termine l'intervento, e si ha notevole riduzione delle perdite idriche, perché non si ha l'esposizione ampia delle anse della cavità addominale. L'intervento, poi, è magnificato dal fatto che tutto si vede con ingrandimenti vari e con una peculiarità assolutamente migliore rispetto a quello dell'occhio umano. Tutto questo si ripercuote in una serie di vantaggi nel postoperatorio, perché la canalizzazione è più precoce, il dolore è nettamente minore a parità di condizioni, le degenze sono sensibilmente ridotte, la ripresa fisica è sicuramente più rapida, e last but not least, sicuramente,

ci sono anche vantaggi parietali, il più eclatante dei quali è quello estetico, ma non bisogna trascurare anche la riduzione della morbidità delle sequele parietali postoperatorie (laparoceli, infezioni).

Inoltre, non dimentichiamo che questa chirurgia ha un valore didattico assolutamente superiore a quello della tradizionale, perché permette a tutti di vedere meglio, permette che tutti, dal più giovane specializzando al più maturo chirurgo, possano imparare l'anatomia e la chirurgia step by step, molto meglio che in chirurgia open, e soprattutto, ripetere una gestualità che nelle strutture dove questa chirurgia si esegue ad alti livelli viene considerata standardizzata. Per quello che riguarda l'insegnamento, oltre a quello istituzionale delle università, anche le Società più accreditate come la Sic, l'Acoi, da anni, hanno istituito delle Scuole che sono ben frequentate dai chirurghi italiani, e che permettono di approfondire le conoscenze di una chirurgia, che, ancora oggi, ha ampi margini di miglioramento per quello che riguarda la penetrazione nei singoli ospedali.

Ci sono, ovviamente, alcuni svantaggi che vanno considerati: in primo luogo i costi. Questa è una chirurgia tecnologica, e, come tale, ha un costo sicuramente superiore a quella tradizionale. La tecnologia e l'innovazione hanno un loro costo, lo vediamo in tutti i

campi della nostra vita, e a maggior ragione in quello della Sanità. Ma bisogna capire dove andare, nel senso che la tecnologia ha un costo che è sempre crescente, e che concerne quasi esclusivamente la fase intraoperatoria penalizzando soprattutto le aziende ospedaliere, anche se i benefici per i pazienti sono sensibilmente superiori. Purtroppo, i DRG non sono aggiornati, e questa è una lotta che con il nuovo Consiglio direttivo della nostra Società abbiamo appena incominciato per cercare di modificare i DRG, sia perché in questo modo si può effettuare un'evidente valutazione statistico-epidemiologica del tipo di chirurgia che si svolge in Italia, ma, soprattutto, per diversificare il rimborso per i DRG, privilegiando i chirurghi e le strutture che ovviamente fanno uso routinario di questo approccio. Infine, un ulteriore aspetto mi preme sottolineare. Purtroppo, si constata sempre più frequentemente il discorso che questa chirurgia sembra che banalizzi l'atto chirurgico; quello che io cerco sempre di spiegare ai nostri pazienti è che, in effetti, la chirurgia rimane sempre la stessa, che presenta sempre i suoi rischi, le stesse complicanze della chirurgia tradizionale e che cambia semplicemente l'accesso. Quindi, il banale atto di colecistectomia che noi leggiamo sul giornale, banale atto di appendicectomia, banale intervento per via laparoscopica, as-



solutamente la parola banale deve essere proscritta, perché l'atto chirurgico è sempre un atto importante, e quindi, come tale va affrontato con tutti i crismi, con tutta la professionalità di quello che si fa in chirurgia tradizionale.

Infine ci si domanda: dove va questa chirurgia?

L'evoluzione di questa chirurgia ha portato recentemente ad una riduzione del calibro e del numero dei trocar per cui, oggi, si va sempre di più verso una chirurgia microlaparoscopica o verso una chirurgia single port, ma, queste sono innovazioni degli ultimi due anni, per le quali, chiaramente, nel corso dei pros-

simi anni ci saranno le opportune valutazioni prospettiche randomizzate, che probabilmente, permetteranno di chiarire la superiorità di un approccio rispetto ad un altro. In conclusione, la chirurgia laparoscopica, anche se essa diventa sempre meno invasiva, deve essere considerata solo un approccio dietro il quale non esistono atti banali, ma chirurgia con la "C" maiuscola con tutte le sue "storiche" implicazioni. •

(*) *Presidente Società Italiana Chirurgia Endoscopica*
francesco.corcione@ospedalemonaldi.it

Quando il reato è figlio del malessere

La mancanza di punti di riferimento, come famiglia e scuola che spesso non ricoprono più il tradizionale ruolo di guida, causano nei giovani una sempre più profonda insicurezza. Il rischio è l'isolamento in una società dove i pericoli, all'esterno, sono sempre in agguato

di Lina Vita Losacco

Quanto è attuale il pensiero di Michael Lipsky, professore al Public Policy Institute della Georgetown University, secondo cui "la violenza è il solo modo dei gruppi senza potere e senza risorse per far intendere le loro rivendicazioni"?⁽¹⁾

Sono trascorsi diversi decenni da quando, intorno agli anni '60-'70, la violenza era espressione della marginalità sociale e culturale delle fasce giovanili che si mescolavano ai *teddy boys*, ai *mods*, ai *blouson noir*. Poi è stata la volta degli hooligans negli stadi di calcio, del *mugging* e delle varie forme di vandalismo che hanno portato la violenza nella vita quotidiana rivelando altre situazioni di malessere giovanile.⁽²⁾

La violenza che investe l'adolescenza contemporanea è invece una *violenza diffusa* derivante, più che dalla povertà, dalle aspettative deluse in una società che tende a sostituire il valore della persona con un *volto predatorio e arido*. Una forma di violenza pre-



valente rispetto a quella delle aree marginali o correlata con la concentrazione di stranieri, con la mancanza di opportunità lavorative,

con i fallimenti scolastici e formativi.

Se nelle precedenti generazioni sfidare il ruolo dei genitori, e più in generale l'au-

torità, o assolvere ai diversi compiti evolutivi erano delle tappe codificate e necessarie per accedere alla fase adulta, l'adolescente contemporaneo deve destreggiarsi in un nuovo assetto sociale e familiare; anziché vivere la fase di passaggio caratteristica del suo percorso di crescita, vive una condizione di *sospensione temporale* dai confini indefiniti o di *galleggiamento*, come amano definirla alcuni psicologi. Non a caso alla famiglia tradizionale, tipicamente strutturata su modalità repressive nel trasferire valori e norme sociali, oggi tende a sostituirsi un contesto familiare in cui la relazione perde la coloritura conflittuale e la funzione educativa; tendente alla *neutralità*, non contempla la necessità di trasmettere ai figli valori e regole universali, ma piuttosto il dover creare condizioni favorevoli la libera espressione della personalità o addirittura la reciproca accettazione passiva tra gli appartenenti al nucleo familiare. Da tale *relazione pacificata* emergono inevitabilmente segnali di disagio da parte degli adolescenti che, se da un lato sembrano apprezzare i vantaggi di tale clima, a livello più profondo mostrano inquietudine per la reale assenza dei punti di riferimento o delle figure autorevoli con cui "confliggere". Ne consegue che l'autorevolezza, assente in ambito familiare, venga ricercata al-

⁽¹⁾ Lipsky M. *Protest as a political resource*. In: David SM. *Urban politics and public policy in crisis*. New York: Praeger; 1977

⁽²⁾ Berzano L. *Giovani e violenza. Comportamenti collettivi in area metropolitana*. Torino: Ananke; 1997

l'esterno dove sono in agguato esperienze forti, nuove dipendenze, seduttori del mondo criminale e del consumismo esasperato. Ed ecco che la crisi della società si riflette nella crisi del singolo.⁽³⁾ Significative e indicative di questo cambiamento dell'assetto sociale e delle caratteristiche del mondo giovanile sono ad esempio le modalità nel consumo di alcol e nell'assunzione di stupefacenti. Diversamente da quel che si verificava con le generazioni precedenti, per le quali certi tipi di droghe caratterizzavano il ruolo del contestatore dei modelli culturali prevalenti, in maniera sempre più endemica i giovani di oggi ricorrono alla poliassunzione di sostanze stupefacenti e alcol per essere in grado di aumentare le loro performance – e quindi superare i limiti soggettivi – facilitando un'integrazione sempre più totale nella società dell'incertezza assetata di soggetti dall'identità a palinsesto⁽⁴⁾ o patchwork. Sono tra questi gli adolescenti protagonisti dei recenti fatti di cronaca e responsabili di violenze fisiche, psicologiche o sessuali spesso a danno dei loro coetanei, di furti, spaccio di droga e atti vandalici. Secondo i Dati Giustizia Minorile (2008) il reato più rappresentativo è quello di detenzione e spaccio di stupefacenti (57 per cento del totale), seguito da quello contro il patrimonio (36 per cento), i reati contro la persona sono invece rappresen-



tati nel 6 per cento dei casi. A prescindere dal tipo di reato, quasi sempre si tratta di giovani che, attraverso il gesto violento o l'atto vandalico, esprimono le conseguenze dell'esperienza di isolamento, di delegittimazione identitaria, di perdita di senso (U. Galimberti, 2007) e per i quali il bisogno o il desiderio di furto e di atti vandalici si aggiunge al gioco e all'eccitazione, producendo una condizione psichica analoga a quella riscontrata negli stadi di calcio, luoghi tipici di deregolazione delle emozioni, dei linguaggi e dei comportamenti.⁽⁵⁾ All'atteggiamento di sfida o di trasgressione delle norme, si sostituisce piuttosto la necessità di "fare il pieno" di sensazioni forti e iperecipienti per rinforzare il senso di onnipotenza e riempire una perdita irreparabile di certezze o per contenere la sofferenza per le aspettative deluse o per gli smacchi narcisistici di un rifiuto.

Ma è una condizione effimera che tende a indurre dipendenza e perdita di autonomia intellettuale innescando un'escalation verso comportamenti sempre più estremi e rischiosi. Spesso anche l'abbigliamento, il modo di parlare, la loro musica, i loro gesti sono eccessivi, stravaganti e pieni di rischio e, in alcuni contesti o in certi periodi, è facile che vengano associati a immagini di disordine e di violenza. In parte ciò corrisponde a realtà ma spesso si tratta di pregiudizi. Una percezione che si accresce quando la loro condizione è rappresentata da immagini di vagabondaggio, di deriva, di assembramenti di piazza, così che, inevitabilmente, l'opinione pubblica finisce con l'associare il mondo giovanile a un problema di allarme sociale (L. Berzano, 1997). Da un punto di vista psicosociale il crescere degli episodi di violenza in cui sono coinvolti adolescenti sia come autori sia come vittime,

invita a riflettere da una parte sullo specifico della condizione degli adolescenti nella società contemporanea, dall'altra sul significato che tali episodi assumono oggi. A maggior ragione se si considera che, da un punto di vista strettamente psicopatologico, fra i giovani contemporanei vi è l'accentuarsi di sintomi psico-fisici e manifestazioni comportamentali indicative di un'alta incidenza dei disturbi di personalità.

Come prevenire? Intanto evitando di essere sordi e ciechi alle continue richieste di aiuto che i giovani rivolgono al mondo degli adulti in ogni ambito: familiare, scolastico, sociale, istituzionale, attraverso il disagio ma anche attraverso le loro espressioni artistiche. Tale messaggio si coglie nel testo della canzone rap, "Non baciama le mani", vincitrice al "Concerto dei valori" 2011, organizzato dalla Polizia di Stato il 14 aprile 2011. L'ennesima occasione in cui i giovani hanno avanzato le loro richieste per una società tutelante. Al concerto hanno preso parte quasi 3 mila ragazzi provenienti da tutta Italia e da vari tipi di scuole, comprese quelle che esprimono le realtà disagiate dei quartieri difficili delle nostre città. E in gran numero i giovanissimi hanno rivendicato il diritto di avere dei valori o di essere liberi da condizionamenti sociali e forme di potere, come recita il ritornello della canzone: "Alziamo le mani contro l'illegalità che ci rende schiavi". •

(3) Galimberti U. *L'ospite inquietante. Il nichilismo e i giovani*. Milano: Feltrinelli; 2007

(4) Bauman Z. *La società dell'incertezza*. Bologna: Il Mulino; 1994

(5) Elias N, Dunning E. *Sport e aggressività*. Bologna: Il Mulino; 2001

Libri ricevuti

di G. F. Barbalace



Nove mesi sotto di Lui

L'evoluzione delle tecniche e delle terapie mediche ha fatto sì che quell'insieme di credenze religiose e popolari del passato sulla sessualità e la riproduzione venisse dimenticato. Anche le antiche pratiche ostetriche sono ormai sconosciute alle nuove generazioni di medici. Francesco Luciano Lomurno colma questa lacuna riportando una lunga serie di detti e proverbi sulla gravidanza e sul parto, che danno un chiaro senso di come una volta si viveva la sessualità. Completa poi queste informazioni con le foto degli strumenti (l'antica borsa per il parto a domicilio, vari specula, forcipi, divaricatori e, addirittura, un craniotomo) assieme a frontespizi di antichi testi di ostetricia, immagini propagandistiche di medicinali, santini e preghiere dedicate a S. Anna, madre di Maria, ed addirittura il programma di una novena in onore della protettrice delle puerpere.

Francesco Luciano Lomurno
"Nove mesi sotto di Lui"

Digital Print, via Buonarroti 19, Altamura (BA)
 pp. 175, € 10,00

Perché la sessualità?

Sulla sessualità e sull'amore sono state scritte migliaia di pagine fin dalla più remota antichità, sia in ambito letterario che medico. Investigando sulla gran massa di dati accumulatisi nel tempo e sviluppati dalle ricerche psicoanalitiche e dalle neuroscienze, senza trascurare alcune speculazioni dell'evoluzionismo, Antonio Imbasciati ricerca le origini psichiche della sessualità umana nelle sue molteplici varianti individuali cercando di fare il punto su quanto essa influisce sul comportamento degli individui.

Per quanto riguarda gli aspetti terapeutici, Imbasciati incentra la sua indagine sulla persona nella sua interezza, perché non è sufficiente intervenire soltanto sul funzionamento degli organi, in quanto è ormai dimostrato che l'apparato neurale riguardante la sessualità si sviluppa precocemente grazie ad una complessa costruzione psichica individuale, sempre condizionata dall'ambiente.

Antonio Imbasciati
"Perché la sessualità?"

Piccin Nuova Libreria, Padova - pp. 204, € 20,00



Le mie sette vite

Il diario scritto da Sergio Audino racconta i sette eventi da lui patiti e superati in quest'ultimo decennio a causa dei quali può ben dire di aver vissuto, come si dice possano fare i gatti, sette vite. Il testo, che tratta in forma discorsiva dei suoi mali, il primo e più grave dei quali è stato una forma tumorale che si è ripresentata dopo nove anni, e fornisce anche spiegazioni scientifiche, risulta di facile comprensione per ogni tipo di lettore. Senza piangersi addosso, ma infondendo anzi animo al lettore, Audino scrive del cancro con l'emotività del paziente e la competenza del medico, considerando una sciocca debolezza vergognarsi di parlarne apertamente. Egli esorta chi ne è affetto ad agire e lottare contro questa malattia e ricorda che la prevenzione è il primo baluardo e la migliore difesa per arrivare alla guarigione perché, egli afferma, il tumore è un male che concede sempre e a tutti il tempo per combatterlo.



Sergio Audino
"Le mie sette vite"

Dario Flaccovio Editore, Palermo - pp. 269, € 14,00



La malattia cronica nel bambino e nell'adolescente

Nato da un'iniziativa dell'Associazione per la ricerca scientifica in Neurologia e Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza "FUSIS", il volume, curato da Domenico e Rocco Mario Bove, riunisce i contributi di docenti universitari e ricercatori napoletani con l'intento di fornire un aggiornamento ai sanitari e agli insegnanti

che operano con i fanciulli. Questo testo, grazie alla chiarezza espositiva, sarà utile anche alle famiglie perché fornisce le giuste informazioni sulle malattie somatiche croniche che colpiscono il 10 per cento della popolazione infantile; sui successi che la medicina può oggi ottenere e, particolare di non poco rilievo, sull'importanza di una precoce individuazione, ai fini preventivi, delle psicopatologie in campo pediatrico. I vari capitoli pongono in evidenza quanto i successi della pediatria abbiano migliorato la sopravvivenza dei piccoli pazienti.

D. Bove, R.M. Bove
"La malattia cronica nel bambino e nell'adolescente"

Edizioni Santabarbara, Bellona (CE) - pp. 272

Il Codice Borgia della società italiana



Alberto Alinovi vuole portare gli italiani ad abbandonare quegli atteggiamenti che caratterizzano negativamente la nostra società, di cui tratteggia un quadro senza concessioni.

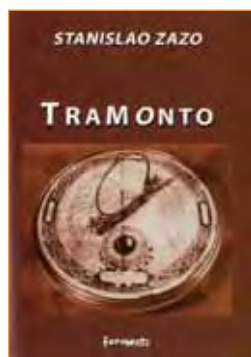
Scritto con grande passione sociale, il testo, ricco di dati statistici, di citazioni letterarie, giornalistiche e storiche, si legge con facilità e molto interesse.

Alinovi riconosce fra le cause della negatività degli italiani il familismo amorale descritto da Edward C. Banfield, aggravato da un perdonismo materno che tutto accetta e consente. Egli auspica che gli italiani capiscano l'importanza di maturare una responsabilità individuale, capace di promuovere una sorta di protestantesimo laico, rispettoso della legge, che conduca ad un civismo morale paterno, cioè più etico e rigoroso, che si opponga dal basso alla corruttela e alle forme di potere in favore del bene comune. A questo fine esorta i singoli ad uscire dal loro guscio con un'azione indipendente da ogni parte politica.

Alberto Alinovi

"Il Codice Borgia della società italiana"

Artegrafica Silva, Parma - pp. 231



Tramonto

Il romanzo di Stanislaw Zazo racconta gli anni della II Guerra mondiale durante i quali la contessa Elisa di Montefiaschi si ritira in una sua villa-castello in Toscana. Assieme a nobili parenti e altri familiari la contessa trascorre quegli anni senza apparenti ristrettezze in un ambiente d'altri tempi, dove regnano ancora inchini, baciamento, un maggiordomo in uniforme e i pasti sono serviti da cameriere con cuffietta e grembiolino bianchi, anche se per servire surrogati.

I principali fatti bellici sembrano marcare da lontano le vicende raccontate, ma poi i tedeschi occuperanno una parte della villa e la guerra si sentirà in tutta la sua crudezza. La storia, ricca di osservazioni di carattere psicologico, sociale e di note di carattere culturale, come l'origine umbra dell'albero di Natale, si conclude con la fine della guerra.

Stanislaw Zazo

"Tramonto"

Fermenti Editrice, Roma - pp. 350, € 19,00

In breve

Eugenio Morelli

LA SINFONIA DEL TEMPO

Un versificare semplice ed intenso, che si muove tra le immagini evocate dai ricordi, nella magia della quotidianità e l'alternarsi ambiguo dei sentimenti. Questa poesia, nella ricerca della giusta direzione del vivere in un mondo che non cambia, si incentra sul mistero della vita e della morte per evidenziare quei valori che rendono degna d'esser vissuta anche un'esistenza anonima.

Casa Editrice Menna, Avellino - pp. 71, € 10,00

Michele Paterno

AMORE IN POESIA 2

Le liriche di questa raccolta, scritte con giovanile ardore e con uno stile molto personale dalle reminiscenze saffiche e catulliane, cantano un amore appassionato e segreto. Anche nel distacco l'intensità di così forti moti dell'animo è vissuta come se, senza questo sentimento, la vita diventasse un disperato triste morire.

Editrice Tipografica, Bari - pp. 26

Umberto D'Ovidio

IL SOGNO DI CRISTALLO

In questo romanzo breve la storia di un giovane abruzzese che emigra a Torino per lavoro si tramuta in una storia d'amore giovanile conservando la spontaneità, l'entusiasmo e l'adolescenziale, idealistico sentire che pone l'amore e la bellezza della natura al di sopra di ogni altra necessità. Una lettura piacevole che si conclude con l'avverarsi del sogno d'amore.

Carabba, Lanciano (PE) - pp. 99, € 12,00

Silvio Fasullo

UN'ALBA SULL'ULTIMO CREPUSCOLO

Mesto diario della malattia e della scomparsa della madre dell'autore. Un'ultima, sincera testimonianza di affetto filiale. Le espressioni di dolore, il rimorso e il senso di colpa per le immancabili inadempienze verso di lei sono resi con un periodare elegante, a tratti poetico, ricco di citazioni letterarie, di considerazioni emotive, di meditazioni filosofiche e di interrogativi sull'esistenza umana.

Altrimedia Edizioni, Matera - pp. 92, € 12,50

Angelo Casabianca

KATANIA KABOUL

Ricordi di un viaggio a Kabul del 1976 e del lungo percorso, fatto con mezzi pubblici e di fortuna, lungo l'itinerario percorso dai figli dei fiori alla ricerca di droghe e di illuminazione. L'esperienza di avventura, di scoperta, di sistemazioni precarie è ben raccontata, quella del fumo è stata forse mitigata da una precedente, oculata educazione salesiana.

DiffusioneImmagine Editore - pp. 79, € 10,00



REMando tra i sogni

Il libro di Anna Maria Amore, scritto con il supporto del professor Marco Zanasi, eminente neurologo e psichiatra, ha il pregio di affrontare il problema del Sogno da un punto di vista esclusivamente scientifico. La trattazione parte dai grandi miti del passato (Amore e Psiche), per remare (ove le iniziali REM sono riferite alla fase dei movimenti oculari del sonno) e addentrarsi nel mare magnum dei sogni infantili e degli adulti (avvalendosi ovviamente delle essenziali vedute di Freud e Jung). Gli autori si preoccupano soprattutto di precisare i più sottili meccanismi non solo astrattamente psichici ma anche neurologici (e addirittura biochimici) che intervengono nella loro genesi, indicando nuove strade per una loro possibile interpretazione. (L.S.)

M. Zanasi, A.M. Amore
“REMando tra i sogni”

Franco Angeli, Roma - pp. 190, euro 22,00



Da Malabrocca a Il venditore di limoni

Raffaele Baroffio, medico e giornalista, raccoglie in questo libro racconti brevi, spesso autobiografici. Fiabe, narrazioni di fantasia, talora ambientate nei luoghi della giovinezza; due sono i gialli, di cui uno con riferimenti a personaggi locali. La passione per il ciclismo nasce dalla vista del mitico Malabrocca che vince l'ennesima gara di ciclocross, passando dietro la villetta di famiglia. L'interesse per la filatelia, di cui l'autore è appassionato cultore, viene trasposta in un giallo. L'archeologia è un altro hobby che, in seguito a un ritrovamento straordinario, fornisce lo spunto per un racconto ambientato in montagna. Anche una delle fiabe nasce dalla stessa ispirazione, fra fatti storici e descrizioni fantastiche.

Raffaele Baroffio
“Da Malabrocca a Il venditore di limoni”

Stampato in proprio (info: raffabar@libero.it) - pp. 128, euro 8,00



Oltre l'utopia basagliana

Dieci anni fa la psichiatria era ancora settorializzata in organicisti, per i quali ogni aspetto della malattia mentale era riferibile ad una alterazione cerebrale; psicologisti, per i quali gli stessi disturbi dovevano entrare nelle problematiche dell'inconscio e della deformazione della parola; basagliani, per i quali la malattia mentale era (è) riconducibile ad un disagio sociale, e solo attraverso un'azione politica si poteva (può) affrontare e risolvere. Mentre oggi psiche e soma non si di-

stanziano più, ma concorrono sinergicamente alla salute o alla malattia della persona, il basaglianesimo rimane, secondo l'autore, l'ultimo baluardo ideologico che non riconosce alcun valore agli altri studi, rimanendo barricato sulle posizioni di trent'anni fa. Lo studio organico di Adriano Segatori si pone l'obiettivo di svelare i passaggi ingannevoli di questo fondamentalismo, prospettando la rifondazione di una nuova psichiatria condivisa.

Adriano Segatori
“Oltre l'utopia basagliana”

Mimesis edizioni, Sesto San Giovanni (MI) - pp. 340, euro 24,00

Fegato sano

Le malattie del fegato, come la steatosi, l'epatite cronica e la cirrosi, sono purtroppo molto diffuse. È quindi importante che ciascuno impari a conoscere e a proteggere un organo tanto essenziale. Questo l'obiettivo di Salvatore Ricca Rosellini, che nel volume descrive in maniera semplice ma completa la struttura e le più importanti funzioni del fegato, insegnando ai lettori a prevenirne e a curarne le principali patologie. L'autore sottolinea il ruolo chiave dell'alimentazione, elencando i cibi da evitare e quelli da valorizzare e soffermandosi su alcuni alimenti, vitamine, minerali, erbe o bevande fondamentali per il benessere del fegato e quindi dell'intero organismo.

Salvatore Ricca Rosellini
“Fegato sano”

Edizioni L'Età dell'Acquario, Torino - pp. 152, euro 16,00



Smartphone, iPad, e-book per il medico

La tecnologia mette oggi a disposizione del medico una serie di dispositivi che offrono prospettive di applicazione fino a ieri quasi impensabili. Ma quale reale impatto possono già avere smartphone, iPad e e-book reader sulla qualità dell'assistenza al di là delle mode? La guida illustra con semplicità e chiarezza le caratteristiche principali di questi nuovi device suggerendo, di volta in volta, il modo migliore per sfruttarne le enormi potenzialità. Una serie di fulminee recensioni sulle *app* mediche, su vantaggi e svantaggi di Kindle e iPad, sull'uso presente e futuro della cartella clinica elettronica, con esempi pratici applicati alla routine clinica.

Alberto E. Tozzi
“Smartphone, iPad, e-book per il medico”

Il pensiero scientifico editore, Roma - pp. 48, euro 8,00





Vecchie e nuove dipendenze

Il volume, partendo da come funziona “fisiologicamente” e “patologicamente” il cervello, vuole approfondire il mondo delle droghe (quali sono, come agiscono, i loro effetti, la terapia) e delle dipendenze in genere. La prospettiva da cui partono gli autori consente di affrontare il problema studiando l’Uomo

in sé, i meccanismi di funzionamento del cervello, le parti costitutive dell’essere umano, quell’Uomo, cioè, che “sceglie”, più o meno consapevolmente, di assumere droghe o di divenirne dipendente. È necessario infatti considerare il problema come riflesso del fenomeno Uomo, con le sue debolezze, le sue fragilità, le sue paure, ma anche le sue patologie, le sue scelte, la sua cultura, i suoi bisogni di sicurezza o di dipendenza.

P. Baroncini, A. Dionigi

“Vecchie e nuove dipendenze”

CLUEB, Bologna – pp.174, euro 16,00



Il manicomio prima e dopo

In questo libro l’autore percorre un excursus nella psichiatria italiana, che va dalla legge del 1904 fino ai giorni nostri. A più di trent’anni dall’applicazione della legge Basaglia, secondo l’autore è divenuta urgente una revisione della riforma del 1978, che lungo quest’arco di tempo si è mostrata non adeguata a rispondere in maniera completa ai problemi posti dall’assistenza psichiatrica e si è sviluppata, proprio su una quasi totale inversione, nell’opposto di ciò che esisteva prima. Dal manicomio si è passati al *terricomio*, termine coniato da uno psichiatra bolognese, che rende chiaramente la situazione che si è venuta a creare nell’assistenza al malato mentale.

Alberto Italo

“Il manicomio prima e dopo. Riflessioni di uno psichiatra italiano”

Giovanni Fioriti editore, Roma - pp. 182, euro 21,00



Sanità elettronica e diritto

“Fascicolo sanitario elettronico”, “referiti on line”, invio telematico di certificati medici, interventi chirurgici a distanza, consultazioni mediante videoconferenza: l’informatica e la telematica vanno permeando il mondo della Sanità. Con questo volume l’avvocato Chiara Rabbito ci guida nell’analisi dei profili del-

l’attuale tematica della sanità elettronica, fornendo un prezioso strumento a tutti coloro, tecnici e non, che desiderano comprendere i complessi risvolti legali delle applicazio-

ni dell’informatica e della telematica al servizio sanitario. Un supporto fondamentale per medici, giuristi, decisori pubblici, e per chiunque si trovi ad operare nel complesso mondo della sanità italiana.

Chiara Rabbito

“Sanità elettronica e diritto”

Società editrice Universo, Roma – pp. 120

Donne. Storie di vita e di lavoro

Le splendide foto di Giovanni La Scala e di Vittorio Tomassini ci portano in Paesi dove la magia degli sguardi e la forza dei colori proiettano uno scenario di vita che si va svelando pagina dopo pagina. Guardando le immagini delle donne dell’India sembra di sentire il fruscio delle loro sete, e quando gli occhi si soffermano sui costumi delle donne del Perù, si avverte tutta la vitalità, la forza delle tradizioni. I profili delle donne dell’Etiopia e del Kenia segnano le pagine con sguardi che lasciano intravedere speranza e rassegnazione, gioia e tristezza. Il volume è stato fortemente voluto da “Help for Life onlus Foundation”, associazione impegnata nell’assistenza ai più deboli e in missioni sanitarie in paesi in via di sviluppo, alla quale saranno devoluti parte degli utili derivati dalla vendita.

G. La Scala, V. Tomassini

“Donne. Storie di vita e di lavoro”

Edizioni grafiche Vianello, Ponzano Veneto (TV)

pp. 144, euro 34,00



L'Aquila. Per tornare a volare

6 aprile 2009, ore 3,32: una violenta scossa di terremoto distrugge L’Aquila e i comuni limitrofi, causando 308 morti, 1.600 feriti e migliaia di sfollati. Alla stessa ora, un boss della ‘ndrangheta, intercettato, rideva sull’immane tragedia aquilana, pensando agli affari da realizzare con la ricostruzione. Due anni dopo, questo libro racconta il dramma dei crolli, la disperazione ed il disincanto degli aquilani, la ricostruzione del centro storico che, di fatto, non è ancora partita, l’imperativo di combattere i radicamenti mafiosi. Qui le mafie sono arrivate ben prima del terremoto, favorite da un sistema di corruzione che ha interessato da anni pezzi della politica regionale e nazionale. Gli abruzzesi? Straordinari come sempre. All’Aquila il “popolo delle carriole”, le forze sociali, sindacali e imprenditoriali, le organizzazioni di volontariato, le parti sane della politica hanno reagito, vogliono ricostruire, rievocano la loro amata città.

G. Lumia, O. Notaristefano

“L’Aquila. Per tornare a volare”

Ponte Sisto edizioni, Roma – pp. 224, euro 14,00



Quale governo per i nostri ospedali? È partendo da questa domanda che Fabrizio Mastrilli ha sentito l'esigenza di fare chiarezza sul significato di "governo" dell'ospedale, ponendo sotto gli occhi di tutti un aspetto della gestione ospedaliera sicuramente sottovalutato, visto che negli ultimi anni non si è parlato d'altro che di governo clinico e di governo economico quale possibile soluzione ai molteplici problemi gestionali delle Aziende sanitarie ed ospedaliere in particolare. L'efficacia clinica e l'efficienza nella gestione delle risorse sono infatti due aspetti sicuramente vitali nell'economia di un ospedale ma Mastrilli nel suo volume ha voluto sottolineare l'importanza di un terzo elemento: quello della qualità organizzativa, che deriva dalla conoscenza e dalla ottimale gestione delle tante attività e professionalità che interagiscono all'interno di un ospedale e che fanno di questo una tra le aziende più complesse.

Con il termine "governo tecnico" si intende così la necessità/capacità di avere una visione globale del sistema e delle competenze tecniche da gestire, organizzare e controllare, competenze ed attività che sono il "collante" tra il management e la clinica e che partecipano appieno al raggiungimento dell'obiettivo primo, per non dire unico, di una struttura sanitaria: la qualità delle prestazioni rese ai pazienti. Il volume, di oltre mille pagine di documentazione scientifica e tecnico operativa, è così dedicato a tutti coloro i quali operano in questo campo, impegnati in prima linea a gestire il quotidiano, garantire la continuità, assicurare il collegamento e la mediazione tra le diverse professionalità e componenti ospedaliere e, in particolare, tra le esigenze clinico/scientifiche e quelle amministrativo/gestionali di una realtà così complessa.

In questa opera, si è voluto spaziare in tutti i campi comparando aspetti che vanno dalla sicurezza dei pazienti alla privacy, dal controllo delle infezioni ospedaliere alla cor-



retta gestione dei farmaci, dalla documentazione sanitaria al ruolo del comitato etico, dai problemi connessi alla sterilizzazione ed alla gestione dei rifiuti a quelli legati all'assistenza di un paziente straniero, solo per citare alcuni esempi. Il libro, frutto di esperienze vissute in tanti anni di attività di direzione, si propone in modo volutamente pratico come un vero e proprio manuale di consultazione quotidiana che vedrà negli anni continui aggiornamenti ed approfondimenti.

"Il Governo tecnico dell'ospedale" è alla II edizione, rivista e ampliata, con la prefazione del professor Elio Guzzanti e l'introduzione del professor Antonio Boccia, presidente della Società italiana di igiene.

È un libro che vuole fare il punto in un momento in cui l'ospedale sembra essere il capro espiatorio delle difficoltà economiche del Servizio sanitario nazionale.

In realtà è dal 1978 che in nome del "territorio" si accusa di ospedalocentrismo il nostro Servizio sanitario che, vituperato in casa, è guardato con rispetto dall'estero. Lo spazio di miglioramento esiste, ma non dimentichiamo che se, fino ad oggi, il territorio è stato carente, appare evidente come l'ospedale si sia fatto carico del maggior peso in termini di assistenza e sicuramente dei casi più complessi e difficili.

L'ospedale è studiato, valutato, controllato, modificato. È giusto che si cerchi di intervenire sui costi, che si mettano in risalto gli errori e le inefficienze, ma c'è un detto: *sbaglia solo chi fa* e se lo stato di salute degli italiani ha fatto balzi da gigante dal dopoguerra, se l'età media cresce costantemente, la mortalità neonatale ed infantile è tra le più basse, molto è dovuto all'attività dei nostri ospedali. Un libro di cui si sentiva il bisogno. È un sincero complimento all'autore.

Fabrizio Mastrilli "Il Governo tecnico dell'Ospedale"
Edizioni Panorama della Sanità, Roma - pp. 1008, euro 60,00

Ca' Granda, un gioiello architettonico

Fondato nel 1456 dal duca Francesco Sforza e progettato dal Filarete, fu il prototipo rinascimentale di altri nosocomi coevi e posteriori

di Serena Bianchini

Solcare temi poco battuti dona sempre un grande fascino e l'interesse cresce quando ci s'imbatte in testi che raccontano di abitudini dei tempi passati, del *modus vivendi* delle città e dei loro abitanti. Le strutture delle amministrazioni ospedaliere di cinquecento anni fa, con l'apparente semplicità delle organizzazioni e delle loro regole, dovevano però affrontare problemi molteplici, crisi quotidiane, necessitavano di strutture architettoniche funzionali e funzionanti. L'Ospedale Maggiore di Milano o Ca' Granda, modello rinascimentale, vero e proprio esempio "da manuale", fu fondato nel 1456 dal duca Francesco Sforza e progettato dal Filarete, autore conosciuto anche per i battenti bronzei del portale centrale di San Pietro e per il progetto della città ideale *Sforzinda*.

Documentate nel dettaglio nel suo "Trattato di Architettura", le varie fasi della costruzione mostrano l'intento di funzionalità della struttura, la volontà di semplificare gli spazi; la novità è l'elemento a "crociera", l'incontro di due lunghi bracci ortogonali tra loro che erano destinati a diventare le corsie dove, sul lato lungo, si disponevano i letti.

Una croce greca dentro un

quadrato ripetuta due volte, entrambe separate da un cortile centrale che divideva il reparto maschile da quello femminile: questa era la purezza geometrica rinascimentale e l'attualissima semplicità messa in pratica per le esigenze di un struttura ospedaliera; la novità era proprio negli impianti, infatti i servizi igienici erano in corridoi paralleli alle corsie e varie porte permettevano di accedervi facilmente. Il Filarete aveva progettato un mulino, un buon sistema di fognature, acquedotti con acqua corrente sul Naviglio – come ci spiega il dottor Paolo Galimberti, dirigente responsabile del Servizio Beni culturali – tutto per rendere indipendente e autosufficiente la sede. Locali ventilati, finestre, spazi comuni vivibili, una sorta di piccola città con botteghe adiacenti.

Anche nella sua missione l'Ospedale Maggiore era innovativo, si concentrava su malattie acute che potevano essere curate, non aveva più la vecchia concezione di ospizio per i poveri o di malati di lunga degenza propria del medioevo. Si volevano risanare soggetti per ridarli alla società, dare un servizio primario alla popolazione. Al contrario, i malati che avevano bisogni e necessitavano di un'assistenza diversa, prolungata, propriamente gli "infermi", erano destinati verso

altri ospedali, sedi satellitari rispetto all'Ospedale Maggiore.

Inoltre, passaggi evolutivi importanti per l'ospedale sforzesco erano il processo da assistenza religiosa a assistenza laica, la distinzione fra malattie (e quindi distinzione in reparti), lo smistamento dei malati in base alle loro problematiche, la presenza costante in ospedale di medici per curare e confortare. L'amministrazione ospedaliera della città di Milano confluiva verso l'Ospedale Maggiore e gli amministratori dovevano essere cittadini scelti, ogni anno il consiglio doveva essere rinnovato e ogni ospeda-

le doveva avere un ministro e un responsabile della gestione finanziaria. Gli ospedali che non riuscivano a mantenersi da soli o con reddito insufficiente dovevano essere accorpati al Maggiore o chiusi. Il progetto originario fu modificato più volte e il Filarete non vide mai i lavori conclusi: aveva progettato un solo porticato al pianterreno mentre il suo successore, il lombardo Guiniforte Solari, ne creò due sovrapposti. Anche le finestre con bifore a sesto acuto di terracotta sembrano non provenire dalle idee del Filarete ma il contesto totale, ora anche sede del Policlinico e Università degli Studi di Milano, è di enorme bellezza e ricchezza di ornati. •



Cortile della ghiacciaia, 1881 (foto di Icilio Calzolari)

Garibaldi fu ferito...



Già dal numero precedente *Il Giornale della Previdenza* celebra il Centocinquantenario dell'Unità d'Italia con una serie di articoli che evidenziano il decisivo ruolo – troppo spesso dimenticato – svolto dai medici nelle gloriose vicende del Risorgimento

di **Luciano Sterpellone(*)**

Due anni dopo lo sbarco dei Mille a Marsala (1860), al grido di “O Roma o Morte!” Giuseppe Garibaldi è partito dalla costa sicula per risalire il meridione e “liberare” Roma dal dominio pontificio: è al comando di volontari più o meno malmessi e ancor peggio armati. Ma il Governo italiano (piemontese), per evitare complicazioni internazionali, decide di fermarlo: nel sud l'Italia dispone di truppe scelte impegnate nella repressione del brigantaggio; le organizza allora contro i “garibaldesi” e spedisce, nella punta estrema della Calabria, un con-

tingente di 3500 uomini (tra fanti e bersaglieri) comandato dal colonnello Pallavicini con l'ordine “di cercare Garibaldi e di distruggerlo”. Nel frattempo, l’“Eroe dei due mondi” è sbarcato a Mèlito, sulla costa calabrese; ma, costretto dal fuoco di una nave, si è avventurato sulle pendici dell'Aspromonte, ove il mattino del 29 agosto 1862 viene a contatto con i Piemontesi.

Alle 15, senza tanti complimenti i bersaglieri sparano (100 contro 10) con il classico “fuoco avanzando” contro i garibaldini attestati ai margini di un bosco. Ma Garibaldi non vuole scontri fratricidi e dà ordine di non rispondere al fuoco, corren-

do su e giù per far tacere coloro che per non soccombere hanno invece cominciato a sparare.

“All'improvviso – annota Enrico Cairoli (un volontario pavese studente in Medicina) – Garibaldi si ferma portandosi una coscia. Fece due o tre passi, ma non poté più reggersi”. Si saprà poi che Garibaldi è stato colpito da due pallottole (del bersagliere Luigi Ferrari!): una “stanca” alla coscia sinistra e una che penetra invece nel piede destro fratturando il malleolo interno: la pallottola si è fermata sulla faccia dorsale del collo dell'astragalo, vicino allo scafoide e al cuboide. Il ferito viene allora trasportato a braccia ver-

so il bosco e sistemato sotto un albero. E accende beffardo un mezzo sigaro.

Il dottor Albanese incide con uno dei ferri rimastigli (l'ambulanza è stata la prima ad essere distrutta dai “regi bersaglieri”), il gonfiore scompare. Pensa allora che la ferita sia stata provocata da una pallottola di rimbalzo. Con dei rami e un cappotto si improvvisa una barella e il ferito viene trasportato sino alla costa. Segue il mesto corteo, a cavallo il figlio di Garibaldi, Menotti: è a sua volta ferito al polpaccio sinistro. Oggi è facile immaginare un ferito che viene allontanato dal fronte: autoambulanze, elicotteri, flebo, respiratori, una tenda di pronto soccorso ben attrezzata. Il “paziente” Garibaldi viene invece allontanato su di una primitiva barella di rami tenuta da otto ufficiali che si danno il cambio, tra i sobbalzi causati dalle anfrattuosità del terreno, le rocce, gli sterpi, i dirupi. La notte la passerà nella capanna di un pastore, disteso su di un tavolato coperto di paglia. Il giorno seguente, sotto il sole cocente (siamo in pieno agosto), la mesta carovana riprende il cammino sino a Scilla, ove il ferito viene issato con un paranco sulla pirofregata Duca di Genova, direzione Spezia (non ancora La Spezia). Il medico di bordo, dal poco romantico nome di dottor De Chiappe, sentenza senza remore che “la palla è rimasta dentro” e vorrebbe estrarla. Ma i medici garibaldini si oppongono. Due

giorni dopo (è il 31 agosto) la pirofregata Duca di Genova attracca al forte S. Maria di Spezia, da dove ventotto ore dopo il ferito è trasportato al Forte Varignano, un ex lazzaretto. Intanto è comparsa una febbre, il piede – avvolto in un empiastro di farina di lino – è molto dolente. Trascorrono un paio di mesi e le condizioni del ferito si aggravano. E per ancora un altro mese (Garibaldi è stato nel frattempo trasferito a Spezia città) c'è chi sostiene (come l'illustre professor Patridge, anatomista dell'Università di Londra) che la pallottola è rimbalzata via e che è quindi inutile cercarla nel piede, e chi giura invece che è ancora dentro, come proverebbero alcuni segni di osteomielite.

Il 28 ottobre (tre mesi dopo la ferita!) il mistero della pallottola non è ancora risolto. Dalla Francia arriva il celebre chirurgo Auguste Nélaton, medico di Napoleone III, ideatore del famoso catetere uretrale e di una speciale sonda d'argento per ferite, avente all'apice un bottone di porcellana dotato della proprietà di tingersi in nero al contatto con il piombo. Utilissima quindi per la ricerca di metalli nelle ferite profonde.

Affiancato da due medici garibaldini, Nélaton introduce la sua sonda, ed esprime subito la “quasi certezza” che a una profondità di circa tre centimetri “v'è una pallottola”. Ma si continua ancora a brancolare nel buio in quanto anche una prova... elettrica eseguita con uno specillo collegato a un gal-

Auguste Nélaton, medico di Napoleone III, aveva ideato una speciale sonda d'argento per ferite in grado di identificare la presenza di piombo

vanometro risulta negativa. Tra i diciotto medici che si avvicinano al letto del ferito v'è anche il grande Rizzoli; e da Pietroburgo giunge anche il chirurgo Nikolai Pirogoff.

Garibaldi viene allora trasportato – via mare – sino a Bocche d'Arno, e di là, su zattera – a Pisa, ove il chimico Tassinari, dopo aver

esaminato il pus che sgorga dalla ferita, esclude che vi siano tracce di piombo. La serie di ispezioni e di dolorosi sondaggi, che l'“Eroe dei due mondi” sopporta davvero... da eroe, continua ininterrotta, mentre le condizioni della ferita peggiorano di giorno in giorno. Tanto che si comincia a parlare di amputazione.



Poi tutto si chiarisce d'improvviso quando dalla ferita emerge un frammento osseo lungo un centimetro. È la scheggia che ha costituito l'ostacolo, “il tappo”, che ha sinora impedito al proiettile di essere localizzato: e finalmente, la pallina di porcellana della sonda di Nélaton, inserita per 4 centimetri, viene a contatto con il piombo e si tinge di nero. Sono le ore 10 del 23 novembre quando il professor Zannetti, con una pinza ad anelli riesce ad afferrare ed estrarre la pallottola, ritenuta da ben 89 giorni. Riportano le cronache: “Nessuno intorno a lui aveva gli occhi asciutti...”.

La ferita stenterà però a chiudersi. E soltanto il 16 gennaio del 1863 Garibaldi comincerà ad alzarsi; ma solamente sei mesi dopo potrà cominciare a fare i primi passi con l'aiuto di grucce. Le abbandonerà alla fine dell'anno, ma zoppicherà per tutta la vita, aiutandosi con un bastone: una vistosa cicatrice gli deforma il piede, limitandone per sempre i movimenti.

Per la storia: all'Aspromonte fu identificato il bersagliere che aveva sparato i due colpi di fucile: si chiamava Luigi Ferrari. Lì per lì fu ricoperto di onori e di gloria, ma presto il suo divenne un nome scomodo, da dimenticare, ufficialmente invisibile a repubblicani, socialisti, patrioti e... tutti i “benpensanti”.

(*) Estratto da “Camici bianchi in camicia rossa” prefazione di Giuliano Crisalli Ed. Red@zione, Genova

To care: voler(sì) bene

di Antonio Gulli

Quindici anni fa, uno dei più noti cantautori italiani, Franco Battiato, incideva una delle sue più belle canzoni. Aveva come titolo “La cura”. Cantava: “Ti proteggerò dalle paure delle ipocondrie, dai turbamenti che da oggi incontrerai per la tua via”.

E finiva dicendo: “Ti salverò da ogni malinconia, perché sei un essere speciale ed io avrò cura di te... io sì, che avrò cura di te”. Canzone d’amore. Di un amore che nutrive il suo esistere e il suo offrirsi avendo cura di questo “essere speciale”. Il sentimento narrato univa al suo interno il “prendersi cura” insieme all’“aver cura”. In altri termini fondeva l’“essere”, che ognuno di noi è, con quella forma contingente che è l’“essererci” – come direbbero i latini – *hic et nunc* –, ora e adesso, così come ogni individuo appare agli occhi degli altri nella quotidianità e nella storia. In questa forma di cura, l’amore si presenta capace di “aver cura” della realtà umana che ciascuno sintetizza presentandosi al mondo; tra il suo “essere”, come aspetto unico e irripetibile, e il resto della realtà. Non è di questa forma di cura di cui tutti avremmo bisogno? Chi vuole prendersi cura di noi dovrebbe farsi carico della nostra interiorità, del modo attraverso cui questa si manifesta e di come il mondo ci viene incontro – o si scontra con noi – nella vita.

Ma il concetto di cura è un termine complesso. In relazione ai vari piani di attuazione, questo termine racchiude una polisemia di significati, coinvolgendo su più sfere sia la persona che offre che quella che riceve la cura. A livello più generale possiamo far nostra la definizione che con cura si intenda quella “specie di attività che include tutto ciò che noi facciamo per conservare, continuare o riparare il nostro “mondo” in modo da poterci vivere nel miglior modo possibile. Quel mondo include i nostri corpi, noi stessi e il nostro ambiente, tutto ciò che cerchiamo di intrecciare in una rete complessa di sostegno alla vita” (Tronto J, 2010). Per Aristotele la cura – in greco *epimeleia* – ha due ambiti di riferimento ben precisi: uno afferente alla sfera domestica e l’altro alla sfera politica.

In ambito domestico, la cura è vista come attività volta verso coloro che non hanno o non posseggono più autonomia e si rivolge verso la vulnerabilità che “perì fùsis” (per natura) è propria dell’umanità. In ambito politico si identifica con la “cura del sé”, cioè con quella forma di cura che ha come oggetto l’“anima”, al fine di fare sì che gli uomini diventino “buoni cittadini [...] persone virtuose e libere”. La sessuazione implicita nel “chi si deve prender cura di” è in Aristotele palese: alle donne è dato l’onere dell’ambito domestico che diventa così confine–prigione, mentre la seconda sfera è compito dei maschi. Se con l’avvento della modernità la relazionalità indicata nella seconda sfera da Aristotele perde consenso a favore di una concezione che vede lo Stato prendersi cura della vita affinché ognuno possa “farsi i propri affari”, nell’ambito domestico non cambia pressoché nulla e sono ancora oggi prevalentemente le donne a doversi fare carico della vulnerabilità del genere umano.

Con il concetto di cura – proprio in ragione della polisemicità che racchiude – si può anche intendere: “l’interessarsi a” (*caring about*), che richiede la qualità dell’attenzione, come sospensione del proprio interesse e la capacità di guardare dalla prospettiva di colui che ha bisogno; il “prendersi cura di” (*taking care of*), che significa assumersi la responsabilità di assicurarsi che i bisogni vengano soddisfatti; il “prestare cura” (*care-giving*), che richiede la competenza nell’erogazione della cura; il “ricevere cura” (*care-receiving*), che presuppone la risposta da parte della persona che ha ricevuto la cura.

L’ampiezza della definizione ci induce a restringere l’ambito del significato e dire che, in sostanza, per cura si possono intendere quelle specifiche azioni che hanno come obiettivo una forma di “assistenza attenta” verso tutte le “cose che ci stanno a cuore”. È utile ricordare, comunque, che i concetti sono strumenti intellettuali e, in quanto tali, risentono delle teorie in cui si collocano e assumono significati proprio in base a queste.

Ma, rispetto al concetto di cura, è possibile individuare degli aspetti che possano essere ritenuti fondanti e da cui partire per sviluppare una riflessione utile a rivedere i più diffusi luoghi comuni? Per fare ciò è opportuno affron-

La promozione della salute è il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla



co abilitato ad occuparsi della sua salute. L'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS) ha sentito, perciò, il bisogno di ampliare il concetto di salute, ribadendo espressamente che la sua componente non è solo biologica, ma psicologica e sociale. Nella Carta di Ottawa, infatti, si può leggere che "La promozione della salute è il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla. Per raggiungere uno stato di completo benessere psicofisico, mentale e sociale, un individuo o un gruppo deve essere capace di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di cambiare l'am-

biente circostante o di farvi fronte". Sarà opportuno, quindi, che nell'operare il medico sia affiancato da altre categorie professionali – si pensi allo psicologo, allo psicoterapeuta, al sociologo, all'assistente sociale – e che queste non vengano poste – quando presenti – in una condizione di subordinazione o dipendenza. Tali presenze, affermando un concetto di salute come quello indicato dall'OMS, che di fatto supera una stretta visione della salute puramente organicista, hanno maggiori probabilità di realizzare una forma di cura improntata a quella democraticità che vuole la pariteticità tra colui che è oggetto di cura e coloro che queste cure erogano. Ma la pariteticità non deve essere foriera di un venir meno delle responsabilità. Come può essere l'avvalersi, nella cura di patologie dove il protocollo scientifico è più che corroborato dall'esperienza clinica, di "pratiche non convenzionali" quali le "biofrequenze terapeutiche universali", o dei "fiori di Bach", per seguire le forme di superstizione dei soggetti da curare. La responsabilità – anche se è solo una parte del tutto – è un'importante dimensione della moralità della cura. La sfida più grande a un approccio di cura democratico promana non dagli "amici" della cura, ma dai suoi "falsi amici". Si può fare nostra la considerazione offerta da Joan Tronto, professoressa di Scienze politiche all'Hunter College di New York, quando scrive che: "Il prossimo grande passo nella teoria democratica [...] è quello di avvedersi che l'espressione *to care* significa sempre sia dare che ricevere cura. Solo allora saremo in grado di [riconoscere] alla cura il giusto posto". •

L'obiettivo è realizzare una forma di cura improntata alla pariteticità tra colui che è oggetto di cura e colui che eroga queste cure

Scrivere per lo spettacolo

di Maricla Tagliaferri

Proseguiamo questo piccolo viaggio nei mestieri del cinema di cui tanto si parla e poco si sa, parlando con lo sceneggiatore Massimiliano Bruno. Romano, 41 anni appena compiuti, è l'artefice dei maggiori successi degli ultimi anni. Insieme a Fausto Briz-

zi e Marco Martani, ha firmato le commedie che hanno rilanciato il cinema leggero, da "Notte prima degli esami" fino a "Femmine contro maschi". Da poco passato anche dietro la macchina da presa per dirigere "Nessuno mi può giudicare", ha sbancato i botteghini. Alle spalle una prestigiosa carriera di autore teatrale e tanta televisione, da "I Cesaroni" a "Quelli che il calcio". Per tacere dell'esuberanza di attore esercitata in una decina di film e serie tv, compreso il celebrato "Boris".

Bruno, cos'è una sceneggiatura?

Immaginando il film come una torta, la sceneggiatura è la base. Stabilisce la successione delle sequenze, l'ordine, l'intreccio e il tono del racconto. Se è cattiva, per esempio con dei salti inspiegati o con troppi personaggi schematici, il film sarà sicuramente brutto. Anche se gli altri ingredienti sono buoni.

Come si riconosce una buona sceneggiatura?

Per me è buona quando l'amalgama degli ingredienti è inscindibile e non ti viene da dire "una schifezza, ma che bella fotografia" oppure "sì, certo è girato bene, però che noia". Ma non tutti la pensano così.

Esistono molte scuole di sceneggiatura. Ma si può davvero imparare?

Certo che sì, a patto che ci sia un talento di base. Quello nessuno può dartelo, devi coltivarlo per conto tuo. Io, per

Ormai tutte le storie sono state raccontate, la ricerca si concentra sul "come" raccontarle

dire, già da piccolo, nel quartiere popolare dove sono nato, studiavo da sceneggiatore: ero curioso di tutto e rompevo in giro chiedendo: "Ma come ti arriva il latte in negozio, con la mucca o già nel cartone?". Poi, mi sono tenuto sempre aggiornato, in casa mia entravano tre quotidiani al giorno, mio padre era fissato. Ho letto molti libri e visto molto cinema, anche brutto. E tanto teatro, che per me è la forma di spettacolo più libera: uno spettacolo può durare sei ore o dieci minuti, pieno di dialoghi o perfettamente muto, cambia ogni sera.

Cose impensabili al cinema.

Se vuoi fare cinema devi rispettare le regole. A parte casi di talenti particolarmente visionari, la sceneggiatura deve avere tre tempi fondamentali: un incidente o un caso, che mette in moto l'azione; la crisi del protagonista di fronte alla nuova situazione; il suo cambiamento alla fine della storia. Insomma, l'arco narrativo classico, che deriva dalla tragedia greca e passa per Shakespeare.

Pare facile.

Be', poi naturalmente interviene la sensibilità di chi scrive. Ormai tutte le storie sono state raccontate, la ricerca si concentra sul "come" raccontarle, sulle piccole sorprese, sulle tracce "thriller". Se ricorda "Notte prima degli esami", il protagonista è innamorato di una ragazza e per tutto il film sembra che lei pure sia attratta. Invece alla fine c'è il guizzo, la negazione dell'happy end, l'uscita dagli schemi.

Lei ha anche un grande talento di dialoghista, dote alquanto rara in Italia.

Ho avuto ottimi maestri. E poi sono attore e questo mi aiuta molto. I dialoghi vanno recitati, prima di scriverli. Possibilmente stando in piedi o camminando. Devi sentirti scorrere fluidi, come nella vita vera.

Che cosa serve di più nel suo mestiere?

La pazienza, il tempo e l'umiltà. La pazienza di cercare soluzioni narrative, il tempo per lasciarle decantare, aspettando anche mesi prima di rileggere ciò che hai scritto, l'umiltà di buttare a mare tutto, se ti accorgi che non è roba buona. •



Massimiliano Bruno

Due bluesmen di casa nostra

di Piero Bottali

In Italia abbiamo un manipolo di ottimi artisti che portano avanti con professionalità e coerenza un preciso progetto musicale, ma la stima della quale godono è talvolta inversamente proporzionale alla loro notorietà. Due di questi sono Roberto Ciotti, romano, e Fabio

Treves, milanese, entrambi eccellenti bluesmen. “Bluesmen” e non “suonatori di blues”, perché fra queste categorie passa la stessa differenza fra un compositore e un orchestrale: il primo scrive musica, il secondo si limita a suonarla. Roberto Ciotti è nato a Roma nel 1953. A 12 anni comincia a suonare la chitarra, strumento che non lascerà più. L'inizio è quello di tanti altri ragazzi: si parte con la testa piena di sogni, poi le sgomitte con la concorrenza, ci si fa le ossa come “spalla” di personaggi già famosi, finalmente i primi ingaggi, i concerti, gli spostamenti, sempre in giro. Suona con Ginger Baker dei Cream, Brian Auger, Francesco De Gregori, Joe Cocker e molti altri. I blues sono quasi tutti suoi, ispirati e sinceri, nonostante Roberto canti in americano: “Perché il blues si può cantare solo così”. Corpulento, capelli lunghi con la coda, grande cappello, poche parole, apparentemente burbero ma in realtà timido, Roberto lo abbiamo ascoltato dal vivo varie volte, spesso ne abbiamo scritto. Ci ha sempre colpito l'assoluta identificazione con quello che componeva, suonava, cantava. Ottimo chitarrista, suona un'elettrica *solid body*, un'acustica e la leggendaria Dobro col corpo in bronzo da campana. Nel 1988 compone la colonna sonora del film “Marrakech Express” di Gabriele Salvatores. Un successone, un cd (“No more blues”) e due premi. Nel 1990 un'altra colonna sonora, per il film “Turné”, di nuovo di Salvatores. E ancora concerti e tour e festival allargandosi fuori dal-



Fabio Treves

l'Italia, percorrendo quasi tutta l'Europa giungendo alle lontane Dubai e Abu Dhabi. Incide un cd dopo l'altro: nel 2010 ne aveva già incisi dieci. Il primo, “Supergasoline blues” (1978) lo fa conoscere nell'ambiente; l'album “Changes” (1996) ha venduto 25 mila copie, “Walking” (1999) 20 mila, “Troubles & Dreams” (2010) sta andando bene, e Roberto per la prima volta canta in italiano.

Esuberante, baffoni e pizzo, omonimo di pelo rosso, Fabio Treves (Milano, 1949), probabilmente il miglior armonicista blues d'Italia, è caratterialmente l'opposto di Ciotti. In comune hanno la sincerità dell'ispirazione e l'amore per il blues autentico, con preferenza per il Delta. Da ragazzo ha provato il contrabbasso, l'organo, la tromba, il sax prima di incontrare negli anni '60 l'armonica diatonica. È una travolgente passione. Treves studia i “maestri” americani

Sonny Terry, Little Walter, Johnny Lee “Sonny Boy” Williamson e si afferma subito come armonicista nella zona milanese e lombarda. Lo chiamano dappertutto, suona con tanti: nelle band giovanili come con Mike Bloomfield, Fausto Leali, nei Cantagiri, al festival di Sanremo. Nel 1974 nasce la Treves Blues Band e conosce Cooper Terry, splendido chitarrista afro-texano: insieme formeranno un sodalizio di amicizia e di blues d'altissimo livello, testimoniato da moltissimi concerti dal vivo e un pacco di cd sotto l'etichetta Red&Black, uno più bello dell'altro. Entrambi ho avuto il piacere di conoscerli, ascoltarli e scriverne. Treves era sul palco di quel Deltablues di Rovigo nel 1992 e la sua armonica Hohner era diventata incandescente: “Oggi siamo tutti qui! - gridava alle migliaia di ragazzi nel prato - noi siamo il popolo del blues, quello vero!”. E io, che il blues lo suono in *fingerpicking* su una Dobro del '94, avevo le lacrime agli occhi... •

Roberto Ciotti compone nel 1988 la colonna sonora del film “Marrakech Express” di Gabriele Salvatores

A Salisburgo: fra musica e utopia



© Tourismus Salzburg

Salisburgo

Durante il Festival della città mozartiana, che si terrà dal 27 luglio al 30 agosto, i visitatori potranno scegliere tra i cinque ed i nove spettacoli al giorno. Da non perdere Riccardo Muti e Peter Stein che presenteranno il “Macbeth” di Verdi e Christian Thielemann e Christoph Loy con l’opera di Richard Strauss “Die Frau ohne Schatten”

di Riccardo Cenci

In un discorso tenuto nel 1842 per l’inaugurazione di un monumento dedicato a Mozart nella sua città natale, Richard Wagner esprimeva l’assoluta necessità di fondare un Festival a lui consacrato; forse è questo il primo vagito di un progetto che è divenuto un punto di riferimento assoluto nel panorama culturale del nostro tempo. Molti anni dovevano trascorrere prima che l’idea salisburghese divenisse realtà. Il primo embrione del Festival si può individuare nei concerti diretti nel 1877 da Hans Richter, anche se la programmazione resta discontinua sino al 1920, anno della fondazione ufficiale. Nella storica data del 22 agosto l’allestimento della sacra rappre-

sentazione “Jedermann” di Hofmannsthal sul sagrato del duomo, con la regia di Max Reinhardt, segna l’inizio di un progetto ambizioso e profondo, alla cui base si trovano una concezione sincretistica dell’evento artistico secondo la quale, almeno agli inizi, prosa e musica vengono poste sul medesimo piano, ed un indubbio intento morale. Nell’atmosfera feconda del periodo post-bellico, un gruppo di artisti fra i quali figurano i nomi illustri di Hermann Bahr, di Richard Strauss e di Franz Schalk, anela a trasformare la piccola cittadina austriaca in un luogo di aggregazione per gli uomini di ogni estrazione sociale. La teatralità tipicamente barocca e l’atmosfera idilliaca del paesaggio circostante fanno di Salisburgo un luogo

ideale dove concretizzare questa aspirazione, con la figura di Mozart a garantire un altissimo profilo estetico e spirituale. La collocazione geografica, distante dalle grandi realtà urbane, assume una valenza simbolica, quasi che la dimensione appartata ed apparentemente immune dalle pressioni della contemporaneità costituisca il giusto viatico per il recupero di un rapporto diretto fra lo spettatore e l’evento artistico. Dopo la catastrofe culminata nel crollo dell’impero asburgico, il Festival si pone come un faro per tutti coloro i quali vogliano lasciarsi alle spalle le rovine della guerra per intraprendere un nuovo percorso di speranza. L’impegno ed il genio artistico di

Max Reinhardt superano tutte le difficoltà economiche ed organizzative, offrendo spettacoli memorabili. Inevitabilmente la progressiva affermazione di un pubblico aristocratico e mondano incrina l’originario intento utopico e democratico, ma la qualità degli spettacoli resta comunque altissima. Il pericoloso profilarsi all’orizzonte delle insegne naziste spinge molti all’esilio; Stefan Zweig, Bruno Walter, lo stesso Reinhardt e numerosi altri lasciano a malincuore i lidi di un luogo nel quale era stato di nuovo possibile nutrire fiducia nei confronti dell’uomo. Le esternazioni antifasciste di Toscanini, discusso protagonista del Festival dal 1934 al 1938, concludono il

Info: www.salzburgerfestspiele.at

periodo precedente la guerra. Nel 1945 l'idea salisburghese concorre alla creazione di una nuova identità nazionale. La magica bacchetta di Furtwängler firma allestimenti ormai divenuti leggendari (il "Don Giovanni" di Mozart, il "Freischütz" di Weber ed altri ancora), mentre von Einem apre al contemporaneo, con prime rappresentazioni che hanno fatto la storia del teatro musicale moderno. A tale proposito occorre notare come le vicende del Festival siano segnate in maniera forte dalla dialettica fra tradizione e modernità; citando Hofmannsthal "Salisburgo [...] non esclude l'attualità, e se concede tanto spazio a quel che è apparentemente di ieri, è solo perché [...] ci fa percepire quel che è di ieri come qualcosa di vivo". La tradizione dunque come base imprescindibile, antidoto contro la perdita di valori e la crisi di identità dell'uomo moderno. A questo dettato si richiama Herbert von Ka-

rajan il quale, durante il proprio trentennale dominio, mostra di privilegiare il grande repertorio del XIX secolo. Il Festival amplifica a dismisura il suo carattere cosmopolita, generando l'apprezzamento di molti e le critiche di coloro i quali vedono nell'affermarsi dell'evento mondano una dispersione dei valori originali. Sono comunque anni di grande fermento; nell'estate del 1960 si inaugura un nuovo teatro, mentre l'impegno critico di Bernhard Paumgartner restituisce visibilità alle opere meno note di Mozart. Il resto è storia recente; negli anni novanta si assiste ad un lavoro di rinnovamento, in particolar modo registico, con lo scopo di svecchiare la tradizionale concezione del teatro d'opera mediante allestimenti all'avanguardia, a volte vere e proprie provocazioni che non hanno mancato di suscitare reazioni da parte del pubblico e della critica. Quest'anno il programma estivo

Katija Dragojevic (Cherubino) e Luca Pisaroni (Figaro) in un momento dell'opera "Le nozze di Figaro" (2009)



© Monika Rittershaus

si annuncia particolarmente accattivante; basti citare la "Frau ohne Schatten" di Richard Strauss, affidata alla bacchetta di Christian Thielemann, o il "Macbeth" di Verdi con la regia di Peter Stein, sul podio Riccardo Muti, o ancora "L'affare Makropulos" di Janáček con la direzione di Esa-Pekka Salonen. Ampio lo spazio dedicato a Mozart, con l'allestimento dell'intera trilogia dapontiana, come è accaduto solo due volte nella storia del Festival: per le celebrazioni del 2006 ed in precedenza nel 1991. Ai Wiener sarà affidato il "Don Giovanni", "Così fan tutte" vedrà impegnati Les Musiciens du Louvre diretti dal loro fondatore Mark Minkowski, mentre per "Le Nozze di Figaro" ci sarà l'Orchestra The Age of Enlightenment, sul podio il giovane Robin Tacciatelli. Ancora due opere completano il nutrito programma, "Iolanta" di Čajkovsky, con Anna Netrebko nel ruolo protagonista, e "Le Ros-

signol" di Stravinsky. Riguardo ai concerti sinfonici, i Wiener Philharmoniker propongono ben cinque diversi programmi durante l'estate, mentre fra le numerose orchestre ospiti segnaliamo quella dell'Accademia di S. Cecilia, ormai ai vertici nel panorama internazionale grazie all'impegno ed al carisma del suo direttore, Antonio Pappano. Anche la musica contemporanea trova ampio rilievo nella programmazione, con opere di Nono, Feldman, Sciarrino e molti altri. Se il Festival mette in scena ogni anno lo spettacolo che lo tenne a battesimo, quello "Jedermann" firmato da Hofmannsthal è divenuto ormai una tradizione (e non a caso soppresso durante il periodo nazista), è forse proprio per ribadire che, al di là di tutti i mutamenti imposti dalla storia, l'idea salisburghese è più viva che mai, la sua posizione nel panorama artistico europeo perfettamente intatta. •

La rappresentazione del dramma sacro "Jedermann" durante il Festival 2010



© Hermann und Clärchen Baus

Bellezze... in carne

di Ludovica Mariani

Isuoi padrini si chiamano Eduardo De Filippo e Renzo Arbore, lei Marisa Laurito è la portabandiera della gioia di vivere, un ciclone di simpatia, bravura, comicità e capacità particolare di trasmettere tutto ciò attraverso un sorriso coinvolgente, una erre moscia che la carat-

terizza e un fisico "burroso". E in barba alla moda delle diete, alla "prova costume" che la fa inorridire e alla schiavitù creata dai media che ci vogliono, noi donne, tutte magrissime, lei fa della sua "abbondanza" la carta vincente nella vita e nello spettacolo. Quei chili in più che si porta dietro con disinvoltata allegria e una certa sfacciata baldanza non le hanno impedito di diventare un'attrice di successo. La intervistiamo per sapere com'è la vita di una donna *curvy*.

"Show! Tutti insieme abbondantemente", il titolo del suo spettacolo, è una specie di sfida alle taglia 38 o un consiglio alle signore un po' in carne a prendere la vita con buonumore?

Bisogna imparare a volersi bene, amarsi che significa anche rispettarci. Si è quello che si è e la bellezza non è per forza quella delle modelle come non è obbligatorio fare una dieta. Tutti noi, tutte noi abbiamo la capacità di essere particolari, la bellezza si trova anche nei difetti quando questi diventano una caratteristica. L'importante è essere sempre unici ed è questo che ci rende particolari e quindi anche belli.

È inutile negare però che c'è una forma di razzismo, più o meno serpeggiante, nei confronti delle donne grassottelle. E nel mondo dello spettacolo ancora più che altrove.

Nel mio spettacolo ho voluto con me un gruppo, "The Pagnottelle Ballet" (un quartetto di cantanti-ballerine "in carne" generose nel fisico e nella voce), deliziose e bravissime ragazze che tirano fuori salute da tutte le parti. Sanno ballare e cantare benissimo, ma sono arrivate solo penultime ad X Factor e il motivo l'ha spiegato un grande cantante come Enrico Ruggeri: ha detto che erano troppo grasse. **Parliamo di moda, altro problema per chi non entra negli abitini striminziti o nei jeans fascianti che propongono le vetrine.**

Io per fortuna sono vestita magni-

ficamente da una grande costumista. Ma indubbiamente esiste il problema dell'imitazione soprattutto da parte delle ragazzine verso le modelle che si vedono in passerella o sulle riviste. Chi ha qualche rotondità si sente diversa già da molto giovane. Imparare ad accettarsi è il primo passo.

Ma forse qualcosa sta cambiando se una modella, Elisa D'Ospina, 27 anni e una taglia 48 sexy e piena zeppa di fascino, si è rifiutata di dimagrire, e di incassare un cospicuo assegno, per pubblicizzare una pillola che aiuta a perdere peso. Prossima protagonista (la prima italiana) del "Full Fashion Figured Week" di New York, la più grande manifestazione del mondo "plus size", Elisa è da sempre impegnata in battaglie contro l'anoressia portando la sua testimonianza anche nelle scuole dove alle ragazze dice che invece di una pillola è meglio una buona pastasciutta. "Sono d'accordo, - dice la Laurito, direttrice artistica di una manifestazione (PastaTrend) che promuove l'alimento simbolo della buona cucina italiana nel mondo - io non potrei mai rinunciare alla pasta che è anche alla base della dieta mediterranea, vuoi vedere che oltre ad

essere buona fa anche bene? Fondamentalmente noi donne dobbiamo riappropriarci del nostro corpo e della bellezza mediterranea, evitando di aspirare ad un modello simile alle anoressiche indossatrici delle sfilate".

Pensa sia questo il motivo del grande successo di un genere di spettacolo come il Burlesque (approdato anche in televisione) dove le artiste che si esibiscono devono esporre abbondanza di curve?

È il piacere di tornare a giocare con l'idea di seduzione senza volgarità. La filosofia del Burlesque è che la seduzione appartiene a tutte le donne, grasse e magre, belle ma anche bruttine e soprattutto senza limiti d'età. Una sensualità che è quasi una terapia. •



Marisa Laurito

ed esposizioni in Italia

a cura di Anna Leyda Cavalli

GLI IRRIPETIBILI ANNI '60. UN DIALOGO TRA ROMA E MILANO

ROMA – fino al 31 luglio 2011
L'esposizione rende omaggio alla stagione artistica sviluppatasi tra la fine degli anni '50 e la metà degli anni '60 tra Roma e Milano, città protagoniste della scena artistica nazionale.

*Museo Fondazione Roma
Palazzo Cipolla
telefono: 06 39967888
www.fondazioneromamuseo.it*

VANITAS. LOTTO CARAVAGGIO GUERCINO NELLA COLLEZIONE DORIA PAMPHILJ

ROMA
fino al 25 settembre 2011
Il tema centrale di questa magnifica mostra è la caducità delle cose terrene attraverso le opere di pittori quali Lorenzo Lotto, Jusepe de Ribera, Caravaggio, Mattia Preti, Domenico Fetti, Andrea Sacchi.

*Palazzo Doria Pamphilj
telefono: 06 6797323*

LA RIVOLUZIONE DELLO SGUARDO. CAPOLAVORI IMPRESSIONISTI E POST IMPRESSIONISTI DEL MUSÉE D'ORSAY

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

*Mart Rovereto
telefono: 800397760
www.mart.trento.it*

ANTONIO LIGABUE. GENIO E FOLLIA TRAVERSETOLO (PR)

fino al 26 giugno 2011
La mostra proporrà un'ampia selezione di dipinti, un nucleo di disegni e di incisioni ed alcune delle sculture realizzate con il fango del Po che l'artista masticava a lungo per renderlo duttile.

*Fondazione Magnani Rocca
telefono: 0521 848327*

CENTOCINQUANT'ANNI D'ARTE. DA FATTORI A MORANDI A FONTANA

TRIESTE – fino al 31 agosto 2011
Nelle sue linee essenziali la mostra sarà un excursus delle principali correnti artistiche italiane che si sono venute a realizzare nel corso del XIX e XX secolo.

*Castello di Miramare
telefono: 040 224143
www.castello-miramare.it*

PERMANENTLY BECOMING. JULIAN SCHNABEL AND THE ARCHITECTURE OF SEEING

VENEZIA – fino al 27 novembre 2011
Importante rassegna dedicata a Julian Schnabel, celebre artista newyorkese dal poliedrico spirito creativo con 40

opere che ne ripercorrono la carriera artistica dagli anni '70 ad oggi.

*Museo Correr
telefono: 041 42730892*

TAMARA DE LEMPICKA. LA REGINA DEL MODERNO ROMA

fino al 12 luglio 2011
Esposti novanta dipinti e trenta disegni che ripercorrono il cammino artistico della pittrice polacca, ma anche cinquanta fotografie che la ritraggono nelle vesti di diva del cinema anni Trenta e tredici dipinti di artisti polacchi che la pittrice frequentò in Francia e Varsavia.

*Complesso del Vittoriano
telefono: 06 6780363*

IMPRESSIONISTI. CAPOLAVORI DELLA COLLEZIONE CLARK MILANO

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

*Palazzo Reale
telefono: 199500200
www.impressionistmilano.it*

GIAMBATTISTA TIEPOLO. IL GIOVANE TIEPOLO. LA SCOPERTA DELLA LUCE UDINE

fino al 4 dicembre 2011
L'esposizione sarà volta a ricostruire attraverso le opere maggiormente significative il periodo giovanile dell'attività di Tiepolo.

*Civici Musei e Gallerie
di Storia e Arte
Castello di Udine
telefono: 0432 271591*



Antonio Ligabue, "Tigre assalita dal serpente", olio su faesite, cm 66 x 80



QUANDO POTRÒ ANDARE IN PENSIONE?

Gentile Presidente Parodi,
richiedo notizie sulle possibilità future del mio pensionamento, in particolare quando potrò accedere al collocamento pensionistico come MMG. Oltre che alla data nota dei 65 anni, anche prima se possibile e quando, considerando i miei anni di laurea e di contribuzione. Se possibile gradirei sapere a quanto ammonterà la mia pensione se scelgo di andare prima dei 65 anni. Specifico che non ho riscattato gli anni di laurea, che mi sono convenzionato come medico Inam nel gennaio 1978 e da allora ho sempre mantenuto la convenzione come MMG, ho coperto contemporaneamente alla convenzione la carica di medico condotto interino e ufficiale sanitario dal 1978 al 1980, successivamente passato come ex medico condotto alla USL come interino dal 1980 al 1984 e successivamente a ruolo dal 1980 al 1989.

Ho richiesto nel 2009 all'INPDAP il trasferimento della mia posizione assicurativa all'ENPAM onde ricongiungere i versamenti pensionistici in un unico Ente, da cui sto ancora aspettando risposta per decidere il da farsi. Sulla decisione di lasciare, visto lo svilimento della professione con l'aumento della burocrazia sempre più pressante, purtroppo per ora pesa il sicuro pesante taglio dello stipendio mensile, dovendo mantenere ancora due figli a studiare, per cui sto cercando di ben valutare la situazione da oggi al prossimo futuro. Grazie per l'attenzione, cordiali saluti

(lettera firmata)

Caro Collega,

le vigenti norme regolamentari consentono l'accesso al trattamento di quiescenza all'iscritto che al compimento del 58° anno di età abbia maturato una anzianità contributiva effettiva o riscattata, ovvero ricongiunta a norma della legge n. 45/1990, non inferiore a 35 anni; è necessario, inoltre, aver conseguito da almeno 30 anni il diploma di laurea in medicina e chirurgia.

A seguito di una analisi della tua posizione contributiva in essere presso il Fondo Medici di Medicina Generale è emerso che, in assenza di operazioni di riscatto, raggiungerai l'anzianità contributiva prescritta per il collocamento a riposo nel mese di dicembre 2012. Tuttavia, in applicazione della legge n. 449/97, la rendita pensionistica anticipata de-

correrebbe dal 1° luglio 2013, prima finestra utile di uscita. Supponendo, pertanto, la cessazione dell'attività professionale svolta in convenzione con gli Istituti del S.S.N. alla suddetta data, l'ammontare del trattamento pensionistico che percepiresti è quantificabile in circa euro 2.900,00 lordi mensili. Nel caso decidessi di convertire in capitale il 15% della pensione maturata, come consentito dalle vigenti norme regolamentari, ti verrebbe erogata una indennità pari a circa euro 72.000,00 al lordo delle ritenute fiscali congiunta ad una rendita pensionistica, lorda mensile, ammontante a circa euro 2.500,00.

Ove decidessi di proseguire l'esercizio in convenzione della medicina generale fino al compimento del 65° anno di età, la pensione ammonterebbe a circa euro 3.600,00 lordi mensili. In caso di trattamento misto, l'indennità in capitale ammonterebbe a circa euro 79.000,00 e la pensione residua sarebbe pari a circa euro 3.000,00 lordi mensili.

Ti preciso che i suddetti importi sono stati determinati sulla base dei contributi riferiti all'ultimo quinquennio di attività professionale, supponendo una contribuzione costante fino alle date indicate. Gli stessi non sono ovviamente comprensivi della maggiorazione derivante dalla operazione di ricongiunzione, rispetto alla quale gli Uffici competenti provvederanno a sollecitare nuovamente l'INPDAP all'invio dei dati contributivi necessari all'effettuazione dei calcoli.

Sulla base dei dati contenuti nella tua nota, ti preciso che l'eventuale trasferimento presso il Fondo Medici di Medicina Generale dei contributi attualmente giacenti presso il suddetto Ente pubblico, coincidenti con quelli già accreditati, aumenterebbe l'ammontare della futura rendita pensionistica ma non l'anzianità contributiva utile al conseguimento della stessa.

Nel merito, ti informo che non appena in possesso dei tabulati contenenti i necessari dati contributivi, gli Uffici provvederanno ad effettuare i calcoli e ad inviarti una lettera di proposta, in cui oltre all'eventuale onere da sostenere, ti verranno dettagliatamente illustrati i benefici pensionistici connessi con l'operazione di ricongiunzione; qualora dovessi giudicare non convenienti le condizioni rappresentate, hai facoltà di non dare alcun seguito al procedimento. Devo precisarti, da ultimo, che a fronte di eventuali modifiche della normativa previdenziale di riferimento, le proiezioni sopra rappresentate potrebbero subire variazioni. E' pertanto opportuno che tu proceda, prima della cessazione del rapporto in convenzione, ad una ulteriore verifica

presso il Servizio competente alla erogazione della pensione, al fine di accertare sia la sussistenza del diritto che la esatta misura della prestazione. Ne consegue che la presente informativa non deve ritenersi comunque impegnativa per la Fondazione.

Colgo l'occasione per salutarla cordialmente.

Eolo Parodi



QUANTO PRENDERÒ DI PENSIONE?

Illustre Presidente,
sono nato nel 1951, laureato nel 1976 ed iscritto all'ordine dal 1977, ho prestato servizio come assistente di ospedale pubblico dal '77 all'85, ed ho avuto la restituzione dei contributi INADEL, passando poi all'attività privata. Tuttora sono libero professionista presso un istituto clinico convenzionato; pago quindi, dalla sua creazione, la Quota B percentuale, oltre ovviamente alla Quota A. Ho anche alcuni anni di contribuzione come specialista ambulatoriale.

Vorrei sapere a quanto corrisponderà il trattamento pensionistico al compimento del 65° anno.

Inoltre, se dovessi cessare l'attività prima di tale età, potrei continuare a versare la Quota massima B, in forma volontaria?

Grazie per l'attenzione e cordiali saluti.

(lettera firmata)

Caro Collega,
sulla posizione in essere presso il Fondo di Previdenza Generale sono accreditati i contributi dovuti alla Quota A sin dalla data di iscrizione all'Albo professionale, emessi a mezzo di ruoli esattoriali. Sono presenti, altresì, quelli affluenti alla Quota B, che versati in virtù del reddito scaturito dall'esercizio della libera professione, ove questo risulti maggiore di quello virtuale già assoggettato alla Quota A.

Ti rammento che i suestipiti versamenti sono dovuti, ex lege, fino, almeno, al compimento del 65° anno di età, atteso che il Fondo in questione non contempla l'erogazione delle prestazioni per anzianità.

Pertanto, una tua eventuale cessazione dell'attività, se non accompagnata dalla cancellazione dall'Albo non ti esonererebbe dall'obbligatorietà dei versamenti alla Quota A. I contributi di Quota B, invece, in assenza di reddito da attività privata, non sono dovuti né possono essere versati su base volontaria.

Considerato quanto fin qui esposto, sono state effettuate le stime degli importi pensionistici cui avresti diritto, in costanza di contribuzione, all'atto della quiescenza.

Per la Quota A, il rateo mensile è risultato pari a circa euro 300,00 lordi.

In merito alla Quota B è stato proiettato al 2016 l'ultimo versamento memorizzato, con le vigenti aliquote di contribuzione del 12,50% e dell'ulteriore 1%. Ne è scaturito un trattamento di circa euro 1.800,00 lordi mensili.

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

Ti confermo, infine, che risultano accreditati a tuo nome contributi presso il Fondo degli Specialisti Ambulatoriali, per un totale euro 9.393,78.

Tali versamenti, effettuati, con periodi di interruzione, tra il 1978 ed il 1997, ti consentiranno di fruire di un'ulteriore esigua pensione, che maturerai anch'essa al compimento del 65° anno di età.

Ti saluto cordialmente.

E. P.



UNA SERIE DI QUESITI

Egregio Presidente,
laureata nel 1978 sono iscritta all'Ordine dal 1978. Mi sono specializzata in Clinica Pediatrica nel 1981. Dal 1979 al 1982 ho lavorato come medico scolastico e come assistente ospedaliero. Dall'ottobre 1982 svolgo attività di pediatra di famiglia. Vorrei sapere quando potrei andare in pensione tenendo conto che

sono nata nel 1952; a quanto ammonterebbe la pensione mantenendo costante l'attuale contribuzione sino all'età della pensione. I contributi della medicina scolastica risultano versati?

Cara Collega,
sulla posizione previdenziale in essere presso il Fondo dei Medici di Medicina Generale risultano accreditati contributi, dall'ottobre 1982 al novembre 2010, pari ad euro 305.645,25.

In costanza di contribuzione potrai usufruire esclusivamente del trattamento di vecchiaia, a decorrere dal compimento del 65° anno di età. Prima di detta data, infatti, la tua posizione non soddisferà i prescritti requisiti per il collocamento a riposo per anzianità.

È stata, quindi, effettuata una stima che ha determinato, a 65 anni, un rateo mensile di quiescenza pari ad euro 4.700,00 lordi. Non è possibile quantificare in questa sede l'importo netto della pensione sopra ipotizzata, in quanto tale dato scaturirà dell'aliquota fiscale applicata in ragione della concorrenza dei redditi prodotti all'atto del pensionamento.

In ordine ai tuoi ulteriori quesiti ti informo che presso i Fondi Speciali dell'ENPAM non risultano memorizzati versamenti antecedenti l'anno 1982.

Ti faccio presente che, per effetto di eventuali modifiche della normativa di riferimento, l'ipotesi rappresentata potrebbe subire variazioni.

Ti saluto cordialmente.

E. P.

12 milioni di francobolli per Giovanni Paolo II

a cura di
Gian Piero Ventura Mazzuca (*)

È davvero incredibile come la filatelia tocchi le più diverse tematiche. Se nella scorsa rubrica abbiamo raccontato dei viaggi dell'uomo nello spazio profondo, questa volta andiamo invece nel più profondo della spiritualità, con le emissioni avvenute per commemorare Beato Giovanni Paolo II, Venerabile Servo di Dio. La beatificazione è avvenuta solo sei anni dopo la sua morte, un fatto eccezionale calcolando le regole della Santa Sede, queste prevedono infatti che debbano passare cinque anni dalla morte per avviare il processo. Tuttavia Papa Be-



nedetto XVI, riconoscendo la "fama di santità" che aleggiava intorno a Karol Wojtyła quando ancora era in vita, ha deciso di avviare tale processo già a partire da poche settimane dopo il suo decesso. Infatti è stato ufficialmente riconosciuto come un miracolo avvenuto per sua intercessione, la guarigione della suora francese Marie Simon Pierre Normand dal morbo di Parkinson, proprio la malattia che ha dato immani sofferenze all'ex Pontefice. Lo Stato della città del Vaticano propone una serie filatelica composta da un francobollo, inserito in un minifoglio da 6, realizzato dall'artista polacca Marzanna Dabrowska. Per questa speciale occasione verrà emesso anche un folder che contiene il minifoglio, una stamp&coin card e una busta obliterata con

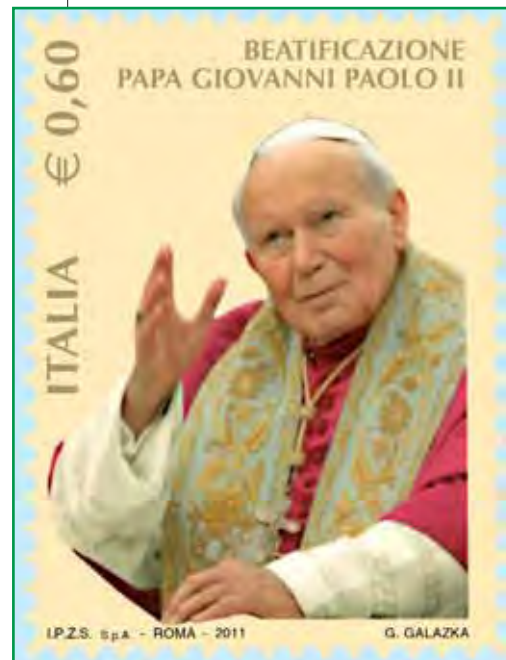
l'annullo figurato recante la data del 1° maggio. L'Italia offre invece un francobollo con una vignetta realizzata dal fotografo Grzegorz Galazka l'8 dicembre 1998, in occasione della Benedizione della statua della Vergine Immacolata in Roma. "Al francobollo - ha commentato Giovanni Ialongo, Presidente di Poste Italiane - affidiamo il compito di tramandare la memoria di un Pontefice dalla voce autorevole e coraggiosa, che ha saputo diffondere l'attualità e l'universalità del messaggio evangelico in tutto il mondo. La beatificazione di Papa Giovanni Paolo II rappresenta dunque un momento ricco di significato per l'intera collettività, Poste

Italiane è perciò orgogliosa di contribuire alle celebrazioni attraverso questa emissione".

Questa è acquistabile presso tutti gli uffici postali e sportelli filatelici sparsi sull'intero territorio nazionale. Incredibile però un dato tecnico del valore: solitamente i francobolli sono stampati cadauno tre i due e mezzo ed i quattro milioni di copie, per Papa Wojtyła ne sono stati invece "tirati" ben dodici milioni!

Scelta completamente diversa quella effettuata del Sovrano Militare Ordine di Malta. L'ufficio filatelico melitense infatti, invece del francobollo, ha proposto una cartolina postale numerata, di cui sono in vendita solo 5 mila esemplari... •

(*) gp.ventura@enpam.it





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

I medici possono essere chiamati a rispondere di omicidio colposo se dimettono dall'ospedale pazienti a rischio che poi muoiono. Lo ha stabilito la Corte di Cassazione con la sentenza n. 8254 del 2 marzo 2011 che ha accolto il ricorso della Procura di Milano contro l'assoluzione "perché il fatto non costituisce reato" di un medico dell'ospedale di Busto Arsizio, che aveva dimesso un paziente, con esiti di recente infarto esteso del miocardio, a nove giorni di distanza dall'intervento di angioplastica all'arteria anteriore.

L'uomo era deceduto poche ore dopo essere stato dimesso. Il sanitario si era difeso dicendo di essersi attenuto "scrupolosamente alle linee guida", ma secondo la Suprema Corte, questo non basta a liberarsi dalle responsabilità. Le linee guida, sottolinea la Cassazione, possono "legittimamente" essere "ispirate anche a logiche di economicità di gestione", ma "il medico deve perseguire un unico fine: la cura del

malato utilizzando i presidi diagnostici e terapeutici di cui al tempo dispone la scienza medica, senza farsi condizionare da esigenze di diversa natura". Nel praticare la professione il medico deve, con scienza e coscienza, perseguire un unico fine: la cura del malato, utilizzando i presidi diagnostici e terapeutici di cui al tempo dispone la scienza medica, senza farsi condizionare da esigenze di diversa natura, da disposizioni, considerazioni, valutazioni, direttive che non siano pertinenti rispetto ai compiti affidatigli dalla legge ed alle conseguenti relative responsabilità.

Fermo restando il valore di tali regole o protocolli come indicazioni generali riferibili ad un caso astratto, permane comunque per il medico la necessità di valutare specificamente il caso affidato al suo giudizio, di rilevarne ogni particolarità, di adottare le decisioni più opportune, anche discostandosi da quelle regole. La piena autonomia del sanitario nella scelta dei più opportuni presidi diagnostici e terapeutici è, peraltro, prevista nello stesso codice deontologico sanitario.

I principi fondamentali che infatti regolano l'esercizio della professione me-

dica, richiamano, da un lato, il diritto fondamentale dell'ammalato di essere curato ed anche rispettato come persona, dall'altro, i principi dell'autonomia e della responsabilità del medico, che di quel diritto si pone quale garante, nelle sue scelte professionali.

Il richiamo al rispetto di quel diritto e di quei principi è assoluto, nella legge, sotto tutti i punti di vista, avendo, peraltro, il primo, rilievo costituzionale ed essendo stato ripetutamente oggetto di interventi del giudice delle leggi che ne hanno ribadito il significato ed il valo-

re sotto ogni possibile profilo.

Il rispetto delle "linee guida", quindi, assunto nel caso di specie quale parametro di riferimento della legittimità della decisione di dimettere dall'ospedale il paziente e di valutazione della condotta del medico, nulla può aggiungere o togliere al diritto del malato di ottenere le prestazioni mediche più appropriate né all'autonomia ed alla responsabilità del medico nella cura del paziente. •

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



Organi Collegiali

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

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

COMITATO ESECUTIVO

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

COLLEGIO SINDACALE

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



Cesare Bianchini dg Real Estate srl

Dal primo aprile di quest'anno Cesare Bianchini è diventato il nuovo direttore generale dell'Enpam Real Estate S.r.l., la società che si occuperà di gestire buona parte del patrimonio immobiliare della nostra Fondazione. Una scelta, quella di Bianchini, che ha riscosso

un notevole plauso non solo all'interno dell'Enpam, anche perché il nostro funzionario viene da lontano.

Cesare Umberto Bianchini è nato il 16 ottobre 1947 a Castenedolo (BS). Nel 1972 si è laureato in giurisprudenza e, cinque anni dopo, ha ottenuto l'abilitazione all'esercizio di avvocato. In seguito a un concorso pubblico fu assunto all'Enpam il primo maggio 1974. Fin dall'inizio fu inserito nell'organigramma del Servizio Patrimonio Immobiliare con compiti di responsabilità. In questo settore ricoprì i ruoli di dirigente e direttore di divisione sino al 2004 anno in cui fu chiamato a dirigere il Dipartimento della Ragioneria dove rimase per oltre un anno finché fu nominato alla guida del Dipartimento delle Risorse Umane che, grazie anche a lui, ha vissuto negli scorsi anni grossi cambiamenti in termini organizzativi, con l'introduzione di nuovi e innovativi strumenti di analisi e programmazione del lavoro.

E' con un sentimento di amicizia e di stima che il nostro Giornale saluta Cesare e si complimenta per la significativa promozione alla guida di uno dei settori tra i più importanti della Fondazione Enpam.

Il nuovo Consiglio di amministrazione dell'Enpam Real Estate, è risultato così composto: presidente il dr. Alberto Oliveti e vice presidente il prof. Eolo Giovanni Parodi. Consiglieri i dottori Alessandro Innocenti, Arcangelo Lacagnina, Roberto Lala, Giovanni Pietro Malagnino, Eliano Mariotti, Giacomo Milillo, Gian Mario Santamaria, Antonio Luigi Sulis. Direttore generale l'avvocato Cesare Bianchini, direttore tecnico l'ing. Marcello Maroder.

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

IL GIORNALE DELLA PREVIDENZA DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

PERIODICO INFORMATIVO DELLA FONDAZIONE ENPAM

Editore: Fondazione ENPAM

DIREZIONE E REDAZIONE

Via Torino, 38 - 00184 Roma

giornale@enpam.it

Direttore: EOLO PARODI

Direttore responsabile: GIULIANO CRISALLI

PROGRAMMAZIONE E COORDINAMENTO REDAZIONALE

Carlo Ciocci

email: c.ciocci@enpam.it

CULTURA

Claudia Furlanetto

email: c.furlanetto@enpam.it

CONGRESSI, CONVEGNI E CORSI

ARCHIVIO E DOCUMENTAZIONE

Andrea Meconcelli: Tel. 06 48294513

Fax 06 48294260/793

email: congressi@enpam.it

SCIENZA E SOCIETÀ

Andrea Sermoni

email: andrea.sermoni@gmail.com

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Paola Boldregghini: Tel. 06 48294258 - Fax 06 48294260

email: giornale@enpam.it

Foto: Archivio ENPAM - THINKSTOCK

MENSILE - ANNO XVI - N. 5

DEL 23/05/2011

**Di questo numero sono
state tirate 451.941 copie**

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

Stampa: COPTIP Industrie Grafiche

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

tel: 059 312500 - fax: 059 312252

email: centralino@coptip.it

Servizio Accoglienza Telefonica

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

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

NOTIZIE FLASH

Quota A – riscossione contributo 2011

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

In caso di smarrimento o mancato ricevimento dell'avviso deve essere inoltrata ad Equitalia Esatri S.p.A., tramite fax al numero **02.6416.6617** o all'indirizzo e-mail **tax-tel@equitaliaetr.it**, un'apposita richiesta completa di nome, cognome, codice fiscale, indirizzo, recapito telefonico, accompagnata da copia di un valido documento di identità.

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

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

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 deve essere presentato alla propria banca bensì trasmesso direttamente ad Equitalia Esatri S.p.A.;
- l'iscritto che aderirà al servizio di domiciliazione bancaria non dovrà pagare alcuna rata, compresa quella con scadenza 30 aprile. I contributi saranno automaticamente addebitati in conto corrente alla scadenza delle rate previste o in unica soluzione;
- per il servizio offerto, la commissione richiesta è di euro 2,07 per ogni addebito;
- a coloro che hanno aderito al servizio di domiciliazione bancaria nel 2010, Equitalia Esatri S.p.A. invierà, in tempo utile per gli adempimenti fiscali, un riepilogo annuale dei versamenti effettuati;
- gli utenti registrati presso il portale **www.enpam.it**, accedendo all'Area riservata, potranno reperire direttamente un duplicato della certificazione dei pagamenti effettuati mediante RID;
- le eventuali variazioni successive alla trasmissione riguardanti il codice Iban dovranno essere segnalate a Equitalia Esatri S.p.A. – Ufficio RID a mezzo fax al n. 02.6416.6619 oppure alla casella rid@equitaliaesatri.it, indicando il codice fiscale dell'intestatario dell'avviso.

Quota B – redditi professionali 2010

Obbligo contributivo e termini di presentazione: i professionisti iscritti all'E.N.P.A.M. sono tenuti a comunicare il reddito derivante dall'esercizio della professione medica e odontoiatrica prodotto nel corso dell'anno 2010

entro il **31 luglio 2011**. Tale dichiarazione può essere effettuata utilizzando il **modello D 2011 recapitato al domicilio degli iscritti entro il mese di giugno 2011**.

Mancato ricevimento modello D personalizzato: coloro che non sono in possesso del modello D personalizzato possono utilizzare il "modello D generico" disponibile sul sito www.enpam.it, presso la sede dell'E.N.P.A.M. in Roma, via Torino n. 98 (II piano) o presso l'Ordine provinciale di appartenenza.

Invio modello D cartaceo: la dichiarazione deve essere spedita **esclusivamente** a mezzo raccomandata semplice alla *Fondazione E.N.P.A.M., Casella postale n. 13100, 00185 Roma*.

Invio modello D in ritardo: in caso di invio del modello D oltre il termine del **31 luglio 2011** 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 2011** dagli iscritti in possesso di altra copertura previdenziale obbligatoria ovvero dai titolari di un trattamento pensionistico obbligatorio.

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 2011**, nell'apposito riquadro del 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'E.N.P.A.M., con **delibera n. 53/2009**, visto il quadro giuridico di riferimento ed al fine di evitare possibili contenziosi con la Gestione Separata dell'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 ed esplicherà i propri effetti successivamente alla relativa 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!