

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



©Fabio Cimaglia/Ag. Sintesi

Rita Levi Montalcini, premio Nobel per la medicina 1986 insieme all'americano Stanley Cohen, durante la consegna della Croce di Grande Ufficiale della Legione d'onore all'Accademia di Francia a Roma, il 5 dicembre 2008

2 **PARODI**
**Tra ieri
e oggi,
sempre domani**

10 **CONSULTE**
**Ecco
i nomi
degli eletti**

POLIZZA SANITARIA
**Prorogata
la scadenza
al 31 luglio**

periodico

DCOER0953 Omologato

Posteitaliane

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

un futuro di certezze.

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

Sei giovane? sfrutta la capitalizzazione!

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

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

Come pagare MENO TASSE

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

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



Per aderire:

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



FondoSanità

PER INFORMAZIONI:

Tel. 06 48294333 Sig.ra DANIELA BRIENZA

Tel. 06 48294337 Sig.ra PAOLA CINTIO

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

www.fondosanita.it

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

PROROGA POLIZZA SANITARIA

Per chi ha dimenticato di pagare il bollettino Mav relativo alla polizza sanitaria, o per chi non lo avesse ricevuto, la compagnia UniSalute, da noi sollecitata, ha concesso una proroga per i pagamenti **al 31 luglio 2010**

SOMMARIO

IL GIORNALE DELLA
Previdenza
dei Medici e degli Odontoiatri

in questo numero

2	Tra ieri e oggi, sempre domani
3-4	Federspev
5	Decreto non "utile" per l'Enpam
6	Avvenire Enpam: punti fondamentali
7	Medici giovani e previdenza
8-9	Opportunità previdenziali
9	Maternità e lavoro
10-11	Comitati consultivi: gli eletti
12-13	L'intervista/1 Sport e adolescenti
14-15	L'intervista/2 Allergia al latte vaccino
16-17	L'intervista/3 Laparoscopia, hi-tech in urologia
18-19	L'intervista/4 Geriatria, attualità e prospettive
20-21	Prevenzione ginecologica nella donna militare
22-23	Tumori e tiroide
24-25	Quando Morfeo ci abbandona
26-27	Medici illustri: Gerolamo Cardano
28-29	Sanità in Romania
30-31	Emergenze

32	Accadde a... Luglio
33-37	Congressi, convegni, corsi
38-39	Viaggi e salute
40-41	In editoria
42-43	Recensioni libri
44-45	Centocinquanta anni di Unità nazionale
46-47	Charleston e la sua storia
48-49	Un comico... losco
50	Cinema, come nasce una star
51	Musica, Umberto Bindi
52-53	I prodigi di Giovanni Battista Pergolesi
54-55	Leggere un quadro
56	Mostre ed esposizioni in Italia
57	Joan Mirò in quattro sedi museali
58-61	Lettere al Presidente
62	Filatelia
63	L'avvocato
64	Volontariato CRI "a regime"

IN COPERTINA



Rita Levi Montalcini, scienziata e senatrice dal 2001, è stata insignita del Premio Nobel per la medicina insieme all'americano Stanley Cohen nel 1986. È socia nazionale dell'Accademia dei Lincei per la classe delle scienze fisiche. Figlia di Adamo Levi e della pittrice Adele Montalcini, sorella di Gino, scultore e architetto e Anna, Rita nacque a Torino nel 1909 insieme alla sorella gemella Paola nota pittrice deceduta nel 2000. Laureatasi in medicina, ebbe come compagni di università Salvatore Luria e Renato Dulbecco. Rita si laureò con il massimo dei voti nel 1936. Le leggi fasciste la costrinsero ad emigrare dapprima in Belgio da dove, nel 1940, tornò a Torino. Si rifugiò poi a Firenze dove entrò in contatto con le forze partigiane e poi divenne medico delle Forze alleate (1944). Nel 1947 riceve l'invito di recarsi alla Washington University di Saint Louis per studiare i problemi legati alla neuro genesi. Rimane in Usa sino al 1977, ma già dal 1961 faceva la spola tra l'America e l'Italia. Il Nobel le fu assegnato insieme a Cohen per la loro "scoperta dei fattori di crescita"

Tra ieri e oggi, sempre domani



di Eolo Parodi

Quando riceverete questo numero del Giornale della Previdenza sarà già noto l'esito delle elezioni per il rinnovo degli organi statutari dell'Enpam.

Perciò oggi, a distanza di giorni da quella consultazione, posso rivolgermi a voi, care colleghe e cari colleghi, per riassumere un po' la situazione che si è registrata dopo diciassette anni di mia attività. Un lungo periodo a volte, come molti di voi ricorderanno, assai tormentato. Siamo però riusciti a venirne fuori e, consentitemelo, a testa alta.

Come ho avuto modo di annunciare in diversi dibattiti pubblici, e su que-

sto giornale (non dimentichiamoci che è il più diffuso dell'area medica) l'Enpam è diventata la Fondazione privata più importante nel panorama previdenziale italiano. Certo i gufi continuano ad occhieggiare sugli alti rami, ma noi siamo riusciti e riusciremo a tenerli lontani. Perché tutto questo? Lasciatemelo dire: i successi, i notevoli annuali passi in avanti del nostro Ente, sono certamente dovuti alla vostra solidarietà ma anche a coloro che sono stati al mio fianco. Alludo, prima di tutto, ai due vice presidenti, al Consiglio di Amministrazione, al Collegio sindacale, ai Comitati consultivi e poi, a coloro che quotidianamente vivono accanto a me l'evoluzione dell'Enpam: parlo dei "dipendenti", guidati dal direttore generale, punto di riferimento costante per tutti, dal più alto in grado all'ultimo della scala; a tutti loro devo lodi e riconoscenza.

Sono purtroppo al corrente, l'ho evidenziato per anni, che alcuni colleghi, le tante vedove, i figli, vivono in situazioni precarie. Cerchiamo di aiutarli ma in questi tempi difficili non è impresa da poco. Molti



colleghe versano in preoccupanti condizioni di salute, di altri, purtroppo, ci è rimasto solo l'indelebile ricordo. Anche pensando a loro dobbiamo continuare a percorrere la lunga stra-

da che tutti insieme abbiamo tracciato. Il lavoro, lo dico ricorrendo anche a Voltaire, allontana da noi tre grandi mali: la noia, il vizio e il bisogno.

Un abbraccio a tutti. •

Dignità dei pensionati e loro diritti



Tantissimi gli iscritti alla Federazione che hanno partecipato al 47° Congresso Nazionale. Il programma, articolato in tre giorni, ha toccato le problematiche previdenziali irrisolte anche alla luce dell'austerità della manovra economica

di Eumenio Miscetti (*)

Si è tenuto a Caserta, nel mese appena passato, il 47° Congresso Nazionale della Federspev, la federazione di sanitari pensionati e vedove di cui sono presidente. Il tema che è stato prescelto quest'anno: "Per i pensionati dignità di vita e riconoscimento dei loro diritti" ha attratto, anche in virtù della sua carica emotiva, al Grand Hotel Vanvitelli della città campana, una folta rappresentanza, proveniente da tutte le province italiane, di medici, farmacisti e veterinari pensionati iscritti alla nostra Federazione. Sul tappeto (con-

gressuale) rilanciati e dibattuti i problemi previdenziali di ieri (che attendono ancora una soluzione) e di oggi che, senza scomodare i futurologi, è facile immaginare destinati a restare insoluti (ma non ce lo auguriamo e combatteremo per affermare i nostri diritti) anche in considerazione delle misure di austerità annunciate dall'attuale manovra economica. I congressisti, in particolare, hanno sottolineato la progressiva (e, ormai, cronica) perdita del potere di acquisto dell'assegno previdenziale, dovuta al sistema di (s)perequazione automatica delle pensioni in vigore e aggravata dal carovita, che

avvicina sempre più anche i pensionati appartenenti al ceto medio (a torto, considerato agiato) alle soglie della povertà. Su questo ed altri fronti la Federspev da lungo tempo è impegnata a sollecitare i necessari interventi operativi a tutto campo (giuridico, sociale, etico, ecc.) per ridare smalto al presente opaco (e al futuro incerto) di tutti i pensionati. Non di rado, le nostre proteste sono rimaste inascoltate. A tal proposito credo che, nelle ultime elezioni amministrative, il gran numero di astenuti sia stato in buona parte alimentato proprio dai pensionati insoddisfatti le cui legittime richie-

ste vengono ignorate con sistematica e crudele indifferenza. Vorrei ricordare altresì che alcuni giornali sindacali, in quell'occasione, hanno invitato esplicitamente all'astensione. La Federspev non l'ha fatto, ma... Torniamo al nostro Congresso. Il programma si è articolato in tre giorni molto intensi tra spunti, riflessioni e dibattiti, l'assegnazione dei rituali premi studio a cinque orfani di sanitari e dei premi letterari, la conferenza tenuta dal nostro consulente Paolo Quarto in materia fiscale e quella tenuta da Renato Ponzoni su "Longevità e invecchiamento: quo vadis homo sapiens?", nonché la Tavola rotonda, diventata l'appuntamento clou del nostro incontro annuale.

I saluti delle Autorità. Alla giornata inaugurale, accolti anche dalla nostra presidente casertana Assunta Mero-la, sono intervenuti i presidenti degli ordini provinciali dei medici, dei farmacisti e dei veterinari, Antonio Manzi (che ha delegato Gabriella D'Ambrosio), Ferdinando Foglia e Mario Campofreda, gli assessori alla Sanità e al Turismo, entrambi medici, Ferdinando Piscitelli e Arturo Gigliofiorito ed altre autorità. Non è mancato il rappresentante spirituale: don Elio Catorcio ha portato il saluto del vescovo di Caserta Monsignor Pietro Farina, un prelado noto per la sua attenzione ai sofferenti e alla Sanità.



I premi studio. Discipline in concorso: Medicina e Chirurgia, Farmacia, Veterinaria, Scienze Economiche e Giurisprudenza. Le commissioni esaminatrici coordinate da Ugo Tenchini hanno premiato Maria Teresa Cristiano, laureata in medicina e chirurgia *cum laude* nella storica università partenopea Federico II che ha presentato un lavoro unico sulla “Terapia funzionale delle fratture condilari: rivalutazione a distanza di (17) casi clinici” trattati presso il Primo Policlinico di Napoli nel Reparto di Chirurgia speciale odontostomatologica. È tinto di rosa anche il premio Federspev 2010 per la farmacologia che è andato alla messinese Valeria Cacciato. D’indubbia attualità la tesi sui “Far-

maci anabolizzanti”. E nessun dubbio sull’utilità della tesi sperimentale presentata dal veterinario torinese Diego Porrino sulla “Correlazione tra alcuni parametri ematici di allevamento, la gestione aziendale, l’alimentazione e l’ipofertilità nelle bovine lattifere ad alta produzione”. La crisi economica esplosa nel 2007 e le sue conseguenze sui sistemi finanziari internazionali è l’oggetto della tesi in Scienze economiche “Credit Crunch e Credit Default Swap Market” del dottore magistrale barese Francesco Porfido,

cervello laureato in Finanza a Perugia ma “scappato” a Barcellona. Un altro argomento molto in voga in questi tempi: “La segretezza della corrispondenza e le comunicazioni telematiche” è stato scelto dal dottore in giurisprudenza nisseno Francesco Salvatore Augello, laureato a Torino nel 2007, naturalmente con 110/110.

I premi letterari. Un caso singolare: per la prima volta nella storia della Federspev il premio dedicato agli scrittori viene attribuito ex equo ad un trio di medici: Romano Cataldo Forleo per il romanzo “L’uomo che curava le donne” (Feltrinelli), a Pasquale Russo che ha presentato “Dal camice al pigiama” (Edizioni Edar) e a Giuseppe Tormen con il suo “Una vita, molte vite” (Editrice Velar). Giuria composta da Tecla Caroselli, Carolina Bosco e Fernando Petrone.

La Tavola rotonda. Indicativo il titolo: “L’anziano: un peso o un’opportunità”. A questo momento di confronto sulle specificità e le potenzialità (spesso sottovalutate) della Terza età sono stati invitati ad esprimere il proprio punto di vista un rappresentante della Federspev, un sindacalista, un geriatra e un politico. Il nostro punto di vista è stato il-

lustrato dal segretario Michele Poerio, quello del sindacalista da Carlo Sizia past president della Cimo-ASMD e quello del geriatra da Raffaele Cerqua, docente alla Scuola di specializzazione in Gerontologia e Geriatria dell’Università degli Studi di Napoli “Federico II”. E il politico? Con amarezza abbiamo dovuto registrarne l’incomprensibile assenza. Nel ruolo di moderatore “un giovane di tarda età” Marco Perrelli Ercolini, nostro vice presidente e consigliere Enpam. Particolarmente apprezzata dall’uditorio la lucida e organica relazione di Carlo Sizia sulle (inesauribili) opportunità offerte dall’“esercito dei pensionati”, in costante crescita, un sistema nevralgico che distribuisce impulsi al corpo sociale del Paese: grandi contribuenti fiscali, all’uopo affettuosi baby sitter e tuttofare in ogni emergenza. È inevitabile, allora, che l’anziano da “opportunità” diventi un “peso” per ragioni facilmente immaginabili. Le nostre strutture socio sanitarie sono del tutto inadeguate. Eppure “l’anziano fragile, o disabile, può essere preso in carico” ha spiegato nel suo intervento il professor Cerqua che ha ipotizzato l’istituzione di una rete socio-sanitaria formata dal medico di Medicina generale, dall’Unità di valutazione geriatrica e dall’assistenza domiciliare integrata.

Obiettivi futuri. Tanti gli obiettivi concreti, scaturiti dal nostro 47° Congresso, che perseguiremo con rigo-

Le specificità e le potenzialità della Terza età sono state oggetto della Tavola rotonda “L’anziano: un peso o un’opportunità”

re inflessibile, delineati dal segretario Poerio nella mozione finale da presentare nelle opportune sedi istituzionali: presenza di almeno un rappresentante dei pensionati nei Comitati di vigilanza degli Enti previdenziali pubblici e privatizzati; la piena perequazione delle pensioni in godimento rispetto agli indici di svalutazione Istat e per ogni fascia d'importo; l'immediato recupero, a partire dal 2011, della mancata perequazione 2008 per le pensioni superiori otto volte il minimo Inps; l'abolizione del c. 41 dell'art.1 Legge Dini (335/95) che rappresenta un indebito balzello sulle pensioni di reversibilità in rapporto al reddito del coniuge superstite; defiscalizzazione parziale della pensione in rapporto al progredire dell'età del pensionato o, in subordine, la defiscalizzazione piena dei benefici della perequazione; paniere Istat specifico per i pensionati. Infine, faremo valere il nostro peso elettorale solo nei confronti delle forze politiche che dimostreranno sensibilità nei confronti dei problemi e dei diritti della nostra categoria. •

(*) presidente Federspev

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



di Mario Falconi (*)

Il decreto legge n.78 del 31 Maggio 2010, recante "Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività del paese", introduce una serie di misure di contenimento di costi per le amministrazioni pubbliche contenendo qualche ambiguità per aver utilizzato la figura dell'organismo pubblico con personalità giuridica di diritto privato quale noi siamo.

È da molto tempo che mettiamo in guardia medici e odontoiatri dai rischi, purtroppo spesso inascoltati, che corre la Fondazione Enpam di essere ricondotta nella previdenza pubblica, anche al fine di far fare cassa ad uno Stato in crisi finanziaria e con un debito pubblico fra i più alti del mondo.

Non ci piacciono le parole che hanno in sé qualcosa di ambiguo. Essere casse privatizzate e non private può voler dire che non siamo né carne né pesce, ma tra coloro che son sospesi e perciò soggetti agli appetiti di questo o quel governo.

Siamo soggetti alla vigilan-

Decreto forse utile ma non per noi

Da tempo mettiamo in allarme i medici e gli odontoiatri sui rischi che sta correndo la nostra Fondazione. Purtroppo spesso rimaniamo inascoltati. Eppure per tutti noi il pericolo esiste

za di ben tre ministeri, anche con la presenza di membri da loro designati, nel CdA e nel Collegio Sindacale, al controllo della Corte dei Conti e del Parlamento. I nostri soldi sono sottoposti ad una iniqua doppia tassazione e ci viene chiesto di garantire stabilità di bilanci a 30 anni e non più a 15, con un tendenziale addirittura a 50 anni, cosa ovviamente impensabile per la previdenza pubblica che attinge in ogni caso risorse dalla fiscalità generale.

Giova ricordare che la nostra Cassa di Previdenza non può usufruire di finanziamenti pubblici e quindi non incide in alcun modo sull'erario pubblico, sulla spesa pubblica e sul patto di stabilità di crescita.

Una seria e appropriata sorveglianza pubblica, a tutela di tutti, pensionati e pensionandi, ha certamente un senso, ma quello che prevede il decreto legge, recentemente approvato, per noi "un senso non ce l'ha", come recita una canzone di un noto cantante italiano.

Non ci piace il liberismo sfrenato ma la giusta e sa-

crosanta libertà certamente sì.

Ci viene il sospetto che l'averci consentito di diventare alcuni anni fa ente privatizzato, sia stato fatto per farci crescere economicamente in maniera considerevole, in guisa di ricco salvadanaio, per poi permettere a qualcuno, in caso di grave crisi finanziaria, di sacrificarci sull'altare di un presunto interesse generale e contestualmente riportarci nel grande calderone della previdenza pubblica.

Oltre ai tanti problemi che il prossimo Consiglio di Amministrazione dovrà affrontare per garantire pensioni dignitose alle future generazioni di medici e odontoiatri e al di là delle soluzioni tecniche che non ci spaventano, forse sarà molto importante mettere in campo una grande capacità politica, fatta di concretezza, determinazione, ma anche di giuste e corrette interlocuzioni, senza inutili sudditanze o supine accondiscendenze, con tutte le Istituzioni. •

(*) Vice presidente vicario Enpam



di Alberto Oliveti (*)

I Presidenti degli Ordini sono richiamati a rinnovare i vertici della Fondazione Enpam. Sulla base dell'esperienza maturata in questi anni, vorrei sottolineare alcuni punti che dovrebbero essere affrontati e risolti per un più sereno avvenire dell'Ente.

• **Riforme dei Fondi** di previdenza per garantire il nuovo equilibrio a trent'anni richiestoci dai Ministeri, con **interventi parametrici** sulle entrate e sulle uscite, sen-

Punti fondamentali per l'avvenire Enpam

za abbandonare il metodo di calcolo della pensione che definisce già all'incasso del contributo il suo "valore" pensionistico, con grande attenzione all'equilibrio generazionale ed alla adeguatezza delle future pensioni, perseguendo quindi le opportune **modifiche legislative** per una maggior gradualità applicativa del nuovo arco temporale di equilibrio, per l'abolizione della tassazione sul patrimonio e per una sua più favorevole contabilizzazione nei bilanci tecnici.

• **Completamento della privatizzazione** della Fondazione per una maggiore **autonomia** con richiesta di modifiche legislative per stabilire l'**attrazione** alla Cassa di tutti i versamenti da redditi professionali e

per escludere l'Enpam dall'elenco Istat che ci attira nell'alveo pubblico.

• **Investimenti finanziari in logica previdenziale** che prevedano prioritariamente per ogni Fondo la definizione del debito previdenziale su cui modulare il rapporto redditività attesa/rischio dell'investimento.

• **Revisione dello Statuto** della Fondazione per un maggiore equilibrio di rappresentatività tra gli Ordini e le associazioni sindacali e professionali, per un percorso di semplificazione dei Fondi e per una apertura alle professioni sanitarie onde intercettare in senso contributivo previdenziale il crescente consumo sanitario in un paese che invecchia.

• **Corresponsabilizzazione** dei legittimi portatori di interesse istituzionale sui problemi previdenziali e professionali emergenti.

• **Massima attenzione sulle dinamiche lavorative professionali** come fonte di contribuzione individuale per un patto di solidarietà generazionale in cui la convenienza a partecipare dovrà essere il legame tra interesse del singolo e della collettività.

• **Comunicazione** periodica a tutti gli iscritti di un estratto conto che dal rendiconto dei contributi contabilizzati proietta la pensione corrispondente, al fine di consapevolizzare su eventuali integrazioni tempestive.

• **Informatizzazione** completa della Fondazione per sostenere al meglio la operatività e le scelte strategiche. •

(*) Consigliere Enpam

Visita il nostro nuovo sito
www.enpam.it

Consulta la tua rivista ONLINE

enpam

Previdenza

Accedi alle NOTIZIE

Medici giovani e previdenza

Progetto Enpam per comunicare in modo nuovo il ruolo e l'importanza della nostra Fondazione a partire dai primi passi nell'attività professionale

di Gian Piero Ventura
Mazzuca (*)

La Fondazione Enpam, in coerenza con i principi generali previsti dal proprio Statuto, ha ritenuto importante promuovere e favorire la cultura previdenziale nella vita di ogni medico attraverso un progetto che ha l'intento di intercettare da subito il suo interesse, sia per agevolarlo nella costruzione di un futuro inevitabilmente più complicato del presente, sia per spiegare le opportunità insite nell'iscrizione obbligatoria alla nostra Fondazione.

È nato così il "Progetto Giovani", con lo scopo di comunicare in un modo nuovo il ruolo e l'importanza dell'Enpam fin dai primi passi nell'attività professionale, nonché di aiutare a fare le scelte utili alla costruzione di una vita post lavorativa tutelata e serena.

Lo sviluppo di tale progetto si sta declinando in varie attività.

Si è scritto a tutte le facoltà di medicina e chirurgia per prendere un contatto diretto con i presidi. Facendoci infatti conoscere dagli uni-



versitari del sesto anno accademico, tramite l'offerta di convenzioni speciali per gli studenti, ma anche attraverso attività formative che sarebbe utile si formalizzassero per stimolare il senso di una maggior responsabilità sociale, contiamo di seminare da subito una informazione che ci auguriamo sia utile anche solo a creare un piccolo interesse all'esistenza stessa della Fondazione.

Nel frattempo sono stati inviati a tutti i presidenti degli Ordini dei medici e odontoiatri i nuovi opuscoli (foto), creati per non far correre il rischio che l'Enpam rimanga invece un soggetto sconosciuto sino al momento

del pensionamento. Il materiale sarà distribuito durante i giuramenti e comunque sarà sempre a disposizione presso la sede degli Ordini. È stato anche curato un maggiore rapporto con gli specializzandi, i tirocinanti e gli iscritti ai corsi regionali di medicina generale. Abbiamo incontrato la Federspecializzandi, guidata da Giovanni Di Lorenzo, tramite il delegato Enpam Domenico Montemurro prima (ora specializzato... auguri!!) e poi Alessandro Bonsignore, con cui sono stati affrontati diversi temi sul tavolo. Così come è stato fatto col Segretariato italiano giovani medici (già SIMS) tra-

mite il suo presidente Walter Mazzucco ed il delegato Enpam Francesco Macrì Gerasoli. Quest'ultimi nel mese di maggio hanno presentato presso il ministero della Salute il portale **www.giovanemedico.it** nel quale sono reperibili tutte le informazioni di riferimento per quanti si affacciano alla professione medica, oltre alla possibilità di iscriversi ad una newsletter. Si propongono inoltre servizi di formazione, occasioni di lavoro e perfezionamento in Italia ed all'estero, di accesso alla ricerca scientifica, senza mancare di curare una corretta informazione sugli aspetti tecnico legislativi.

Esiste infine un importante contatto con l'Ordine dei commercialisti per avvicinare, con ancora maggiori competenze, questa importante professionalità alla vita contributiva e fiscale dei medici e degli odontoiatri. Tutto questo è supportato da una adeguata e moderna presenza in rete, che si farà conoscere sia tramite la presenza nel nuovo portale dell'Enpam, sia grazie all'attivazione di *link* internet nei vari siti delle associazioni o delle università. Proprio per dare concretezza a tutto questo esiste "Progetto Giovani", che sta operando alla realizzazione di tale importante attività di comunicazione ed ai suoi sviluppi. Per ogni informazione il gruppo è sempre contattabile alla mail:

progettogiovani@enpam.it

(*) Responsabile
Progetto Giovani

**Il materiale
informativo
è disponibile
presso la sede
degli Ordini**

Opportunità previdenziali da non dimenticare

di Marco Perelli Ercolini (*)

In periodi previdenziali di grossi tagli economici sui trattamenti di pensione, anche piccole opportunità non vanno tralasciate.

Purtroppo assai spesso per scarsa conoscenza della materia vengono persi o poco sfruttati pregressi periodi di versamenti contributivi oppure non si attivano tempestivamente procedure per migliorare la futura pensione e quando ci si ricorda ormai può essere tardi o troppo oneroso. E ricordiamoci come il post lavorativo che spesso sembra lontano, si avvicina sempre progressivamente e giunge inesorabilmente in men che non si dica.

Ma che cosa fare?

A quelli di mezza età o più vicini all'età pensionabile, vanno ricordate le possibilità degli spezzoni previdenziali per attività lavorative sparse.

Molti medici, ora in convenzione, hanno avuto un

passato ospedaliero, talora (periodi prima del 1992) concomitante ad attività in convenzione e, vuoi per aver dovuto fare scelte imposte oppure per scelte proprie, hanno cessato tale attività senza aver maturato un diritto alla pensione e pertanto tali periodi (con fior di contributi versati) con iscrizione all'Inpdap rimangono inefficaci se non vengono attivate procedure.

Ricordiamo come gli spezzoni superiori ai tre anni, non concomitanti ad altra iscrizione previdenziale, con domanda (alternativa a quella di ricongiunzione) inoltrata all'ente previdenziale cui risulta iscritto il medico (o dai superstiti di medico non ancora pensionato) prima di ogni domanda di pensionamento (ivi compresa quella della pensione del Fondo generale Enpam), possono essere totalizzati senza oneri aggiuntivi al fine di ottenere un'unica pensione.

Il pagamento di un quantum per questi spezzoni viene anticipato dall'Inps che ha stipulato apposite convenzioni cogli altri enti previdenziali, col sistema contributivo.

La totalizzazione è però un ripiego, meglio la ricongiunzione che però può essere sì onerosa, ma con contributi totalmente deducibili ai fini fiscali (discusso se anche l'interesse dilatorio possa essere deducibile).

Ma qui il dubbio: forse non sarebbe meglio trasferirli all'Inps in base alla legge 322/1958? Attenzione che tale possibilità (senza oneri aggiuntivi) fa maturare un trattamento solo se v'è una anzianità contributiva (col trasferimento e eventuali altri spezzoni preesistenti nell'Inps) di almeno 15 anni se la cessazione è avvenuta prima del 1993 o di 20 anni se la cessazione è avvenuta dopo il 1992.

Le donne potrebbero invece avere il vantaggio di veder riconosciuta l'età pensionabile al compimento del sessantesimo anno e non dover aspettare il compimento dell'età pensionabile secondo le attuali tabelle previste nel pubblico impiego che elevano gradualmente l'età sino al 65esimo

anno come per gli uomini.

La ricongiunzione con eventuali oneri (tanto maggiori quanto maggiore è l'età e si è più vicini all'età pensionabile) totalmente deducibili può essere richiesta all'Enpam, se titolari di convenzione nei Fondi speciali oppure, se liberi professionisti senza nessun iscrizione ai Fondi speciali, al Fondo generale Quota A.

Per i periodi coincidenti, come per esempio in caso di ricongiunzione di periodi Inps o Inpdap alla Quota A del Fondo generale Enpam, si va ad aumentare il montante con benefici nel quantum di pensione, mentre per i periodi non coincidenti la ricongiunzione aumenta anche l'anzianità contributiva.

Da tenere presente come la ricongiunzione all'Inpdap o all'Inps di periodi e contributi precedenti versati nei Fondi speciali Enpam può essere utile per anticipare il pensionamento oppure, con indubbio vantaggio, per acquisire il requisito minimo di almeno 18 anni di contribuzione prima del 1 gennaio 1996 per ottenere il calcolo della pensione col metodo contributivo anziché misto.

Ai giovani ricordiamo come la pensione si crea da giovani per goderla da vecchi nel postlavorativo e pertanto l'utilità del riscatto dei periodi ammessi (corso di laurea, corso

La ricongiunzione all'Inpdap o all'Inps di periodi e contributi precedenti versati nei Fondi speciali Enpam può essere utile per anticipare il pensionamento

di specializzazione ove previsto, servizio militare, corso di formazione del medico di medicina generale, ecc.).

Poiché la domanda non è vincolante, può essere utile inoltrare il più presto possibile la domanda di riscatto quando le più basse retribuzioni e la minor età anagrafica vanno ad incidere con minori esborsi nel calcolo dell'onere da pagare per costituire la riserva matematica per il riconoscimento previdenziale dei periodi riscattati.

Per la legge del Welfare (n. 247 del 2007) il corso di laurea può essere riscattato anche prima dell'inizio di una attività lavorativa

Per la legge del Welfare il corso di laurea può essere riscattato anche prima dell'inizio di una attività lavorativa dai genitori con possibilità di detrazione fiscale

dai genitori con possibilità di detrazione fiscale (beneficio economico del 19 per cento del versato e rate pagate con una rateizzazione in 10 anni senza interessi di dilazione).

In caso di gravidanze al di fuori di un rapporto di lavoro è prevista la possibilità del riconoscimento ai fini della pensione dei periodi corrispondenti al-

l'astensione obbligatoria per maternità mediante accredito figurativo e all'astensione facoltativa mediante riscatto, indipendentemente dalla loro collocazione temporale.

L'accredito contributivo, figurativo e con riscatto, riferito a tali periodi, è utile sia ai fini del diritto che della misura del trattamento di pensione.

Per l'accredito dei contributi figurativi per i periodi di astensione obbligatoria di maternità non in costanza di attività lavorativa è necessario il possesso, alla data della domanda, di cinque anni di contribuzione (nell'arco dell'attività lavorativa) versata in costanza di rapporto di lavoro.

Per il riscatto dei periodi di astensione facoltativa, invece, è necessario il possesso, alla data della domanda, di cinque anni di contribuzione versata in costanza di "effettiva" attività lavorativa. La normativa prevede che il periodo

massimo ammesso al riscatto è di 5 anni.

L'accredito figurativo dei periodi corrispondenti all'astensione obbligatoria ed il riscatto dei periodi corrispondenti all'astensione facoltativa per maternità possono essere richiesti anche dai superstiti, ovviamente a condizione che il dante causa fosse in possesso dei requisiti previsti.

Va precisato che la facoltà di riscatto dei periodi corrispondenti a quelli di assenza facoltativa dal lavoro per gravidanza e puerperio "non è cumulabile con il riscatto del periodo del corso legale di laurea", indipendentemente dall'entità dei periodi riscattabili e ancorché gli stessi non si sovrappongano cronologicamente.

Il divieto del riscatto contributivo per maternità in presenza di riscatto per corso di studio vale esclusivamente con riferimento ai diplomi di laurea rilasciati sia secondo il vecchio che secondo il nuovo ordinamento didattico universitario, rimanendo fuori i diplomi di specializzazione o di perfezionamento postlaurea, il dottorato di ricerca, i diplomi professionali dell'area sanitaria non medica - area infermieristica, i titoli/attestati della formazione professionale.

Ora per rapporto in convenzione è anche possibile un versamento aggiuntivo all'Enpam (contributo modulato) da 1 a 5 punti percentuali. •

(*) *Consigliere Enpam*



Comitati consultivi, ecco i nuovi rappresentanti

di Giovanni Vezza (*)

Dopo cinque anni, alla naturale scadenza del precedente mandato, i medici e gli odontoiatri italiani sono tornati alle urne per eleggere i loro rappresentanti presso i Fondi di previdenza dell'Enpam.

Alla luce di quanto disposto dal vigente Statuto della Fondazione Enpam, approvato con decreto interministeriale in data 21 febbraio 2000, e successive modificazioni ed integrazioni, domenica 30 maggio 2010, dalle ore 8 alle ore 21,30, si sono tenute presso tutti gli Ordini provinciali le elezioni per i componenti dei Comitati consultivi del Fondo della libera professione – Quota “B” del Fondo generale; del Fondo dei medici di medicina generale; del Fondo specialisti ambulatoriali e del Fondo specialisti esterni, che resteranno in carica per il quinquennio 2010-2015.

Per quanti non fossero sufficientemente a conoscenza del funzionamento degli organi istituzionali della Fondazione, va subito precisato che, secondo un principio seguito in tutti gli organismi rappresentativi, per ciascun Comitato Consultivo sono stati eletti due rappresentanti di-

stinti per ciascuna delle province autonome di Trento e Bolzano.

Inoltre, nel Comitato Consultivo del Fondo dei medici di medicina generale siedono, oltre ai delegati regionali e di Trento e Bolzano, tre componenti nazionali in rappresentanza

rispettivamente dei medici di medicina generale di assistenza primaria, dei pediatri di libera scelta e dei medici convenzionati addetti ai servizi di continuità assistenziale ed emergenza territoriale: in questo modo, viene garantita in ogni caso una rappre-

sentatività alle tre categorie degli iscritti al Fondo, ciascuna con peculiari esigenze che potranno essere così più agevolmente portate all'attenzione del Comitato. L'importanza di questi delegati nazionali è stata profondamente avvertita in tutto il territorio,

Elezioni Comitati Consultivi 2010 - Regionali

	FONDO DELLA LIBERA PROFESSIONE
ABRUZZO	Dott.ssa AnnaMaria CARDONE
BASILICATA	Dott. Donato Mariano GALIZIA
PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO	Dott. Secondo Roberto COCCA
CALABRIA	Dott. Giuseppe GUARNIERI
CAMPANIA	Dott. Angelo Raffaele SODANO
EMILIA ROMAGNA	Dott. Maurizio DI LAURO
FRIULI VENEZIA GIULIA	Dott. Andrea FATTORI
LAZIO	Dott. Claudio CORTESINI
LIGURIA	Dott. Elio ANNIBALDI
LOMBARDIA	Dott. Evangelista Giovanni MANCINI
MARCHE	Dott. Vincenzo CROGNOLETTI
MOLISE	Dott. Domenico COLOCCIA
PIEMONTE	Dott. Gabriele GRECO
PUGLIA	Dott. Pasquale PRACELLA
SARDEGNA	Dott. Giovanni Battista ANGIOI
SICILIA	Dott. Gian Paolo MARCONE
TOSCANA	Dott. Renato MELE
PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO	Dott. Stefano VISINTAINER
UMBRIA	Dott. Michele MANGIUCCA
VALLE D'AOSTA	Dott. Massimo FERRERO
VENETO	Dott. Alessandro ZIVI

come è dimostrato dal notevole incremento del numero dei votanti per il Fondo dei medici di medicina generale, giunto a ben 7.175 unità (a fronte delle 5.719 della precedente consultazione).

I collegi sono quindi allo stato composti da 21 membri (in rappresentanza di 19 Regioni più due province autonome); il Comitato Consultivo del Fondo dei medici di medicina generale, integrato dai tre

rappresentanti nazionali, è di 24 unità; mentre il Comitato Consultivo del Fondo Specialisti esterni è di sole 18 unità, dato che tre Regioni non hanno espresso alcun candidato. La composizione dei nuo-

vi Comitati consultivi dei quattro Fondi Speciali è riportata negli elenchi pubblicati di seguito. •

(*) *Dirigente Enpam, componente Ufficio elettorale centrale*

Elezione dei rappresentanti nazionali di categoria in seno al Comitato consultivo del Fondo dei Medici di Medicina Generale - 2010-2015

Per la categoria dei medici di medicina generale di assistenza primaria: **dott. Giuseppe Figlini.**

Per la categoria dei medici pediatri di libera scelta: **dott. Claudio Colistra.**

Per la categoria dei medici di medicina generale addetti al servizio di continuità assistenziale e/o emergenza territoriale: **dott. Stefano Leonardi.**

FONDO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE, PEDIATRI DI LIBERA SCELTA E ADDETTI AI SERVIZI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	FONDO SPECIALISTI AMBULATORIALI	FONDO SPECIALISTI ESTERNI
Dott. Franco PAGANO	Dott.ssa Maria Carmela STRUSI	Dott. Renato MINICUCCI
Dott. Raffaele TATARANNO	Dott. Maurizio CAPUANO	Dott. Francesco LACERENZA
Dott. Roberto TATA	Dott.ssa Lisetta CORSO	Dott. Vittorio MARCHESE
Dott. Antonio ADAMO	Dott. Vincenzo PRIOLO	Dott. Roberto MARENDI
Dott. Francesco BENEVENTO	Dott. Francesco BUONINCONTI	Dr. Giuseppe GRIMALDI
Dott. Giacinto LOCONTE	Dott. Francesco VENTURA	=
Dott. Khalid KUSSINI	Dott. Spiridione CHARALAMBOPULOS	Dott. Romano SPANGARO
Dott. Francesco CARRANO	Dott. Roberto LALA	Dott. Mario FLORIDI
Dott. Guido MARASI	Dott. Alfonso CELENZA	Dott.ssa Maria Clemens BARBERIS
Dott. Ugo Giovanni TAMBORINI	Dott. Carlo SCAGLIETTI	Dott. Demetrio IARIA
Dott. Enea SPINOZZI	Dott.ssa Patrizia COLLINA	Dott. Oliviero GORRIERI
Dott. Giuseppe DE GREGORIO	Dott. Leonardo CUCCIA	Dott. Giuseppe IUVARO
Dott. Giovanni PANERO	Dott. Riccardo DELLA VALLE	=
Dott. Donato MONOPOLI	Dott. Giuseppe Pantaleo SPIRTO	Dott. Roberto PANNI
Dott. Franco DELOGU	Dott. Enrico DOVARCH	Dott. Claudio DOMINEDO'
Dott. Luigi SPICOLA	Dott. Antonino FERRANTE	Prof. Salvatore SCIACCHITANO
Dott. Mauro UCCI	Dott. Leopoldo CIUFFOLETTI	Dott. Giorgio SPAGNOLO
Dott. Franco CAPPELLETTI	Dott. Mario Virginio DI RISIO	Dott. Giorgio MARTINI
Dott. Leonardo DRAGHINI	Dott. Andrea RAGGI	=
Dott. Mario MANUELE	Dott. Giovanni CORAZZA	Dott. Marco PATACCHINI
Dott. Silvio REGIS	Dott. Roberto BARBETTA	Dott. Giuseppe MOLINARI



Antonio Dal Monte ha conseguito la docenza in Fisiologia umana ed in Medicina dello sport. E' specialista in Pneumologia, Medicina del lavoro e Medicina aeronautica e spaziale. Già direttore scientifico dell'Istituto di Scienza dello sport del Comitato olimpico italiano e capo del Dipartimento di fisiologia e biomeccanica dello stesso istituto, il prof. Dal Monte ha fatto anche parte della Commissione ministeriale (ministero della Salute) per la lotta al doping e la tutela della salute nelle attività sportive. Insignito della Stella d'oro al merito sportivo ha ricevuto diverse lauree honoris causa tra le quali quella in Scienza e tecnica dello sport da parte della Facoltà di Scienze motorie dell'Università de L'Aquila

Pericoli e gioie rebus dello sport

di Carlo Ciocci

A quale età è opportuno iniziare a praticare sport?

C'è un'età critica per tutti i giovani che si affacciano allo sport: il sesto anno di età. In quella fase il bambino o la bambina, se sono sani e non sono oppressi dai genitori, sono dei giovani atleti spontanei che sfrutteranno la loro voglia di esprimersi e muoversi svolgendo attività fisica. Tutto questo se non sono troppo amanti della televisione, della play station e dei video-giochi. Per sapere, poi, quale e quanta attività fisica svolgere basta fare appello a quanto già descritto dal grande medico Ippocrate, vissuto quattro secoli prima di Cristo, il quale diceva che se sapessimo dare a ciascun uo-

mo la giusta dose di esercizio fisico e cibo avremmo raggiunto la strada per far vivere felici gli uomini regalando loro una buona efficienza fisica.

Alcuni hanno definito lo sport come una buona medicina: è d'accordo con questa espressione?

Nello sport bisogna scegliere la medicina giusta, cioè lo sport giusto, e la dose esatta per tutte le età. Il bambino al sesto anno di età va a scuola: tante ore trascorse a sedere e l'educazione fisica praticamente è assente, a meno che non intervengano i genitori a farla praticare ai propri figli. Ma se questo non avviene i ragazzini diventano dei mini impiegati sedentari che si affacciano alla vita nel modo peggiore possibile dal punto di

vista fisico, proprio nell'età in cui dovrebbero essere sostenuti nello svolgere lo sport.

Quali attività sportive consiglierebbe per un bambino?

Gli sport da consigliare per i giovanissimi sono quelli che non comportano sovraccarico delle giunture corporee e che sfruttano lo scheletro nel modo migliore. Dobbiamo subito dire che il nuoto va bene a tutte le età, la corsa anche va bene, la bicicletta sembra fatta apposta per la struttura corporea eccezion fatta per il sellino che è una specie di tortura; lo sci di fondo e la canoa sono anch'esse attività sportive che possono essere iniziate abbastanza precocemente. La ginnastica che può risul-

tare noiosa, e certamente lo è, va annoverata fra le attività che fanno bene al bambino.

Ed il calcio?

Quando si parla di calcio si parla di uno sport per il quale la struttura corporea umana non è tagliata. Se il Padreterno avesse immaginato che la sua creatura si sarebbe dovuta cimentare tanto in questa attività sportiva, ci avrebbe creato in modo diverso. Questo dipende dalla struttura corporea dell'uomo, che è fatta per movimenti longitudinali e non trasversali che comportano un iperuso dei muscoli adduttori e abduttori, cioè quelli che avvicinano o allontanano trasversalmente gli arti dal corpo. E men che mai le ginocchia e le caviglie sono state create per ricevere colpi, fatto, questo, che molto spesso si verifica nel calcio con una conseguente alta percentuale di danni.

Basta esaminare le ginocchia di alcuni calciatori che da un punto di vista funzionale, e gli esami strumentali lo dimostrano, risultano ginocchia di vecchi. Mentre, invece, quelle dei ciclisti che non hanno avuto traumi rimangono intatte anche se pedalano per un numero impressionante di chilometri.

L'allenamento può salvaguardare i giovani atleti dalle conseguenze dei traumi?

L'allenamento può migliorare la resistenza ai colpi,

ma fanno comunque male; l'allenamento può potenziare il corpo a questi movimenti trasversali anche se non si possono escludere, come dicevo, danni agli adduttori e problemi muscolo-tendineo-ossi che sono abbastanza frequenti nel calcio. Questo è per i giovanissimi uno sport particolarmente divertente, e ciò nessuno lo può negare, ma d'altra parte il corpo umano non gradisce tutto quello che si verifica durante la partita: il corpo umano adora i movimenti per i quali è stato programmato e che può prevedere. Una persona che dà un calcio da fermo ne prevede infatti il movimento, ma nel caso in cui gli ven-

ga sottratto il pallone, proprio mentre lo sta calciando, si ritrova costretta a frenare di colpo il movimento del ginocchio altrimenti l'articolazione rischierebbe di girarsi dall'altra parte, ed anche così i muscoli-freni intervengono solo all'ultimo momento con il conseguente rischio di rompersi. È quindi uno spaventoso stress biomeccanico a tutto il sistema muscolo-tendineo che mette in crisi la struttura dell'arto inferiore.

Date queste premesse lei consiglia allora di affrontare il calcio con le dovute cautele?

E' evidente che non è possibile dire che i ragazzi non devono giocare al calcio, ma nemmeno ci si può nascondere dietro ad un dito e affermare che il calcio sia lo sport più benefico del mondo per la struttura del corpo perché non è vero. E', comunque, sempre meglio giocare a calcio che stare fermi perché il nostro peggior nemico è la malattia ipocinetica, vale a dire l'atteggiamento di molti adolescenti che passano dal sedile dell'automobile alla sedia di scuola o avanti ai videogiochi. Ragazzi che non avranno l'efficienza sufficiente a sostenere quanto la

vita di relazione richiede: ad esempio accuseranno il fiatone se fanno un piano di scale oppure se fanno il più piccolo sforzo. Che il movimento sia necessario e che l'intero organismo debba essere sottoposto ad un determinato carico di lavoro è dimostrato dagli astronauti.

Queste persone erano condannate a vivere in capsule spaziali al cui interno non potevano muoversi e tornavano a terra con il fisico profondamente provato perché il cuore si assottiglia e perde la sua potenza, i muscoli perdono la loro efficienza, il sangue si impoverisce dell'emoglobina. In altre parole un disfacimento causato dalla deficiente attività fisica dovuta alla mancanza della gravità.

Queste problematiche come vengono affrontate?

Le navicelle spaziali, proprio per ovviare a tali sgradite conseguenze, si sono attrezzate come delle mini palestre per tenere gli astronauti in attività fisica alcune ore al giorno; ma l'assenza della gravità, cioè l'assenza dello sforzo fisico, fa comunque in modo che non recuperino del tutto: infatti, a volte, si sono registrati danni permanenti in coloro che sono stati nello spazio per periodi particolarmente lunghi.

Tornando ai più giovani un consiglio, anche da dare ai genitori, per scegliere

re la disciplina sportiva verso la quale spingere i propri figli.

Dobbiamo fare delle scelte pensando al fisico dei nostri figli come se si trattasse di una piantina: se gli diamo il giusto quantitativo di concime, di acqua e di sole alleveremo sicuramente una pianta rigogliosa. Se poi si tratta o meno di una pianta contenta non è dato sapere.

Non so dire se è giusto far fare a dei ragazzini uno sport che fa certamente molto bene ma non è di loro gradimento. Resta comunque il fatto che il calcio potrebbe lasciare il segno del proprio passaggio, anche se gli incidenti a cui si può andare incontro riguardano un numero ristretto di persone e comunque si verificano più nei soggetti che svolgono attività professionale.

A livello di ragazzini che fanno parte di una squadra, che svolge alcuni allenamenti e che gioca nel fine settimana, va detto anche che spesso non sono affatto allenati perché l'allenamento in sé è il gioco stesso senza una preparazione atletica vera e propria.

Per esempio un campione che non si è mai allenato, tranne quando stava con me per la preparazione ai mondiali, fu Maradona. Prepararsi solo quando il campionato ha inizio è un grossolano errore perché, partendo non allenati, possono andare più facilmente incontro a guai muscolo-tendinei. •



Calciatori "prodigio"? Edoardo De Renzi, 15 anni, bravo a scuola, prende a calci il pallone. Stando a chi se ne intende, il ragazzo romano potrebbe avere un avvenire luminoso, come del resto molti giovani talenti in "osservazione" (foto: Sport Locale - Roma)



Laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Milano, il professor Alessandro Fiocchi si è specializzato in Pediatria, in Allergologia ed in Malattie dell'apparato respiratorio, in Neonatologia e Patologia neonatale. Direttore della U.O. di Pediatria presso l'Ospedale materno-infantile "Macedonio Melloni" di Milano; è professore a contratto a titolo gratuito presso la Scuola di specializzazione in Pediatria III dell'Università di Milano; presidente della Società italiana di pediatria preventiva e sociale sezione lombarda e della Società italiana di pediatria sezione lombarda. È membro della Commissione del Gruppo di lavoro AIFA sugli allergeni e dell'International Committee of the ACAAI. Fa parte inoltre del board editoriale della rivista *Annals of Allergy Asthma and Immunology* e della rivista *Allergy*.

Nuove linee guida sull'allergia alle proteine del latte vaccino

I progressi in campo diagnostico e terapeutico in un documento nato su input della World Allergy Organization e redatto secondo la metodologia GRADE. Le novità sulla alimentazione sostitutiva

di **Claudia Furlanetto**

Nel 2008 la World Allergy Organization (WAO) diede incarico alla Commissione speciale sulla allergia alimentare di stilare delle linee guida per la diagnosi e la cura dell'allergia al latte vaccino. Il documento, "Diagnosis and Rationale for Action against Cow's Milk Allergy" (DRACMA)*, è stato presentato lo scorso febbraio a Milano durante il V Meeting di Allergologia pediatrica. "La necessità di stilare delle linee guida nasce per la mancanza di un documento comune sul tema – spiega il professor Alessandro Fiocchi, direttore della U.O. di Pediatria dell'Ospedale "Macedonio Melloni" di Milano e presidente della Commissione –. Inoltre sono passati dieci anni dalle precedenti

raccomandazioni, europee quelle del 1999 e americane quelle del 2000, ed era ormai tempo di valutare i progressi compiuti in ambito diagnostico e terapeutico. L'allergia al latte è una patologia importante che colpisce il 2 per cento dei bambini, danneggia l'organismo manifestandosi con eczema o orticaria, disturbi intestinali e asma e, in caso di anafilassi, può portare anche alla morte dei pazienti".

Da chi era composto il gruppo di lavoro?

Da un panel clinico di diciotto specialisti di allergia alimentare provenienti da vari paesi del mondo – Canada, Stati Uniti, Cina, Giappone, Francia, Italia, Gran Bretagna, Spagna, ecc. – e da un gruppo di quattro

persone che si sono occupate della valutazione delle evidenze secondo la metodologia GRADE (Grades of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation). Quindi un gruppo di lavoro composto da una parte clinica preponderante ed una parte che si è occupata di evidence based medicine che, se pur numericamente poco importante, è stata fondamentale per la valutazione degli studi presi in considerazione nella formulazione delle raccomandazioni.

Quali sono le novità nella diagnosi?

Dal punto di vista della diagnosi le linee guida delineano percorsi differenti condizione per condizione. Il documento rileva in quali casi si può evitare di sottoporre ad un test da carico bam-

ni che presentano un sospetto di allergia alle proteine del latte. Infatti per accertare l'allergia non è sufficiente verificare le reazioni dopo l'ingestione del latte, essere in presenza di sensibilizzazione, cioè avere test cutanei positivi o IgE specifiche positive nel sangue. Molti dei bambini che rispondono a queste caratteristiche non presentano un'allergia. Per una verifica definitiva è necessario un test da carico in doppio cieco eseguito in ricovero ospedaliero per poter osservare e misurare le reazioni del paziente dopo la somministrazione. Solo così è possibile distinguere la sensibilizzazione dall'allergia. È una procedura complessa che non sempre può essere effettuata, anzi, in alcune aree del mondo, come è ben possibile immaginare, è inapplicabile. Le linee guida DRACMA identificano, alla luce delle evidenze attuali raccolte dalla letteratura, i casi in cui questa si può evitare: semplificando le procedure si mette il medico di famiglia in condizione di escludere l'allergia alimentare in una buona parte di casi eseguendo semplicemente il prick test nello studio ed evitando così un sovraccarico di pazienti in ospedale.

E si evita la dieta di eliminazione.

Certo, diventa inutile. Bisogna ricordare che alcuni studi, in Italia, hanno rilevato che su dieci diete di eliminazione del latte vaccino prescritte dal medico, nove non

*Fiocchi A, Brozek J, Schünemann H, Bahna S, von Berg A, et al. World Allergy Organization (WAO) Diagnosis and Rationale for Action against Cow's Milk Allergy (DRACMA) Guidelines. *World Allergy Organization Journal* 2010; 3 (4): 57-161

sono giustificate dal punto di vista della diagnosi.

Esiste una correlazione tra severità dei sintomi, livello di IgE specifiche, età della diagnosi e probabilità di guarigione?

Sicuramente quanto più un bambino è sensibilizzato e in presenza di sintomi tanto peggiore è la prognosi. Per quanto riguarda l'età, invece, anche se non abbiamo evidenze che una diagnosi precoce risulti in una prognosi migliore, uno studio pubblicato di recente ha affermato che quanto prima si assume una dieta corretta tanto prima si arriva alla guarigione.

E la terapia?

Al contrario delle raccomandazioni precedenti, nel caso di un bambino con allergia al latte in una fascia d'età in cui è ancora necessaria l'alimentazione sostitutiva, le linee guida DRACMA forniscono una opzione comune per tutto il mondo. Infatti mentre il documento americano suggeriva di somministrare latte di soia, quello europeo consigliava l'impiego di idrolisati di proteine di latte vaccino. Oggi siamo riusciti a fornire una soluzione per ogni diversa situazione e indicando chiaramente quali sono i prodotti appropriati, quando iniziare o sospendere una dieta specifica, oltre a migliorare la prognosi si pongono le basi per una razionalizzazione della spesa visto che è la sanità pubblica, in molti paesi, a sostenere il costo dei prodotti necessari per l'alimentazione dei bambini.

Nel caso di un paziente pe-

diatrico con una grave reattività suggeriamo di somministrare direttamente una formula di amminoacidi. Tale scelta è motivata dalla necessità di evitare il rischio di reazioni che sono altamente probabili davanti ad un caso di anafilassi. La stessa cosa è consigliata nel caso di esofagite eosinofila, una grave forma di allergia alimentare che dieci anni fa ancora non conosceamo. Per tutti gli altri pazienti le linee guida DRACMA suggeriscono di attenersi al documento europeo del 1999: quindi impiego di idrolisati di proteine del latte vaccino o in alternativa formule a base di proteine idrolizzate del riso. In questi casi infatti un certo rischio di sensibilizzazione è tollerabile. In sostanza si decreta la definitiva esclusione delle formule di latte di soia come prima scelta, il cui im-

piego sarà solo di seconda o terza.

Perché?

Innanzitutto determinano una certa sensibilità alla soia in un'ampia percentuale di casi e hanno una sicurezza nutrizionale accertata inferiore. Contengono inoltre fitoestrogeni, e i rischi sull'organismo del bambino ci hanno spinto, per principio di cautela, a declassarle, anche perché la loro maggiore economicità è solo marginale rispetto all'idrolisato di proteine del latte.

Parliamo di costi. Che soluzioni sono previste per i paesi in via di sviluppo?

Alimentare un bambino con latte formulato costa tre volte quello che si spende per il latte di mucca. L'idrolisato di proteine del latte, così come quello di riso, costa nove volte di più, la soia otto, e nel caso delle miscele di amminoacidi arriviamo a

venti volte. I paesi sviluppati riescono a sopperire con una erogazione diretta, nei paesi in via di sviluppo, anche se le formule sono disponibili, la spesa è talmente onerosa da rendere impossibile l'assistenza. In questo caso, almeno per i bambini al di sopra dei due anni di età, c'è la possibilità di somministrare latte di asina e cammella, che in quelle zone sono facilmente reperibili.

Il problema è che, pure essendo somministrabili in un quadro allergico, non ne conosciamo il valore nutrizionale.

L'ideale quindi sarebbe un supporto economico con un'assistenza assicurativa o un'assistenza governativa diretta. Naturalmente la terapia in questi paesi rimane in generale un grosso problema. L'unica cosa che ci consola è che per fortuna in quelle zone l'allergia al latte è meno frequente.

E per quanto riguarda la cross allergicità?

Il 20 per cento degli allergici al latte lo è anche alla carne bovina, e gli allergici alla carne bovina sono spesso allergici anche ad altri tipi di carne. Esiste anche una cross reattività: quasi tutti gli allergici al latte vaccino lo sono anche a quello di pecora e capra. Il latte di cavalla e asina presenta invece un numero di casi inferiore al 20 per cento. In presenza di anafilassi però queste percentuali tendono a rialzarsi. Per il latte di cammella invece gli studi in vitro confermano che l'allergia è rara. •

Con le linee guida DRACMA si decreta la definitiva esclusione delle formule di latte di soia come prima scelta





Intervista con il prof. Vito Pansadoro, specialista in Urologia, Chirurgia Pediatrica e Chirurgia dell'Apparato Digerente, Libero docente dell'Università di Roma, presidente della Fondazione Vincenzo Pansadoro per la ricerca uro-oncologica e direttore del Centro di Urologia Laparoscopica. Laureato presso "La Sapienza" di Roma è stato primario del reparto di Urologia degli Ospedali CTO, del San Camillo, del San Raffaele e del San Giovanni, tutti a Roma. È membro delle più importanti Società scientifiche italiane ed internazionali ed è autore di oltre 150 articoli scientifici pubblicati prevalentemente su riviste internazionali e di 4 libri di Urologia

Laparoscopia, hi-tech in urologia

di Andrea Sermonti

Anche la chirurgia urologica, come tutte le discipline mediche, cresce e si evolve ad una velocità sempre maggiore. "Quando ero studente di medicina – ricorda Vito Pansadoro – un giorno il mio maestro Paride Stefanini ci disse che ogni dieci anni il 50 per cento delle nozioni acquisite da un medico è superato. E questo era verissimo allora, ma oggi la metà di quello che studiamo diventa obsoleto in soli 5 anni: addirittura alcune

Tutto quello che è avvenuto in urologia negli ultimi 30-40 anni è nato in Europa

delle tecniche che utilizziamo oggi due anni fa non saremmo stati in grado di farle".

Quale, per esempio?

Oggi il 70% dei tumori renali viene diagnosticato 'incidentalmente' all'ecografia e per questi piccoli tumori si pratica la chirurgia cosiddetta mini-invasiva, un intervento in laparoscopia (ma anche, in qualche caso, 'a cielo aperto') per togliere un piccolo tumore renale risparmiando il rene piuttosto che asportandolo tutto. Oggi spesso scopriamo tumori di due, tre, anche quattro centimetri perché l'ecografista è abituato a 'dare un'occhiatina' a tutto l'addome, magari per controllare se ci sono aneurismi dell'aorta o metastasi epatiche. A quel punto guarda anche i re-

ni: se c'è un sospetto a quel punto si fa una Tac per avvalorare la diagnosi incidentale e la parola passa al chirurgo che pianifica un intervento di nefrectomia parziale o tumorectomia se sono molto piccoli.

Ci sono altri interventi per i quali la laparoscopia è una scelta di elezione?

Sicuramente le stenosi dell'uretere dovute all'endometriosi – malattia sociale a tutti gli effetti, 'tremenda' perché tende a ritornare – che quando si sposta nell'apparato urinario può prendere la vescica: in quel caso si fanno cistectomie parziali con una chirurgia conservativa nella quale si rimuove la stenosi e si fa un reimpianto dell'uretere. Una cosa è certa: gli interventi sul rene oggi si eseguo-

no con il robot meglio che in chirurgia laparoscopica: perché si può contare su un maggiore ingrandimento, sulle immagini in tre dimensioni e perché c'è la possibilità di 'muovere bene le mani'.

Anche il robot ha subito recentemente delle innovazioni?

Ultimamente operiamo con robot di terza generazione: la prima generazione aveva tre braccia, la seconda quattro e la terza ha aggiunto un sistema di alta definizione e miglioramenti nel movimento. È tutto più delicato e sensibile.

Oggi siamo in grado di 'fare di più' in un campo sensibile come quello della prostata, rispetto a qualche anno fa?

Una delle cose che abbiamo acquisito, importantissima, è che la cosiddetta 'malattia chirurgica' – i dolori da intervento, le fleboclisi, lo 'stare a letto' e non riuscire ad alzarsi – non era causata da quello che facevamo dentro l'addome del paziente ma solo dall'incisione praticata per fare l'intervento. Oggi grazie alla laparoscopia facciamo lo stesso intervento con tre, quattro o cinque buchetti. E molto meglio perché senza perdita di sangue. Non solo un 'risparmio' evidente per il paziente, ma anche con un miglioramento concreto nell'intervento: perché se c'è sangue non ci si vede più – il sangue

assorbe la luce - e con un taglietto in zone dove non fa male (per esempio sotto il 'punto bikini') togliamo il rene e il paziente il giorno dopo può già uscire.

E questi interventi dove vengono eseguiti?

Ci sono vari centri in Italia dove vengono praticati regolarmente. Non è ancora una chirurgia diffusa: diciamo pure che per fare la laparoscopia ci vuole una capacità particolare. Nei luoghi in cui il primario aveva l'età, il desiderio e la capacità è diventata di routine. Ci sono centri a Torino, a Milano, nel Veneto come a Bologna, Roma, Napoli, Palermo, Bari piuttosto che a Reggio Calabria: insomma, ci sono nella penisola Centri di eccellenza dove si fa chirurgia laparoscopica.

In questo campo sono più avanti gli americani o lo siamo noi?

Direi che siamo più avanti noi. Tutto quello che è avvenuto in urologia negli ultimi 30-40 anni - dalla chirurgia dell'uretra alla chirurgia percutanea della calcolosi, dalla laparoscopia ai litotrittori per rompere i calcoli - tutto è nato in Europa: poi gli americani se ne sono impossessati con abilità e mezzi. Ciò che è sicuramente nato prima negli USA è il robot, perché loro hanno i mezzi, la cultura e la mentalità per lanciarsi in questo settore. Il

LA "FONDAZIONE VINCENZO PANSADORO"

Nata nel 1987 per onorare la memoria del prof. Vincenzo Pansadoro, primario urologo degli Ospedali Riuniti di Roma, la Fondazione si dedica da oltre 20 anni alla ricerca clinica in campo uro-oncologico. Il braccio operativo della Fondazione sono il Centro di Urologia laparoscopica e la Divisione di Oncologia medica ove il lavoro clinico si svolge con un indirizzo ben preciso e sempre all'avanguardia nel campo uro-oncologico e della Chirurgia ricostruttiva. Presso il Centro di Urologia laparoscopica opera uno staff di urologi ed oncologi coadiuvati da una serie di specialisti di altissimo livello nel campo della Diagnostica per immagini, dell'Anatomia patologica, della Urodinamica, della Medicina interna, della Cardiologia e della Patologia clinica. La Fondazione e il Centro di Urologia laparoscopica e l'Oncologia medica hanno la propria sede operativa, fin dalla costituzione, presso la Casa di Cura Pio XI di Roma, delle Suore dell'Ordine di San Giuseppe da Gerona. In venti anni si è stabilito con l'Ordine un rapporto molto stretto di collaborazione avendo ambedue le istituzioni lo scopo di migliorare l'assistenza al malato e di favorire il progresso della medicina.

robot è nato per la cardiocirurgia, ma fu un fallimento perché non era abbastanza preciso. Poi hanno cominciato ad utilizzarlo i chirurghi generali, ma la chirurgia generale opera in campi ampi e il robot non si sposta facilmente, per esempio, dalla pelvi al diaframma; infine ci sono arrivati gli urologi, e oggi la prostatectomia radicale è l'intervento che al mondo viene eseguito più frequentemente con il robot: il 60 per cento degli interventi robotici sono infatti prostatectomie radicali.

Quali sono i vantaggi della chirurgia robotica rispetto alla laparoscopia?

Il robot ha le tre dimensioni, ha un ingrandimento di almeno 10-15 volte, negli ultimi modelli ha addirittura l'alta definizione (HD) e quindi una brillantezza di visione assolu-

ta. Il chirurgo, quando opera, ha l'impressione dopo un po', di stare con la testa dentro l'addome del paziente: una cosa è guardare un monitor davanti a sé, altra cosa è guardare dentro un 'binocolo', seduti e con le braccia appoggiate, isolati dal mondo, con la sensazione di trovarsi appunto 'dentro' l'addome del paziente, tutto in 3D...

E poi gli strumenti non hanno nessun limite di movimento: con la laparoscopia, avevamo 4 movimenti, invece adesso ne abbiamo 7. E un'altra cosa importantissima è la riduzione del movimento da 6 a 1.

C'è qualcosa che è cambiato concretamente per il paziente nei risultati con queste tecniche, per esempio negli interventi sulla prostata?

Una cosa su tutte, il cosiddetto 'nerve sparing', che garantisce oggi il mantenimento della potenza sessuale e della continenza: oggi il 94-95% dei pazienti rimane continente a 12 mesi dall'intervento, ma dove c'è veramente il salto di qualità più evidente è sul 'nerve sparing', il salvataggio dei nervi che consentono il mantenimento della potenza sessuale. Uno "spauracchio" oggi praticamente dimenticato... •

"Fondazione Vincenzo Pansadoro"

Centro di Urologia Laparoscopica e Oncologia Medica - Via Aurelia, 559 Roma
Tel. 06 66418008 - 06 66416340
Fax: 06 6630771
info@fondazionevincenzopansadoro.com



Luigi Di Cioccio, presidente della Società italiana geriatri ospedalieri, gerontologo e geriatra, gastroenterologo. Dal 1994 è direttore della Struttura Complessa di Geriatria dell'Ospedale DEA "Santa Scolastica" di Cassino e coordinatore dell'Area Geriatrica dipartimentale dell'ASL di Frosinone. Ha ideato, realizzato ed organizzato un Servizio geriatrico integrato ospedale territorio, ora sede del Centro di riferimento regionale per l'Alzheimer (UVA) nella Città di Aquino. Consigliere dell'Ordine dei medici chirurghi ed odontoiatri di Frosinone dal 1974, ne è stato altresì il vice presidente dal 1983 al 1992 e presidente dal 1992 al 2000. Fondatore del Comitato provinciale di Bioetica, ne è stato il presidente dal 1993 al 2002. Autore di circa duecento pubblicazioni scientifiche, ha dato alla stampa diverse opere di carattere storico e culturale

per l'avvio di progetti di ricerca e di sperimentazione di farmaci riservati agli ultrasessantacinquenni.

Veniamo al ruolo del geriatra nell'ospedale.

La gran parte dei geriatri italiani che operano nelle circa duecento Unità di Geriatria per acuti (UGA) e nell'ambito delle strutture di post-acuzie, riabilitazione, e territoriali dedicate all'anziano sono iscritti alla nostra Società scientifica che è strutturata e federata a livello di sezioni in ogni Regione.

I geriatri sono impegnati ad applicare il modello organizzativo dell'assistenza geriatrica in un percorso integrato e continuativo ospedale-territorio e territorio-ospedale.

L'anziano che si ricovera in ospedale di solito è portatore di una polimorbilità e spesso assume diversi e numerosi farmaci con il rischio di sviluppare una reazione avversa. Il geriatra è un vero specialista della complessità, nel senso che è in grado di individuare la patologia che ha determinato l'evento acuto e che è a rischio di determinare la perdita dell'autonomia da parte del paziente. Nel fare ciò opera con intensività, perché in ambito geriatrico il tempo è tiranno e le attese producono condizioni cliniche che spesso esitano in invalidità permanenti. Un buon intervento in acuzie riesce quasi sempre a contenere le devastanti complicanze e a ri-

Geriatria, attualità e prospettive

di **Fernando Giuliano**

Tra il 12 ed il 15 maggio si è tenuto a Roma il XXII Congresso nazionale dei geriatri ospedalieri.

Al neo presidente della Società italiana geriatri ospedalieri abbiamo formulato alcune domande:

Quali sono gli obiettivi principali della Società dei geriatri ospedalieri?

La Società, in via prioritaria, è impegnata fin dall'epoca della sua costituzione, concretizzata nel 1976 dal prof. Massimo Palleschi, a identificare i compiti e le funzioni specifiche della Geriatria ospedaliera, a qualificarne le varie attività nell'ambito dei reparti per acuti ed a realizzare una nuova cultura dell'anziano. L'anziano come persona, soggetto di diritti, che necessita di un approccio nuovo e globale che è possibile ese-

guire dopo una attenta valutazione delle condizioni cliniche, sociali, economiche, affettive, ambientali (Valutazione Multidimensionale Geriatrica).

L'anziano, quindi, valutato nella sua reale dimensione e meritevole di tutto ciò che la moderna medicina è in grado di assicurare, senza discriminazione alcuna.

La Società scientifica ha altresì lo scopo di sviluppare, promuovere, favorire la lotta contro l'emarginazione, l'invalidità e la cronicizzazione del malato anziano ricoverato in ospedale e di attuare l'indispensabile collegamento con il territorio per realizzare una valida ed integrata rete di servizi a favore dell'anziano malato.

Si prefigge pertanto di essere organo tecnico di guida per la politica sanitaria per l'anziano.

La Società promuove attività di ricerca clinico-epi-

demologica in ambito geriatrico e gerontologico organizzando studi, convegni e corsi di formazione ed addestramento a favore di medici geriatri ed operatori sanitari ospedalieri, ivi compresa l'attività di aggiornamento professionale e di formazione permanente nei confronti degli associati con programmi annuali di attività formativa ECM.

Rapporti con le istituzioni?

La Società collabora con il ministero della Salute, le regioni, le Aziende sanitarie e gli altri organismi e istituzioni sanitarie pubbliche; promuove la partecipazione di trials di studio e di ricerche scientifiche finalizzate e rapporti di collaborazione con altre società e organismi scientifici.

Attualmente collabora con il ministero della Salute e con l'AIFA nell'ambito del Working Geriatric Group

Il progetto prevede di aggiungere al triage un codice denominato "Codice Argento" che servirà ad identificare il paziente geriatrico acuto ed a rischio di perdita della sua autonomia

durre la cronicizzazione di quadri clinici.

Il geriatra inoltre, per la sua formazione, è portato a considerare la malattia non fine a se stessa ma a considerarla come momento di rottura di un equilibrio mantenuto a volte con grande difficoltà da parte dell'anziano: basti considerare la trasformazione della famiglia tradizionale, la frequente solitudine a cui vanno incontro i grandi vecchi. L'uscita da casa, dal proprio ambiente, il ricovero, la degenza prolungata a volte si trasformano in una immobilità forzata che rompe l'equilibrio precedente e che inevitabilmente gli apre le porte dell'istituzionalizzazione.

Le previsioni dicono che la popolazione sarà sempre più anziana: che cosa significa questo per il geriatra?

Di fronte al progressivo invecchiamento della popolazione il geriatra nei prossimi anni sarà sempre più chiamato a gestire le grandi acuzie del vecchio, ma soprattutto a contrastare l'emergente fenomeno della cronicizzazione indotta spesso da non tempestivi o ritardati interventi: un

esempio per tutti può essere il ritardo con cui vengono sottoposti gli anziani all'intervento di protesi per frattura di femore o i ritardi di accesso alle cure in ambito ospedaliero per i pazienti fragili. Proprio per questo la nostra Società ha contribuito alla realizzazione del progetto "Codice Argento" del ministero della Salute, un progetto sperimentale che dovrà aggiungere ai codici attuali del triage un codice denominato "Codice Argento" che servirà ad identificare il paziente geriatrico acuto ed a rischio di perdita della sua autonomia. Questi pazienti avranno così una corsia preferenziale, una diagnosi tempestiva ed un intervento terapeutico adeguato.

Veniamo alle grandi questioni etiche e all'impegno per contrastare l'ageismo.

L'ageismo è un fenomeno definito come "un processo sistematico di stereotipo e discriminazione contro le persone per la loro condizione di essere anziane, allo stesso modo dei termini discriminatori di razzismo e sessismo" (Nelson T, 2002).

Nonostante la popolazio-

ne mondiale sia sempre più anziana, l'ageismo rispetto alle altre forme di razzismo ha avuto sino ad ora minore attenzione. L'invecchiamento viene istintivamente associato in medicina all'inevitabile presenza di patologie e riduzione dello stato di salute. Infatti, la rappresentazione dell'anziano è spesso impropriamente associata a concetti di disabilità e fragilità, ad indicare che nell'immaginario collettivo lo stereotipo di anziano più comune è quello di un individuo non indipendente, e con deficit funzionali e/o cognitivi.

Per contrastare questo stereotipo, stante il progressivo incremento del numero di anziani con mantenute capacità cognitive ed autonomia funzionale, si è arrivati a parlare di invecchiamento di successo ("healthy aging" o "aging well"). Quest'ultimo sembra rappresentare, infatti, una forma di invecchiamento inusuale (l'eccezione piuttosto che la regola). Questa considerazione crea le condizioni per implementare varie strategie di gestione dell'invecchiamento sia nelle forme fisiologiche che in quelle patologiche. D'altro canto nell'età avanzata si configurano quadri clinici complessi, a causa della contemporanea presenza nello stesso individuo di più malattie, spesso ad andamento cronico, e non necessariamente disabilitanti. Tale condizio-

ne configura nell'anziano un quadro clinico complesso, meglio conosciuto come multimorbidità. Lo specialista geriatra ha il ruolo di individuare la patologia preminente, di trattarla o fronteggiarla, nel tentativo di impedire la perdita dell'autonomia funzionale. Per realizzare tale intervento occorre possedere una profonda cultura geriatrica in grado di contrastare ogni forma strisciante di ageismo.

Le grandi questioni etiche che si pongono nel fine vita, per il geriatra non possono prescindere dalla considerazione che l'anziano è e rimane sempre una persona, un soggetto di diritto. La vita è un valore e come tale non è mai negoziabile: da qui l'impegno massimo, nel rispetto della volontà del paziente, di adoperarsi per mantenere una qualità di vita accettabile, di alleviare il dolore, contrastare il dolore, di alleviare e di contrastare ogni forma, anche subdola, di eutanasia.

Il geriatra è chiamato, di fronte ad un paziente giunto alla fine del suo percorso di vita, ad esprimere il meglio della medicina geriatrica, adoperandosi ed attuando la medicina palliativa, cioè quella medicina che coniugando la "professio", la "compassio" e l'"humanitas" da arte del sanare diventa arte del curare, raggiungendo così la più sublime delle interpretazioni della nostra millenaria professione. •

Progetto salute donna militare

Screening ginecologico sulle donne soldato negli istituti aeronautici, esempio di prevenzione a supporto del Servizio sanitario nazionale

di Mauro Miserendino

L'ospedale di Baggio si apre ai milanesi per gli esami di laboratorio, a Roma parte un protocollo di collaborazione tra sanitari degli ospedali San Giovanni e Celio e ora a Padova uno screening uro-andrologico sui militari in collaborazione tra Asl ed Esercito. Ma forse il primo esempio in ordine di tempo di "sussidiarietà" che dobbiamo alla Sanità militare è la presa in carico della prevenzione ginecologica, offerta ormai da oltre un anno dagli Istituti medico legali dell'Aeronautica di Milano e Roma alle dipendenti militari e civili del ministero della Difesa ed alle familiari di tutti i dipendenti. Si tratta del "Progetto salute donna militare": check up mirato a riconoscere precocemente tumori di mammella, utero, ovaie e pelvi. Nata da un'idea del Generale Ispettore Capo Ottavio Sarlo, attuale capo del Corpo sanitario e dell'Amministrazione militare e direttore della Direzione generale Sanità militare (Difesan), la sperimentazione copre tutte le fasi del ciclo lavorativo, dai 20 ai 69 anni, ed un bacino d'utenza potenziale di decine di migliaia di donne. Le

donne interessate possono avere gran parte degli esiti diagnostici nella stessa giornata dell'esame e – se affette da patologia – entrano in un circuito assistenziale "civile" (ma a Roma ne fa parte anche il Celio) dove la parola d'ordine è efficienza e responsi rapidi. Un motto ben rispettato all'Istituto medico legale (IML) Angelo Mosso di Milano. È in questa struttura, guidata dal Generale Silvio Porcù, che il Tenente Colonnello Emanuele Garzia illustra i primi risultati dello screening avviato in parallelo con Roma a gennaio 2009.

Al "Progetto salute donna militare" possono accedere tanto le donne del Corpo aeronautico quanto quelle di altri Corpi (Esercito, Carabinieri, Guardia di Finanza); tanto il personale aeronautico navigante quanto il personale non navigante; tanto le civili quanto le militari. Tutte, in questi casi, gratuitamente. Le familiari invece pagano il ticket minimo che sarebbe richiesto se ad effet-



tuare la prestazione fosse il Servizio sanitario nazionale: mai più di 50 euro.

"A Milano – spiega il Tenente Colonnello Garzia – nel primo anno allo screening è stata dedicata solo la giornata del martedì di ogni settimana per ragioni organizzative (l'Istituto si occupa di molte attività, e tra queste dei controlli periodici a piloti e hostess dell'aviazione civile,

ndr). In questo arco di tempo, sono state esaminate 153 utenti, di cui 88 esterne e 65 dipendenti dell'amministrazione della Difesa. Si sono sottoposte a esame soprattutto militari dell'Esercito e delle Fiamme Gialle. Distanziate, quanto a frequenza, le donne dell'Aeronautica: tanto il personale navigante, che è oggetto ogni 6 mesi/1 anno di visite di controllo e certificazioni periodiche, quanto quello non navigante, meno rappresentato nell'area milanese".

"La visita – continua Garzia – è propedeutica agli esami veri e propri, che consistono

Al Progetto possono accedere le donne del Corpo aeronautico e quelle di altri Corpi; il personale aeronautico navigante, quello non navigante e le civili

nel Pap-test e nella visita senologica (annuali), nell'ecografia pelvica trans vaginale (biennale), nella densitometria ossea e naturalmente nella mammografia. Quest'ultima è offerta con cadenza annuale dopo i 40 anni o in caso di stretti consanguinei colpiti da tumore; in caso di basso rischio oncologico il radiologo può chiedere un controllo a due anni, intervallato da un'ecografia bilaterale; può altresì ritenere opportuna, per ulteriore accertamento, la stessa ecografia subito dopo la mammografia". Seguendo i protocolli internazionali, se c'è necessità di approfondire, si praticano esami di secondo livello. "In questo caso – spiega Garzia – nella stessa giornata eseguiamo e refertiamo anche colposcopia, sono-isterografia, oppure offriamo consulenza psicologica o dermatologica". Nei primi 12 mesi di attività sono stati effettuati all'IML Angelo Mosso 135 pap-test, 182 visite ginecologiche, 165 ecografie pelviche, e sono state diagnosticate sia patologie tumorali sia altre "impreviste" (cisti ovariche, endometriosi, polipi endometriali, infezioni da HPV-papillomavirus, tubercolosi pelvica), tutte trattate farmacologicamente o chirurgicamente in tempi brevi nei centri assistenziali di riferimento. L'IML Mosso è in contatto preferenziale con l'Istituto oncologico europeo per la patologia mammaria e con l'Università degli Studi di Milano e l'Ospedale San Paolo per la ginecologia. "Stiamo cercando di intro-

L'obiettivo è quello di costituire un grande database della salute della donna e di disporre di campioni rappresentativi di tutta la popolazione femminile

durre ulteriori prestazioni, dall'ibridazione in situ per la diagnostica del papilloma virus, che potrebbe permettere screening più mirati sul collo dell'utero, all'esecuzione di marker tumorali di laboratorio nelle pazienti ad alto rischio oncologico o in follow up per neoplasia già trattata. Salvo che per la lettura dei vetrini Pap-test, diagnostica per la quale ci appoggiamo ad un consulente esterno, operiamo con personale dell'Istituto: tecnici specialisti, due medici radiologi, una dermatologa, una psicologa disponibili a richiesta, e io, che coordino il gruppo in qualità di ufficiale medico. Analogo lavoro – puntualizza Garzia – si effettua all'Istituto medico legale Aldo Di Loreto di Roma, che per la verità ha un *quid* in più rappresentato dalla possibilità di fare riferimento all'ospedale Celio per gli esami più difficili, di

terzo livello. Inoltre, il Celio può trattare anche la degenza dei casi patologici individuati a Roma". In ogni caso, tanto l'esperienza milanese quanto quella romana dimostrano che una fetta essenziale dell'assistenza all'adulto – la prevenzione – può essere presa in carico all'esterno del Ssn con altrettanta efficienza, efficacia e rapidità da strutture e uomini del ministero della Difesa. Spiega il Generale Porcù: "Nel nostro Istituto la prevenzione è storicamente insita nell'attività di accertamento dell'idoneità del personale del corpo aeronautico. Con il "Progetto salute donna" l'abbiamo incentivata, rivolgendoci potenzialmente a tutto il mondo militare, con l'obiettivo di costituire un grande database della salute dell'"altra metà" del cielo, e di disporre di campioni rappresentativi di tutta la popolazio-

ne femminile. Un secondo obiettivo riguarda più da vicino il personale militare aereo-navigante e non, inviato in missioni all'estero, per il quale una prevenzione accurata integra l'offerta assistenziale alla quale già provvediamo".

È difficile prevedere se gli screening si estenderanno ad altri Corpi dove la donna è ancor più rappresentata (come la Polizia di Stato, prima ad accoglierle già nel 1981). Ma una cosa è certa: tutta la Sanità militare si sta riorganizzando così da meglio collegare le proprie strutture, economizzare gli sforzi e supportare ove necessario il Servizio sanitario nazionale. "Per noi – sottolinea Porcù – fare prevenzione ha un duplice significato: da una parte portiamo a un'attività diagnostica ed epidemiologica il rigore della produzione certificatoria medico-legale; dall'altra ci caratterizziamo per l'approccio alla persona e l'umanizzazione necessarie al fine di una corretta medicina preventiva e di un rapporto di fiducia duraturo con il nostro personale". •

E A PADOVA LE ASL FANNO PREVENZIONE URO-ANDROLOGICA CON L'ESERCITO

Dopo la prevenzione per le donne arriva quella per gli uomini. È stata presentata il 3 maggio a Padova la nuova campagna d'identificazione precoce delle malattie uro-andrologiche che coinvolgerà personale militare e civile di Forze armate, Corpi armati dello Stato e loro familiari di primo grado (questi ultimi su richiesta). Lo screening "maschile" è stato attivato dal Comando sanità della Regione Nord, diretto dal Generale Mario Martinelli, in collaborazione con il dipartimento Sanità dell'Esercito italiano, diretto dal Generale Federico Marmo, e con le tre Aziende sanitarie locali (15, 16 e 17) della Provincia di Padova. L'obiettivo è duplice: nelle fasce più anziane, prevenire i tumori e le patologie prostatiche; nei più giovani identificare e monitorare eventuali malformazioni e deficit della sfera riproduttiva. Quest'ultimo tipo di prevenzione, da sempre presente nel mondo militare, è venuto un po' meno con l'abolizione della leva obbligatoria. L'obiettivo è attivare una ricerca epidemiologica comune con gli enti del Servizio sanitario per riavvicinare soprattutto i più giovani alla prevenzione e a una gestione responsabile della propria salute.

È sfida totale ai tumori della tiroide

Approccio globale nelle varie fasi della diagnosi e della terapia per aiutare il paziente anche dal punto di vista psicologico, ma il percorso continua anche dopo, in un'idea di ospedale che ruota attorno al malato. L'esperienza di Marialuisa Appetecchia, responsabile dell'Endocrinologia all'INT 'Regina Elena' di Roma

di Orfeo Notaristefano

Da oltre vent'anni Umberto Veronesi ci ha insegnato che non si deve più parlare del tumore come male incurabile. Ha scritto anche un libro, intitolato appunto "Un male curabile", ed era luglio del 1986, quando appena si conoscevano gli anticorpi monoclonali. Veronesi voleva così dare il segno che i progressi della ricerca, della scienza medica, nonché dell'organizzazione di alcuni reparti oncologici possono dare le risposte giuste, in termini di terapie e di assistenza, a pazienti colpiti da questa patologia: risposte capaci di riportarli alla vita. Oggi sempre più numerose

forme tumorali possono essere curate, tanti tumori sconfitti, tanti malati possono raccontare la loro esperienza di ingresso e di uscita dalla malattia.

Importante è crederci, soprattutto per i medici che si occupano di queste patologie, specialmente quelli che lo fanno non solo con professionalità, ma anche con scrupolo, con dedizione, con la passione della loro mission, che non vuol dire solo curare, ma prendersi cura. *I care.*

È il modo, quindi, che è importante, oltre che la cura in sé. E, nel nostro viaggio nella sanità che funziona, nella sanità 'umanizzata', impattiamo questa volta con il servizio di Endocrinologia del-

l'Istituto nazionale tumori 'Regina Elena' di Roma-Mo-stacciano. L'Istituto Regina Elena, assieme al San Gallicano, costituisce l'Istituto nazionale tumori di Roma.

A dirigere il servizio è la professoressa Marialuisa Appetecchia, che parla del merito e del metodo con cui affronta i tanti casi di pazienti affetti soprattutto da tumori alla tiroide, pazienti spesso provenienti non solo da Roma e dal Lazio, ma anche dalle regioni del Mezzogiorno.

Marialuisa Appetecchia inquadra così l'attività dell'Unità operativa (UO) che dirige: "Ci occupiamo soprattutto della diagnosi ed il trattamento delle patologie a rischio oncologico o fran-



Marialuisa Appetecchia

camente maligne di tiroide, ipofisi, surreni e dei tumori neuroendocrini. La struttura si occupa inoltre di diagnosi e terapia del deficit di GH in pazienti adulti e dal 2003 è Centro di riferimento regionale per la prescrizione del GH (ormone della crescita nell'adulto) nei pazienti con diagnosi di deficit di questo ormone".

Ma il prendersi cura del paziente da parte dell'UO di Endocrinologia vuol dire anche indirizzarlo verso altri reparti, qualora si riscontrino altre implicazioni derivanti dalla patologia originaria. Fondamentale pertanto è il collegamento con le altre unità operative dell'Istituto, quali le chirurgie, nonché con ginecologia, medicina nucleare, neurochirurgia, oncologia, radiologia, radioterapia, urologia. "Diciamo che è il nostro modo di lavorare in rete – spiega Appetecchia – di non tralasciare alcun aspetto nell'anamnesi e nella diagnosi di ogni singolo caso ed è questo il senso dell'approccio globale e multidisciplinare, consapevoli come siamo che la medicina debba curare il paziente, non la



malattia". D'altra parte esistono già in Istituto gruppi di studio interdisciplinari per affrontare i casi più complessi o più critici, per arrivare a decisioni diagnostiche comuni.

Ma quali sono i macrodati, le dimensioni del fenomeno dei tumori tiroidei in Italia? Marialuisa Appetecchia fornisce sinteticamente questo quadro della situazione: "Il cancro della tiroide è la più comune neoplasia endocrina maligna e rappresenta il 3-5 per cento di tutti i tumori umani. Si può manifestare a tutte le età, con massima incidenza tra i 25 ed i 65 anni e in prevalenza nel sesso femminile. Ha un'incidenza da 2 a 4 volte più alta nelle donne che negli uomini. Il cancro della tiroide è raro nei ragazzi di età inferiore a 16 anni (tra 0,02 e 0,3 casi per 100 mila bambini); è eccezionale prima dei 10 anni. Nelle donne l'incidenza cresce dai 16 ai 40 anni e poi raggiunge un plateau. Negli uomini l'incidenza più alta si ha tra i 75 ed i 79 anni quando è comparabile a quella delle donne. L'incidenza massima si ha tra i 45 ed i 50 anni. Come per altri tipi di neoplasie, nella maggior parte dei casi le ragioni alla base dello sviluppo del cancro della tiroide rimangono ignote. Sono stati tuttavia identificati molti fattori di rischio quali la predisposizione genetica (soprattutto per alcune forme di carcinoma midollare), il sesso e l'esposizione a radiazioni ionizzanti esterne nella regione della testa e del collo, soprattutto in età infantile".

È la più comune neoplasia endocrina maligna e rappresenta il 3-5 per cento di tutti i tumori umani

I percorsi giusti possono pertanto essere decisivi nella cura di una malattia, che di per sé può generare paura: "Il carcinoma della tiroide è un tumore maligno che colpisce la ghiandola tiroidea". Passare dal brivido di questa descrizione a un percorso terapeutico il più possibile sostenibile per il paziente è la scommessa su cui l'équipe medica può investire. Anche perché – spiega Appetecchia – "la sopravvivenza, dopo la cura, è molto elevata (oltre l'80 per cento a dieci anni dalla dia-

gnosi per le forme ben differenziate)".

Purtroppo ci sono casi in cui l'esito delle cure non dà i risultati auspicati e quasi sempre il motivo è da ricercarsi nel ritardo di comparsa di alcuni sintomi, con conseguente ritardo della diagnosi. "È stato stimato che circa il 5 per cento delle tiroidi esaminate in corso di autopsia presenta una forma tumorale non diagnosticata quando la persona era in vita – sostiene Appetecchia – . Ciò significa che il cancro della tiroide è più comune di quanto si pensi, ma che

Il sito web dell'Istituto "Regina Elena", www.ifo.it

La sopravvivenza, dopo la cura, è molto elevata: oltre l'80 per cento a dieci anni dalla diagnosi per le forme ben differenziate

spesso non dà segni di sé perché cresce molto lentamente ed è poco invasivo". Importante sarebbe, pertanto, non solo che si conoscessero i sintomi (ben noti ai medici, ma difficili da decodificare per i pazienti), ma soprattutto che ci fosse la consapevolezza di quali siano i fattori di rischio accertati. La professoressa Appetecchia li riassume così: "Il cosiddetto gozzo tiroideo, una crescita benigna della ghiandola dovuta a carenza di iodio che però può predisporre alla trasformazione maligna delle cellule; l'esposizione a radiazioni di vario genere". Tra le terapie più innovative, quella mirata alla correzione del deficit dell'ormone della crescita (GH). La carenza dell'ormone della crescita nell'adulto, conseguente a tumori cerebrali o ipofisari, può determinare ripercussioni in vari organi e apparati.

"La terapia con l'ormone della crescita migliora la performance cardiaca e muscolare, la qualità di vita del paziente, il rapporto massa magra/massa grassa ed il profilo lipidico, riducendo i fattori di rischio cardiovascolari, la formazione di placche aterosclerotiche, la mortalità cardiovascolare ed il rischio di osteoporosi e di fratture". Marialuisa Appetecchia parla con semplicità della diagnosi e delle terapie di queste patologie, proprio perché nella sua forma mentis c'è la tendenza a puntare tutto sull'innovazione e sulla ricerca, per una sfida continua, giornaliera, contro un male che si può sconfiggere. •

Che cosa fare quando Morfeo ci abbandona

Il 15 per cento circa di persone è affetto da insonnia ed il numero aumenta notevolmente nella terza età, più che raddoppiandosi. Una serie di raccomandazioni su come ricondizionare un buon sonno. Opportuna cautela nell'uso di benzodiazepine ed ipnotici

di Maurizio Zomparelli (*)

Morfeo era il dio del sonno che prendendo sembianze umane o quelle delle cose sognate accompagnava il riposo sfiorando gli occhi dei dormienti con i papaveri, regalando in questo modo delle realistiche illusioni.

Dalla mitologia al presente il sonno è, e rimane per l'uomo, un mondo tutto da scoprire, proprio perché è vissuto solo nell'immaginazione e nel ricordo, una sua interpretazione spesso ha cambiato il modo stesso di affrontare la realtà, dandogli il significato di premonizione e preveggenza.

Ma quando Morfeo ci abbandona? Ecco manifestarsi l'incubo e la sofferenza dell'insonnia, con le



conseguenze che andremo a valutare.

Statistiche recenti parlano ed evidenziano di un 15 per cento circa di persone affetto da tale disturbo che aumenta notevolmente sino ad arrivare al 35 per cento circa nella terza età, soprattutto a carico delle donne.

Con l'avvento dell'elettroencefalogramma è stato possibile studiare il sonno, monitorando l'attività elettrica cerebrale, e suddividerlo in fasi, distinguendole in due fondamentali: il sonno leggero ed il sonno profondo. Nella fase profonda definita rem (rapid eyes move-

ment), avviene quella che definiamo la fase della rielaborazione dell'esperienza accumulata nel giorno o rielaborazione del vissuto.

Freud nel *Die Traumdeutung* studiò l'interpretazione dei sogni dividendoli in contenuti: quello manifesto, che rielabora il sogno al risveglio e la sua storia ed i contenuti simbolici che la raccontano, e quello latente, che lo rielabora attraverso una interpretazione analitica dei simboli, quindi il sogno visto come una analisi regressiva dell'attività onirica verso la percezione del presente con la libera associazione tra quello che viene sognato ed il vissuto presente e passato delle proprie percezioni, liberando così l'io ovvero il super io che è inibito dalla realtà.

Tornando alla fisiologia del sonno, come non ricordare che mentre dormiamo il nostro apparato immunitario produce al massimo i suoi elementi cellulari e chimici, come pure il sistema emopoietico raggiunge la sua massima funzionalità, come il metabolismo esplica la sua funzione catabolitica necessaria ad espellere le tossine accumulate durante la fase digestiva, come la produzione di energia che viene immagazzinata nei tessuti muscolari ci consente il riavvio ed il rinnovo della nostra capacità lavorativa. Tutto questo per ricordarci che il sonno ha ed esplica una

Mentre dormiamo il nostro apparato immunitario produce al massimo i suoi elementi cellulari e chimici

vera funzione ristoratrice ed energizzante del ciclo vitale del bioritmo quotidiano.

Circa la durata del sonno, si può affermare che la stessa è soggettiva e la sua efficacia dipende dai singoli nel giudicare soddisfacente il risveglio e la sensazione di essere riposati. In genere può variare da un minimo di quattrocinque ore al massimo di nove.

L'insonnia può manifestarsi sporadicamente a seguito di episodi scatenanti che causano ansia nei soggetti colpiti, oppure può cronicizzarsi attraverso l'attivazione di meccanismi di riflesso condizionanti come i rituali dell'insonnia stessa, meccanismi che una volta memorizzati nel comportamento non consentono di attivare le fasi che precedono il sonno.

Ci si avvia verso una insonnia iniziale caratterizzata da una difficoltà ad addormentarsi ed una insoddisfacente sensazione di riposo al risveglio, per poi passare ad una insonnia intermedia o centrale complicata da continui e prolungati risvegli ed una insonnia terminale causata da una incapacità sia ad addormentarsi sia a mantenere un sonno profondo. I meccanismi di condizionamento dell'insonnia interferiscono con quelli naturali del sonno, infatti in un precedente articolo ho descritto l'eustress come la capacità di adattarsi alle situazioni stressanti ed ansiogene ambientali e la

reattività nell'affrontarle positivamente, mentre il distress è capace, attraverso l'alterazione del sistema neuroendocrino, di modificare i meccanismi fisiologici in patologici con una devianza del comportamento tale da determinarne uno stato di malattia.

La psicoterapia moderna interviene direttamente su questi meccanismi, modulandoli e rielaborandoli con tecniche di modifiche cognitive comportamentali o alterando il ritmo dei rituali che li anticipano come suggeriscono alcune terapie ericksoniane, i tempi e la risoluzione del problema possono variare in base ai fattori scatenanti che li determinano.

Può essere utile ricorrere all'agopuntura, o alla omeopatia con l'uso di granuli di coffea cruda prima di dormire, o di ignatia amara nel caso di concomitanti traumi affettivi o lutti, o della nuxvomica quando l'insonnia si accompagna a continui risvegli notturni con pirosi gastrica e disturbi digestivi, oltre alla fitoterapia con l'uso di numerose erbe che possono essere assunte in misture che comprendono la valeriana, il biancospino, la camomilla, l'escoltzia e la passiflora.

Ma le raccomandazioni su come ricondizionare un buon sonno efficace possono raccogliersi nei seguenti consigli: evitare l'uso di sostanze eccitanti prima di coricarsi, evitare



di abbondare con la carne che contiene tiroxina che stimola il sistema neuroendocrino, preferire cibi che stimolano la produzione della serotonina come la frutta, le verdure e la pasta, fare uso di una bevanda calda che determina la distensione ed il rilassamento della muscolatura liscia dell'apparato digerente (tisane o latte), la lettura di un libro non impegnativo, l'uso del training autogeno con tecniche yoga o di autoipnosi, il condizionamento musicale di melodie rilassanti come la new age o quella classica, evitare pensieri ossessivi ma concentrarsi su immagini e sensazioni di un vissuto positivo (rimembrare il periodo delle vacanze e/o di posti esotici o di natura incontaminata) ove ci si immagina immersi nel calore e nel piacere delle im-

magini e delle sensazioni memorizzate.

Il distacco dai fattori condizionanti l'attivazione del distress è l'arma vincente per ricondizionare il sistema da patologico in fisiologico, senza entrare nell'ansia di volerlo risolvere a tutti i costi e subito, perché lo stesso alimenterebbe il circolo paranoico che lo determina. Infine l'uso di benzodiazepine ed ipnotici quando le precedenti terapie falliscono può rappresentare una valida soluzione a patto che non venga prolungato nel tempo, per evitare sia l'assuefazione e dipendenza, sia gli effetti paradossali tossici e dannosi per la salute del soggetto sofferente da insonnia. •

(*) *Maurizio Zomparelli, docente della Società medica italiana di psicoterapia*

Gerolamo Cardano, non solo il “giunto”

Conosciuto oggi più per le sue scoperte matematiche e meccaniche, fu nel XVI secolo anche un famoso e apprezzato medico.

Della sua vita travagliata ci rimane la testimonianza della sua autobiografia (*De vita propria*), pubblicata postuma nel 1643

di Luciano Sterpellone

Con una punta d'orgoglio ricordiamo che l'aggettivo “cardanico” riferito al noto “giunto” dell'auto, deriva dal nome di un medico nato a Pavia nel 1501 ed entrato ufficialmente anche nella storia della Medicina: Gerolamo Cardano. Dopo la laurea a Bologna, era andato a Milano per intraprendere la professione. Ma v'era un grosso impedimento: suo padre Facio, avvocato e matematico, aveva avuto la pessima idea di concepirlo con la sua amante, Clara Micheri, perciò, come illegittimo, Gerolamo era considerato “bastardo”, quindi indegno di essere accolto nel Collegio dei Medici (*Nobili physici*) milanesi, requisito questo essenziale per esercitare nella città. Andò allora a fare il medico condotto a Saccolongo, vicino a Padova, trovando anche il tempo di compilare scritti sulla terapia, sulla peste, sulle malattie veneree e...sull'immortalità dell'anima. Poi, racimolato un po' di denaro ritenne la via di Milano: questa volta il Collegio - bontà sua - gli consentì solo di assistere alle adunanze; ma Gerolamo, offeso, scrisse allora un *libellus* - *De malo recen-*

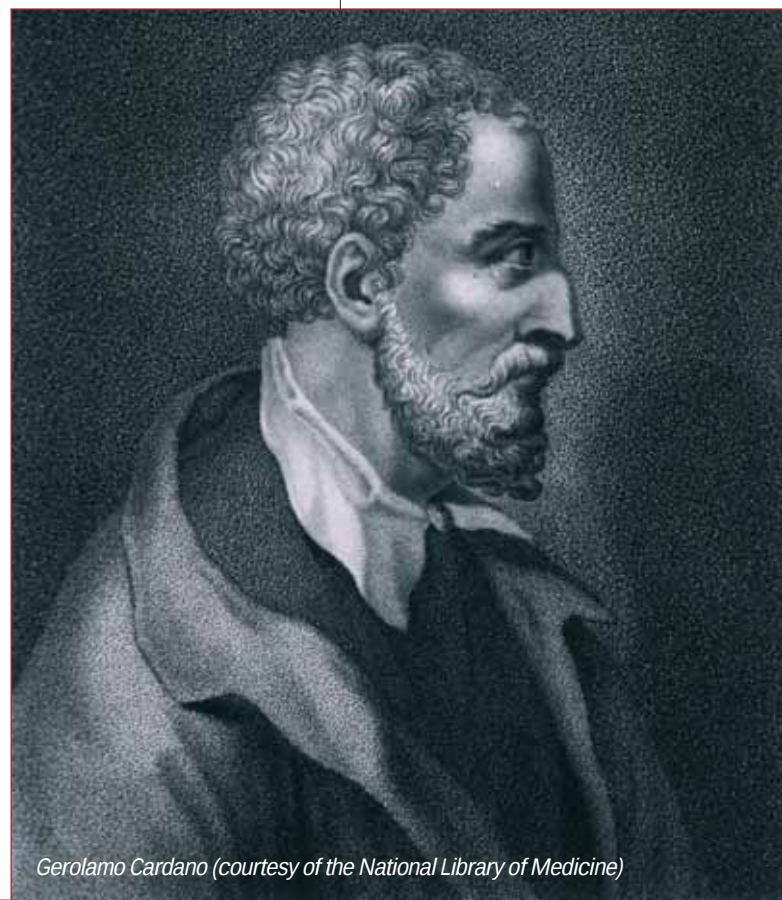
tiorum medicorum medendi usu, in cui denunciava i ben 72 errori della pratica medica corrente. E prese a occuparsi anima e corpo dei suoi interessi preferiti: filosofia, alchimia, astrologia, ma principalmente matematica e fisica. Il suo “giunto articolato”, un'invenzione davvero geniale e rivoluzionaria, fu applicato per la prima volta nel 1548 nella carrozza dell'Imperatore del Sacro Romano Impero Carlo V. I libri che scrisse nel frattempo gli fruttarono un ripensamento del Collegio dei Medici, che si degnò finalmente di accoglierlo nel proprio seno. Ottenne l'incarico di lettore di Medicina a Pavia, ma le sue lezioni erano di solito rivolte a banchi desolatamente vuoti; pertanto, non venendogli per questo più corrisposto lo stipendio (secondo l'uso del tempo) rinunciò all'incarico. Sarà il suo nuovo libro *Ars magna* a portargli fortuna e a dargli improvvisamente fama in tutta l'Europa, sino a giungere all'orecchio di John Hamilton, il quarantenne arcivescovo del St. Andrew's di Edimburgo, il quale da dieci anni soffriva di accessi di asma bronchiale che gli facevano temere di essere tubercoloso.

I medici sin'allora giunti in Scozia dalla Corte francese

e spagnola avevano sentenziato che tutto derivava dal fatto che il suo cervello era “freddo e umido”, donde un accumulo di una secrezione di flegma “che scolando attraverso l'arteria trachea nei polmoni” provocava tosse, espettorazione e dispnea (la trachea veniva detta “arteria”, intesa etimologicamente come “via per l'aria”; trachea dal greco *trachūs*, perché rugosa).

Udito il nome di Cardano, nel 1552 l'arcivescovo lo fe-

ce chiamare a Edimburgo aggiungendo all'invito l'allettante somma di 400 corone d'oro “per le prime spese”. Il medico non se lo fece ripetere due volte: ma, giunto in loco, per quaranta giorni non prese alcun provvedimento, limitandosi ad osservare e annotare in silenzio tutto quel che faceva il dottor Cassinate, medico personale dell'alto prelado. Poi convocò gli altri medici e senza mezze parole disse loro che non avevano capito nulla: il cervello dell'arcivescovo non era affatto freddo e umido, ma...caldo e secco! Il che a suo avviso faceva sì, “che gli umori distillati nello stomaco risalissero



Gerolamo Cardano (courtesy of the National Library of Medicine)

al cervello e ai polmoni, qui-
vi provocando i suddetti di-
sturbi”.

Stilò allora una chilometrica
ricetta (*consilium*) nella qua-
le, dopo aver tessuto lodi
spericolate sull'autorità di
Galenò (estinto millequat-
trocento anni prima!) elen-
cava (con grande stizza del
paziente) una drastica serie
di veti dietetici e libatori, pre-
scrivendo inoltre - “per spur-
gare dagli umori il cervello e
i polmoni” - applicazioni di
un unguento revulsivo sul-
l'apice del cranio (*sic*) e la
sommministrazione di una mi-
scela di latte, acqua ed eleu-
terio attraverso le narici.

Ora, chi sta leggendo queste
righe - pur giustificando Ge-
rolamo Cardano alla luce del
precario “stato dell'arte me-
dica” del suo tempo - si chie-
de il perché egli sia entrato
nella storia della Medicina.
Il fatto è che, tra le suddet-
te prescrizioni, figurava an-
che quella di far dormire il
paziente non più sul mate-
rasso di piume sul quale Ha-
milton riposava abitual-
mente, ma su di uno riem-
pito con cascame di seta; e
anche il cuscino non dove-
va più essere ripieno di stri-
sce di cuoio, ma di stoffa.

In altre parole, pur se solo
empiricamente, Cardano
aveva intuito che i disturbi
dell'arcivescovo dipendeva-
no tutti da quella condizio-
ne che oggi chiamiamo “al-
lergia” (in questo caso ver-
so le piume) ben quattro-
cento anni in anticipo sugli
scienziati dei primi del 1900.
Come lo stesso medico rife-
risce nel suo *De vita propria
liber* in breve il paziente si
sentì meglio e guarì, ricom-

pensandolo con altre 1400
corone d'oro (una vera for-
tuna), più un collare d'oro,
un cavallo da sella intera-
mente bardato, e un'infinità
di altri doni “tanto che nes-
suno del mio seguito se ne
partì a mani vuote”.

Quando però si dice la cat-
tiva sorte. Cardano, che era
anche un esperto astrologo,
invitato qualche tempo pri-
ma a predire il futuro al Re
di Scozia e dello stesso Ar-
civescovo, aveva ovvia-
mente sentenziato che sa-
rebbe stato quanto mai ra-
dioso. Ma di lì a poco il pri-
mo morì di tubercolosi, il
secondo fu impiccato dai ri-
formatori scozzesi. Così, a
che la Scozia conservasse
almeno la sua buona fama
di medico, a questi non re-
stò che rifare precipitosamente le valigie...

Tornato in Italia, insegnò
Medicina a Milano, Pavia e
Bologna, e praticò le prime
nephrectomie e uretrotomie
“togliendole dalle mani dei
praticoni”; inoltre, inconsa-
pevole antesignano del rus-
so Voronoff, consigliò l'im-
piego di estratti di testicoli
di toro nei soggetti deboli e
depressi. Scrisse oltre un
centinaio di libri tra i quali
il *De methodo medendi*, il
De sanitate tuenda e il *De
causis signis ac locis mor-
borum*, stampato nel 1582 a
Basilea dopo la sua morte.
Degno di nota anche il *Liber
de ludo aleae*, sui rischi del
gioco, in cui l'eclettico me-
dico e matematico - accanito
giocatore di dadi e di car-
te - riuscì ad elaborare e de-
scrivere la teoria delle pro-
babilità.

Ma la fortuna gli voltò im-

HIERONYMI CAR- DANI, PRÆSTANTISSIMI MATHE- MATICI, PHILOSOPHI, AC MEDICI, ARTIS MAGNÆ, SIVE DE REGVLIS ALGEBRAICIS, Lib. unus. Qui & totius operis de Arithmetica, quod OPVS PERFECTVM inscripsit, est in ordine Decimus.



HAbes in hoc libro, studiosè Lector, Regulas Algebraicas (Itali, de la Col-
la uocant) nouis ad inuentionibus, ac demonstrationibus ab Authore ita
locupletatas, ut pro pauculis antea uulgò tritis, iam septuaginta euaserint. Ne-
q; solum, ubi unus numerus alteri, aut duo uni, uerum etiam, ubi duo duobus,
aut tres uni æquales fuerint, nodum explicant. Hunc aut librum ideo seor-
sim edere placuit, ut hoc abstrusissimum, & planè inexhausto totius Arithmeti-
cæ thesauro in lucem eruto, & quasi in theatro quodam omnibus ad spectan-
dum exposito, Lectores incitarentur, ut reliquos Operis Perfecti libros, qui per
Tomos edentur, tanto auidius amplectantur, ac minore fastidio perdiscant.

Ars magna (1545) è la sua maggiore opera matematica. È qui che pubblica
il metodo risolutivo per le equazioni di terzo e quarto grado

provvisamente le spalle. Nel
1562 fu incarcerato dall'In-
quisizione per le sue idee
poco ortodosse e per aver
formulato un oroscopo di
Cristo. Venne assolto dopo
sette mesi previa abiura.
Quando dieci anni dopo il
nuovo papa Gregorio XIII
gli concesse una pensione e
l'ingresso al Collegio dei
Medici di Roma e tutto sem-
brava tornare nella norma,
Gerolamo Cardano fu tra-
volto da una tragedia fami-
liare: dei due figli avuti “do-
po anni di impotenza”, dal

“disgraziato matrimonio”
(così da lui definito) con Lu-
cia Bandarini, il primo ven-
ne decapitato dal boia per
avere avvelenato la moglie,
il secondo - noto per la vita
dissoluta e le mille malefat-
te - fu incarcerato dietro de-
nuncia dello stesso padre
per aver commesso un fur-
to. Triste fine per un medi-
co così eclettico, anticon-
formista, stravagante e ge-
niale, che alcuni storici, ma-
gari un po' esagerando, han-
no definito “il piccolo Leo-
nardo da Vinci”. •

La salute in Romania è ancora “in salita”

Situazione economica e ostacoli della politica rallentano i programmi governativi. Nonostante la crisi, propria anche di altri paesi balcanici, si registrano iniziative meritevoli d'essere segnalate

di Daniele Romano

La transizione all'economia di mercato per i paesi come la Romania si dimostra, nella lunga fase di cambiamento, un percorso a ritroso. Anche il sistema sanitario paga il prezzo dell'eredità storica burocratica e statalista. La spesa sanitaria procapite secondo l'Oms è di meno di 450 dollari a fronte di una media mondiale di circa 650.

Medici, infermieri e personale sanitario potrebbero essere sufficienti, solo che la maggioranza espatria o ha intenzione di farlo se riesce a superare i vincoli burocratici. Neppure le “manche” sono però sufficienti a frenare la fuga di giovani medici verso l'estero. Il 20 per cento dei laureati in medicina migra negli Usa, in Canada o nei paesi dell'Europa occidentale.

Chi rimane si deve adattare a condizioni che si possono definire di austerità. In Romania ci sono 1,86 medici ogni mille abitanti, la più bassa densità di tutti i paesi ex comunisti.

Una situazione simile a quella di Bulgaria, Russia e Armenia.

L'incidenza delle spese della sanità sul PIL è inchio-



data al 5 per cento più o meno decimali, mentre il mondo occidentale oramai è costretto a viaggiare a due cifre e comunque con grandi problemi per soddisfare la domanda di salute di una popolazione che invecchia.

D'altra parte i principi dell'Unione Europea che condannano discriminazioni di etnia per quanto riguarda

la salute e la priorità dell'accessibilità e della qualità sono solo un faro di buone intenzioni.

Dal 2007 l'ingresso nella UE ha portato una forte riduzione dei finanziamenti mondiali di importanti organizzazioni. La Romania è uno dei paesi europei più colpiti dalla crisi. Gli indicatori economici peggiorano, la classe politica non

riesce a rispondere ai segnali di disagio crescente che arrivano dalla società. Tutto questo potrebbe fornire le basi per una “esplosione della mamaliga”, il riferimento è alla tipica polenta rumena lasciata troppo a lungo sul fuoco, e indica la possibilità di una rivolta della popolazione esasperata.

E la bufera della crisi economica in Romania, con un dieci per cento di disoccupati, con poche previsioni di crescita ed una inflazione al 4 per cento, ha effetti devastanti su un sistema sanitario che non è ancora riuscito ad organizzarsi, per fondi, strumentazioni, valorizzazione della classe medica “costretta”, come gli ospedali pubblici, ad applicare un “listino” parallelo. I medici hanno un contratto con il Servizio sanitario ma sono spiccioli. Poche centinaia di euro ad un medico, poco più di 500 ad un primario. Con stipendi invece molto più alti riscossi dai colleghi europei. Il sistema assicurativo sanitario piange, non copre i livelli minimi. E così ci si arrangia. Il paradosso è che il Sistema sanitario prevede sanzioni penali dure per i manager, responsabili, ad esempio, di strutture ospedaliere che rifiutano di aggiungere letti e accettare pazienti anche quando si è ben oltre il completo.

Tutti lo sanno, nessuno ne parla, se non nei soliti termini scandalistici che hanno poco impatto su 22 milioni di esseri umani (medici inclusi).

Se non hai una qualche certificazione del tuo datore che assicuri che sei un contribuente, non puoi accedere alle cure di un medico di famiglia

In un articolo - inchiesta del "New York Times", il dottor Astarastoaes denuncia lucidamente che "c'è una comunione di intenti tra medico e paziente a fini corruttivi: nessuno vuole un medico assillato dal problema di sfamare i propri figli e pagare l'affitto di casa".

Con il risultato che il rapporto paziente medico diventa sempre più umiliante. Il paziente, dalle molte testimonianze raccolte, vive nell'ansia continua che i pochi soldi versati al medico non siano abbastanza per garantirsi la salute.

Tra i dati statistici più rilevanti per valutare lo stato del Sistema sanitario quello sulla speranza di vita: la Romania è tra i paesi europei messi peggio.

La speranza di vita media in Romania è di circa 70 anni, 66,5 anni per gli uomini e 73,2 per le donne. Secondo studi internazionali la speranza si è ridotta in modo drammatico negli anni della transizione; e la Romania non si discosta da quanto avvenuto in molti dei paesi dell'ex blocco comunista.

Un altro dei problemi è rappresentato dal fatto che molti cittadini non hanno un lavoro stabile e non possono, così, contrarre un'assicurazione medica.

"Se non hai un documento di lavoro o una qualche certificazione del tuo datore che assicuri che sei un contribuente, non puoi accedere alle cure di un medico di famiglia. È qui che inizia il problema", dice

Ioana Constantin, assistente sanitaria a Ferentari.

La Romania ha il più alto tasso europeo di incidenza della tubercolosi, ed il numero di casi è raddoppiato negli anni '90. Secondo le statistiche ufficiali, nel 2006, l'incidenza della tubercolosi in Romania era di 117,8 casi ogni mille abitanti. E oggi?

La situazione non è rosea nemmeno nelle farmacie. Molte di loro, da tempo, non ricevono i rimborsi delle ricette per i malati cronici. Così a volte si blocca la fornitura delle medicine mutate. Danneggiando gran parte delle persone anziane. Con una pensione di 50 euro al mese è difficile pensare che ci si possa procurare farmaci se non a prezzi agevolati. All'inizio di ogni mese, centinaia di persone fanno la fila di fronte alle farmacie. Avendo il plafond di medicine mutate limitato, non tutti sono in grado di ricevere gratuitamente i farmaci, anche se ne avrebbero diritto.

Un quadro complessivamente preoccupante nel quale però si riscontrano anche elementi positivi. La Romania assicura ad esempio gratis l'insulina per tutti i diabetici, ha triplicato la capacità delle sezioni di dialisi e pratica uno tra i più estesi programmi dell'Europa di terapia contro il cancro. Inoltre il livello di preparazione dei medici romeni è mediamente abbastanza alto. Il ministro della Salute rumeno, Ion

Bazac, "continuerà ad incoraggiare la prescrizione di farmaci generici seguendo le raccomandazioni dell'Oms. La popolazione così potrà incrementare l'accessibilità ai farmaci essenziali e con un programma sociale che non incide finanziariamente sul fondo di assicurazione".

Il programma sociale prevede per i pensionati con pensione inferiore a 600 RON, la possibilità di acquistare medicine con rimborso del 90 per cento del prezzo di riferimento (con un tetto massimo di 100 RON al mese).

"La crisi economica attuale aumenterà i tassi di povertà ridotti nei sei anni di crescita", commenta Paul Stubbs, curatore di uno studio per la Commissione europea sulla protezione sociale nei Balcani occidentali.

Ci sono differenze significative tra i paesi non appartenenti all'Unione europea e i loro vicini Ue, ad esempio Slovenia, Bulgaria, o Romania?

"Croazia e Macedonia non sono comprese in questi studi e la Slovenia rimane in qualche modo estranea a questo quadro per via del suo benessere. Albania, Kosovo e parti della Macedonia non presentano lo stesso invecchiamento demografico degli altri paesi; inoltre l'Albania, a differenza di tutti i paesi post-jugoslavi, non ha ereditato la combinazione di sistemi assicurativi di stampo bismarckiano, self-ma-



nagement e Centri per il lavoro sociale.

Tuttavia i problemi sono simili... grande povertà ed esclusione sociale, crescenti disuguaglianze geografiche, disoccupazione a lungo termine (soprattutto per giovani, donne e anziani), minoranze etnicizzate, rifugiati/profughi e così via. Ci sono state poi insufficienti riforme in termini di assistenza non istituzionalizzata per bambini e adulti disabili. Complessivamente, con il deterioramento dei sistemi su base assicurativa e l'aumento dei "pagamenti informali", istruzione e sanità sono sempre più inaccessibili per i poveri e le ineguaglianze si stanno consolidando." •

La vita umana non ha prezzo ma spesso costi insostenibili

Nei paesi del Terzo mondo la sanità pubblica è quasi inesistente, la prevenzione è praticamente un concetto astratto e i medicinali, quando si trovano, hanno prezzi immorali. Un progetto: creare in Marocco un centro di eccellenza presso l'ospedale Ibn Sina di Rabat

di Ezio Pasero

In Sierra Leone i bambini muoiono di dissenteria perché un flacone di un medicinale "povero" come il paracetamolo costa più di un mese di stipendio medio. In Marocco, un paese assai più evoluto ma povero anch'esso, la talassemia major, la cosiddetta anemia mediterranea, uccide ogni anno circa duemila bambini e la dose per un anno di terapia di medicinali chelanti, necessari per curarla, costa circa 23 mila dollari, cioè cinque volte più che in Europa.

Ad affrontare questo problema in Marocco, a combattere questa emopatia ereditaria che anche in Italia conta circa due milioni e mezzo di portatori sani e affligge circa settemila pazienti, ma con prospettive di guarigione e di salvezza ben diverse, ci ha pensato un progetto genovese, una meravigliosa storia di solidarietà umana e di impegno che il nostro giornale aveva raccontato nel giugno di due anni fa. Una storia nata per caso, quando un bam-

bino molto malato, Ayoub, era stato portato tra mille difficoltà da sua madre Samira all'ospedale Galliera di Genova. Poco dopo il suo arrivo, un imprenditore genovese, Paolo Gardino, che opera nel settore del legno, ma che era presidente del Rotary Club Genova Nord, era venuto in contatto con questo bimbo e con la sua

sventurata situazione proprio tramite il "service" del Club che gli donava i medicinali. Era nata da questo caso la consapevolezza improvvisa che si poteva e si doveva fare qualcosa, che non era possibile far finta di niente e lasciare che centinaia, migliaia di altri piccoli Ayoub continuassero a morire nei primi anni di

vita, senza quasi che nessuno capisse il perché.

"Così, abbiamo deciso di andare in Marocco a vedere, a fare qualcosa di analogo a quanto si fa nel Dipartimento del Galliera", raccontava Paolo Gardino. Insieme a lui, il dottor Gianluca Forni, responsabile del Dipartimento di microcitemia del Galliera, che è l'unico specializzato in talassemia a Genova; Giorgio Vallini, membro della associazione dei talassemici, e Loris Brunetta, che dell'associazione è il presidente, ma che soprattutto è un fantastico e instancabile testimonial di come possono continuare a vivere e lavorare i malati nelle sue condizioni. E insieme a loro, soprattutto, la solida-



Paolo Gardino all'ospedale di Rabat

rietà dei genovesi, che aveva risposto con grande generosità alla raccolta di fondi avviata dal Rotary Club.

In questo modo, era stato possibile avviare un grande progetto umanitario con due finalità: creare, con l'aiuto degli specialisti del Galliera, un centro di eccellenza presso l'ospedale Ibn Sina di Rabat, da arricchire di macchinari e competenze, grazie a borse di studio e alla formazione dei medici locali, per curare il maggior numero possibile di bambini; e al tempo stesso impegnarsi a fondo nella comunicazione e nell'informazione, sia dei sanitari che dei malati, per dare vita a una consapevolezza, che in Marocco non esiste, della diffusione e dei rischi di questa malattia. Basti pensare che i medici marocchini dedicano alla talassemia, nel loro intero corso di laurea, non più di un'ora. Così, quando praticano i vaccini ai bambini e li trovano pallidi e gracili, non capiscono

che sono anemici, non prescrivono esami del sangue, non li curano con le trasfusioni e i medicinali chelanti, con il risultato che i bambini muoiono senza che nessuno capisca il perché.

Partito con molte speranze e una straordinaria buona volontà, il progetto del Rotary club e del Gaslini, è stato un successo oltre qualsiasi previsione, che ha segnato l'avvio di una radicale inversione di tendenza. Non solo grazie alla creazione di un centro di eccellenza presso l'ospedale di Rabat, dove i due unici casi di bambini curati sono diventati novanta, ma per una nuova e fondamentale presa di coscienza della malattia e delle reali possibilità di combatterla, a tutti i livelli. "Abbiamo raccolto finora un milione duecentomila dollari e al progetto stanno lavorando una cinquantina di volontari, oltre a sette stipendiati marocchini", ha detto Paolo Gardino all'inizio di questo mese di



Sala giochi per i piccoli pazienti

giugno nella sua relazione al convegno *Il Rotary costruisce un ponte di pace attraverso il Mediterraneo*, nel salone dei congressi dell'ospedale Galliera, illustrando i risultati di quello che è probabilmente il maggiore progetto gestito da singoli club del Rotary al mondo. "Abbiamo fatto circa 6.700 analisi del sangue a possibili portatori della malattia... abbiamo fatto presentare una legge che renda obbligatorio l'esame del sangue a tutte le coppie prima del matrimonio... in meno di tre anni abbiamo superato gli obiettivi previsti per l'intero progetto di quattro anni".

E adesso? Beh, a questo punto, si è chiesto Gardino davanti alla platea del convegno, "perché non alzare l'asticella dell'ostacolo e puntare a qualcosa di molto più grande?". E ha annunciato un progetto ancora più ambizioso: "Il sogno che abbiamo concepito è di coprire non solo una grande provincia

come Rabat con i suoi due milioni di abitanti, ma tutto il Marocco con trentadue milioni". Si riparte, insomma: per allargare l'assistenza ad altri ospedali lontani dalla capitale, perché oggi ci sono malati che percorrono 500 chilometri per usufruire delle cure del progetto italiano a Rabat; per indurre il governo marocchino, che attualmente non fa nulla per affrontare il problema della talassemia, a inserirla tra le patologie croniche che devono essere a carico dello stato; e per creare in Marocco alcuni centri per il trapianto del midollo, che è l'unico modo di sconfiggere definitivamente la malattia. "Perché - ha concluso Gardino - la chiave del progetto deve essere quella di curare i malati nel loro paese, non in Italia: addestrando grazie agli specialisti del Galliera una rete di medici e infermieri capaci di affrontare e combattere i problemi della talassemia direttamente in Marocco". •



Mamme e bambini intervistati dalla tv marocchina

Adolf Hitler



31 LUGLIO 1932

Adolf Hitler rivendica la carica di Cancelliere del reich dopo aver ottenuto la maggioranza relativa alle elezioni politiche.

20 LUGLIO 1933

Per tutelare i diritti dei cattolici tedeschi la Santa Sede firma un accordo con la Germania.

26 LUGLIO 1948

Gino Bartali si aggiudica il Tour de France.

Gino Bartali



Luglio e le sue storie...

Ci sono solo due qualità al mondo: efficienza e inefficienza. E solo due tipi di persone: efficienti e inefficienti.

Shaw, L'altra isola di John Bull

10 LUGLIO 1964

Yeah! Yeah! Yeah! è il titolo del film che celebra i Beatles diretto dal regista Richard Lester.



1 LUGLIO 1968

Trattato di non-proliferazione delle armi nucleari firmato da 59 Paesi tra i quali Usa, Urss e Gran Bretagna.

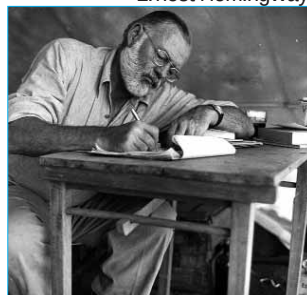
23 LUGLIO 1974

In Grecia cade il regime dei colonnelli.

17 LUGLIO 1994

Battendo in finale ai rigori la nazionale italiana, il Brasile è campione del mondo di calcio per la quarta volta.

Ernest Hemingway



2 LUGLIO 1961

Ernest Hemingway, scrittore statunitense, si suicida a 61 anni. Tra i suoi romanzi ci sono Fiesta, Addio alle armi, Morte nel pomeriggio, Verdi colline d'Africa, Per chi suona la campana. Nel 1954 riceve il Premio Nobel per la letteratura.

12 LUGLIO 1906

A Parigi riabilitazione per l'ufficiale Alfred Dreyfus. La Corte di Cassazione annulla la precedente sentenza del 1894 con la quale l'uomo era stato condannato per alto tradimento.

16 LUGLIO 1989

Herbert von Karajan muore in Austria nei pressi di Salisburgo.



Herbert von Karajan

1 LUGLIO 1991

In Unione Sovietica si scioglie il Patto di Varsavia.





ATTENZIONE - ATTENZIONE - ATTENZIONE

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

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

Si ribadisce che la pubblicazione degli avvisi è gratuita.



Implantologia

Chieti, 15 – 16 ottobre, università G. D'Annunzio, Via dei Vestini 31

Presidenti: Stefano Fanali, Matteo Danza

Argomenti: il Congresso, che prevede la partecipazione di illustri relatori, di rilevanza nazionale ed internazionale, costituirà un importante appuntamento di aggiornamento scientifico, culturale e professionale per ciò che riguarda gli studi e lo stato dell'arte del carico funzionale in implantologia

Informazioni: Segreteria Organizzativa tel. 329 0493781, email: info@iafil.eu

Ecm: evento in fase di accreditamento

Day Surgery

Limone Piemonte (Cn), 9 ottobre

Coordinatore scientifico: Domenico Clerico

Struttura: il corso consta di 4 sessioni: modello assistenziale in continua evoluzione, dimissione protetta (aspetti clinici, normativi, medico-legali e assicurativi), gestione domiciliare del paziente, verifica con questionario

Destinatari: medici e infermieri

Informazioni: Segreteria Scientifica d.ssa Elisa Verani, dott. Fulvio Lavagna, Struttura Semplice Dipartimentale Chirurgia Generale - Day Surgery, tel. 0171 652546, azienda sanitaria ospedaliera Santa Croce – Carle (Cuneo)

Intestino pigro e stipsi

Bologna, 15 settembre, poliambulatorio Airone, Via Massarenti 46/i

Docenti: prof. Roberto Corinaldesi; dott. Giovanni Barbara

Argomenti: la finalità del seminario è quella di dare un aggiornamento sulle ultime acquisizioni in tema di fisiopatologia della sindrome dell'intestino irritabile, per la quale, allo stato attuale, non esiste una terapia farmacologica unica ed efficace

Informazioni: Segreteria Organizzativa Poliambulatorio Airone, Via Massarenti 46/i, Bologna, tel. 333 4857309; 051 398121, e-mail: info@poliambulatorioairone.it

Ecm: in fase di accreditamento.

Competenze sistemico-relazionali nelle emergenze

Cailungo di San Marino, 18 settembre, Ospedale di Stato, Via Scialoja 1

Direttore: dott. Roberto Martelli

Obiettivi: sviluppo delle competenze sistemico-relazionali attraverso la sensibilizzazione alle teorie e alle tecniche del counseling sistemico-relazionale, tenendo conto degli specifici ambiti d'intervento nelle emergenze

Destinatari: medici, infermieri, operatori del soccorso

Informazioni: Segreteria sig.ra Loretta Bellucci, sig.ra Daniela Fiorentini, Cemec c/o Ospedale di Stato, Via Scialoja 1, Cailungo Repubblica di San Marino, tel. 0549 994535, 994600, fax 0549 903706, e-mail: cemec@iss.sm, sito web: www.salute.sm

Ecg in 7 mosse: tecnica di lettura rapida dell'elettrocardiogramma

Catania, 18 settembre

Responsabile Scientifico: dott. Davide Terranova

Obiettivo: il Corso mira ad insegnare una nuova tecnica per la lettura sicura ed affidabile di un elettrocardiogramma in soli sette passi. Si rivolge a medici di base, cardiologi, medici dello sport, medicina e chirurgia d'urgenza

Informazioni: Medicallearning, Via Bassa 6, 35128 Padova; tel. 331 4436112, fax 02 700402412

sito web: www.medicallearning.it; e-mail: info@medicallearning.it

Informazioni: dott. Davide Terranova, tel. 331 4436112, e-mail: davideterranova@tin.it

Ecm: attribuiti 6 crediti formativi

Multidisciplinarietà in uro-oncologia

Aviano (Pn), 10 settembre, aula magna Cro Irccs

Direttore: dott. Roberto Bortolus

Argomenti: l'incontro si propone una discussione interattiva tra vari specialisti (oncologi medici, radioterapisti, preclinici ed urologi), su casi clinici e programmi di interazione terapeutica allo scopo di creare e/o implementare una dialettica multidisciplinare

Informazioni: Segreteria Organizzativa Sistema Congressi, Via Gabelli 7/1, Padova tel. 049 651699, fax 049 651320, e-mail: guone@sistemacongressi.com



Ortodonzia linguale individualizzata

Monsummano Terme (Pt), 21 settembre – 9 novembre, Via Mazzini 45

Responsabile: dott. Gabriele Floria

Destinatari: medici odontoiatri e specialisti in ortognatodonzia

Argomenti: l'ortodonzia invisibile per adolescenti ed adulti viene sempre più richiesta per necessità funzionali ed estetiche. I sistemi individualizzati superano i limiti di comfort e precisione che fino ad oggi limitavano l'applicabilità sul lato linguale

Informazioni: **Segreteria Scientifica** dott. Gabriele Floria, Via Mazzini 45, Monsummano Terme (Pt), e-mail: gabriele@floria.it, sito web: www.floria.it, tel. 0572 80999, fax 055 3909014

Segreteria Organizzativa: 3M Unitek, Corsi incognito in-office, Marina Miragoli, tel. 02 7035 3519, fax 02 9139 0545

Odontoiatria & disabilità

Udine, 18 settembre

Comitato Scientifico: dott. C. Gnesutta, d.ssa G. Clarich, d.ssa C. Sfiligoi, dott. F. Radovich, dott. M. Sigon, dott. G. Tamburlini

Obiettivi: il Convegno è organizzato dalla Società italiana di odontoiatria per l'handicap e si propone di sensibilizzare medici, odontoiatri, igienisti dentali, infermieri ma anche amministratori e politici alle problematiche odontoiatriche dei portatori di disabilità ed alle loro soluzioni

Informazioni: **Segreteria Organizzativa** Key Congressi Srl, Trieste, tel. 040 660352, e-mail: info@keycongressi.it

Ecm: verrà richiesto l'accreditamento ecm per medico chirurgo, odontoiatra, igienista dentale e infermiere

Ipnosi nel controllo del dolore cronico

Milano, 9-10 ottobre, 13-14 novembre, 11-12 dicembre 2010, 15-16 gennaio 2011,

Hotel Ascot Best Western, Via Lentasio 3

Direttore: prof. Giuseppe De Benedittis

Scadenza iscrizioni: 20 settembre

Argomenti principali: algologia ed ipnologia generale, sindromi dolorose acute e croniche, tecniche dirette ed indirette di ipnosi, principi di analgesia ipnotica, strategie e tecniche di ipnositerapia antalgica, ipnoanalisi

Informazioni e iscrizioni: **Segreteria Scientifica** prof. G. De Benedittis, tel. 02 55035518, 55033624, fax 02 55035518, e-mail: giuseppe.debenedittis@unimi.it, sito web: www.cstdol.it

Segreteria Organizzativa: R.M. Società di Congressi s.r.l., Via C. Menotti 11, 20169 Milano, tel. 02 70126308, 70126772, e-mail: info@rmcongress.it

First vitiligo world congress

Milano, dal 23 al 25 settembre

Presidente: prof. Santo Raffaele Mercuri

Presidenti Onorari: prof. Carolo Crosti, prof. Torello Lotti, prof. Gino Vena

Argomenti: l'attenzione sarà focalizzata sui recenti progressi relativi alle conoscenze sulla vitiligine; saranno coinvolte differenti aree di ricerca, come genetica, endocrinologia, immunologia, fotobiologia e psicologia

Informazioni: **Segreteria Organizzativa** Centro Congressi San Raffaele, Via Olgettina 58, Milano, tel. 02 26433725, fax 02 26433754, e-mail: info@vwc2010.com, sito web: www.vwc2010.com

Ecm: richiesti crediti ecm

Adolescentologia

Firenze, 9 ottobre, Auditorium Ordine dei Medici, Via Vanini 15

Presidente: V. De Sanctis

Coordinatore Scientifico: prof. Fabio Franchini

Alcuni argomenti: malattie sessualmente trasmesse, autismo, adolescente sport e integratori, diagnosi precoce della sordità infantile, miti e false credenze alimentari, adolescente ed sms

Informazioni: **Segreteria Organizzativa** d.ssa Stefania Pisano, tel. 338 4315377, e-mail: seminari_firenze@libero.it



Programmazione neurolinguistica & comunicazione

Roma, settembre-dicembre, Corso Trieste 155

Docenti: d.ssa Terry Bruno, dott. Silvio Spicacci Minervini

Struttura: il Corso si articola in 4 moduli, alla scoperta di sé 25-26 settembre; il mondo e le sue sfaccettature 23-24 ottobre, oltre i limiti 20-21 novembre, linguaggio del cambiamento 18-19 dicembre

Obiettivi: allargare le proprie capacità percettive, diventare più consapevoli delle proprie capacità di ascolto e d'attenzione, capirsi e capire chi ci circonda, conoscere le convinzioni limitanti e come superarle

Informazioni e iscrizioni: European Agency for Relationship and Training Holistic, Corso Trieste 155, Roma, t/f 06 86580186, 328 6146431, sito web: www.earth-nlp.com, e-mail: info@earth-nlp.com

Ecm: accreditati n. 50 crediti formativi

Corso intensivo-pratico di ipnosi

Milano, da ottobre 2010 a maggio 2011 per 9 week end, sezione Naviglio Grande della Società italiana medicina psicosomatica, Via Giambellino 84

Responsabile del Corso: Luisa Merati

Alcuni argomenti: neurofisiologia dell'ipnosi, tecniche di induzione, ipnosi diretta e indiretta, ipnosi classica ed ericksoniana, autoipnosi, l'ipnosi nell'infanzia e nell'adolescenza, nella gestione dello stress, nello sport, in medicina, medicina psicosomatica, in oncologia, nel parto

Informazioni: Segreteria Scientifica d.ssa Luisa Merati, 348 6055289, e-mail: luisa.merati@psicosomatica.org

Segreteria Organizzativa: sig.ra Roberta Iovino, tel. 02 48700436, 02 4048435, fax 02 48715301, e-mail: assoc-labirinto@libero.it

Ecm: il Corso è accreditato ecm

Olismologia

Milano, settembre 2010 - aprile 2011, c/o centro studi di Olismologia Via Popoli Uniti 24

L'Olismologia (o medicina della sintesi) è una disciplina innovativa unificante e trasversale a tutte le specializzazioni che consente di realizzare la valutazione e la cura simultanea della globalità della persona in un atto medico unico. Possiede un impianto teorico-pratico autonomo, concetti, principi formanti e regole basati sulle conoscenze accademiche dell'anatomia, della fisiologia, della pnei e sulle attuali acquisizioni della fisica applicate alla medicina. Utilizza tecniche manuali (massaggio clinico curativo fisico, posturale, emozionale e somatopsichico) e tecniche integrative (kinesiologia estimologica diagnostico-terapeutica, energetica, metabolica, organica, funzionale, alimentare ed emozionale) del metodo mas.cur.int.®

Informazioni: dott. Lorenzo Paride Capello, cell 339 5311459, e-mail: info@mascurint.com, sito web: www.olismologia.net

Odontoiatria legale

Firenze, 7-8-9 ottobre, Hilton Florence Metropole

Argomenti: tecniche, procedure cliniche e implicazioni medico legali della radiologia odontoiatrica

Informazioni: Segreteria Organizzativa Impronte Srl, tel. 050 8756840, fax 050 8756849, e-mail: info@improntesrl.it, sito web: www.siola.eu

Ecm: crediti ecm richiesti per le discipline di odontoiatria, medicina legale e radiodiagnostica

Medicina estetica

Milano, 14-16 ottobre, centro congressi Milan Marriott Hotel, Via Washington 66

Alcuni argomenti: prevenzione dell'invecchiamento generale e cutaneo, inestetismi cutanei ed anomalie di pigmentazione, i check-up in medicina estetica, laserchirurgia e laserterapia

Informazioni: Segreteria Scientifica Agorà associazione e centro per l'aggiornamento medico, Via Valpetrosa 3/5, 20123 Milano, tel. 02 86453780, fax 02 86453792, sito web: www.societamedicinaestetica.it, e-mail: info@societamedicinaestetica.it

Segreteria Organizzativa: M.A.F. Servizi Srl - Div. Congressi, Centro Direzionale Piero della Francesca, Corso Svizzera 185, 10149 Torino, tel. 011 505900 r.a., fax 011 505976, e-mail: botto@mafservizi.it



Università degli studi di Roma Tor Vergata

Agopuntura clinica

Roma, a.a. 2010-2011

Inizio master: novembre 2010

Il Master di agopuntura clinica, a carattere formativo, affronta in modo esaustivo lo studio e l'apprendimento dell'agopuntura. Consta di due moduli: uno didattico e uno di pratica clinica. L'obiettivo del Master è di integrare ed implementare le competenze del medico. Il programma è strutturato in tre anni accademici, durante i quali si acquisiscono le teorie di base della fisiologia, della patologia, e della clinica e si confrontano i modelli scientifici della m.t.c. con quelli della medicina moderna, e sotto la guida di un tutor nella pratica ambulatoriale si completa la formazione in ambito multidisciplinare

Informazioni: Segreteria Scientifica tel. 06 5816789, sito web: www.uniroma2.it

Ecm: ecm assolti per i 3 anni del master

Chirurgia colo-rettale

Roma, a.a. 2010-11, Università Cattolica del Sacro Cuore

Direttore: prof. Claudio Coco

Obiettivi: il Master ha lo scopo di fornire le basi teorico pratiche della coloproctologia e di assicurare un tirocinio pratico in: tecniche diagnostiche radiologiche di studio del grosso intestino; tecniche diagnostiche e terapeutiche endoscopiche; laboratorio di fisiopatologia anorettale; patologia proctologica: ragadi, emorroidi, fistole, prolapsi; patologia da alterata defecazione; patologia infiammatoria del colon; patologia neoplastica del grosso intestino; nuove tecniche terapeutiche in patologia coloretale: tem, chirurgia laparoscopica, neuromodulazione sacrale

Informazioni: Coordinatore didattico del Master dott. Claudio Mattana, tel. 06 3053853, 30154166

e-mail: claudio.mattana@rm.unicatt.it, sito web: www.rm.unicatt.it

Psicoterapia ed ipnosi medica

Bologna, 2-3 e 16-17 ottobre, 6-7 novembre, Starhotel Excelsior Via Pietramellara 51

Alcuni argomenti: indicazioni, possibilità e limiti nell'applicazione di tecniche di intervento psicologico e dell'ipnosi, psicoterapia ed ipnosi: preparazione formativa, colloquio, induzione diretta ed indiretta dello stato di ipnosi, utilizzazione dello stato di trance e delle risposte inconsce, somatizzazioni primarie, secondarie e sindromi da conversione

Informazioni: tel. 347 3910625, Società medica italiana di psicoterapia e ipnosi, Bologna V. Porrettana 466, Casalecchio di Reno, tel. 051 573046

Ecm: attribuiti dal ministero della Sanità 34 crediti formativi ecm per medici e psicologi

Giornate odontoiatriche daune

Foggia, 1-2 ottobre

Argomenti: evoluzione tecnologica in endodonzia; il trattamento di qualità nel rispetto di biologia e anatomia del sistema canalare

Relatori: prof. Berutti Elio, prof. Cavalleri Giacomo, dott. Gorni Fabio, prof. Malagnino Vinio, dott. Malentacca Augusto, dott. Marcoli Sandro, dott. Martignoni Marco, dott. Perrini Nicola, prof. Rengo Sandro, dott. Vignoletti Gianfranco

Informazioni: Segreteria Organizzativa d.ssa Rosanna Marella, Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della provincia di Foggia, Via V. Acquaviva 48, 71121 Foggia, tel. 0881 718031, fax 0881 718070, e-mail: ufficio.odontoiatri@omceofg.it

Ecm: evento in fase di accreditamento

Eros e Chronos: il tempo nel sesso e nella coppia

Milano, 1 ottobre, Auditorium Don Alberione, Via Giotto 36

Responsabili scientifici: prof. W. Pasini, dott. R. Bernorio

Alcuni argomenti: crono architettura del desiderio sessuale, tempo, sessualità e legge, eiaculazione precoce e alterata regolazione delle emozioni, aspetti psicologici dell'eiaculazione precoce farmacologia dei tempi sessuali, sincronia orgasmica e soddisfacimento relazionale, basi neuroendocrine della sessualità in menopausa, androfase e sessualità, terapie ormonali sostitutive e sessualità, nascita ed evoluzione dell'identità di genere: tempi e percorsi

Informazioni: Segreteria Organizzativa A.i.s.p.a. tel. 333 9014987, sito web: www.aispa.it, e-mail: info@aispa.it

Ecm: previsto accreditamento ecm

Vado dal dottore... prendo l'aereo

Il 15 per cento dei viaggi effettuati ogni anno in Europa è legato alla cura della salute con un ricavo annuo di circa 33 miliardi di euro. I problemi che si nascondono dietro ad un concetto di salute che equivale a business. La “Dichiarazione di Venezia” della Conferenza europea sul turismo sanitario

di Antonio Gulli

Cure, interventi e visite, oramai, sempre più lontane da casa. Il fenomeno che sta prendendo piede in maniera consistente si chiama “turismo sanitario”. Un affare per il cittadino, che va a farsi curare dove costa meno; un business per le agenzie di viaggio; una convenienza per quei sistemi sanitari che offrono prezzi vantaggiosi. All'inizio se ne è parlato per alcuni generi di intervento: la chirurgia plastica. In sostanza dopo una vacanza si poteva tornare a casa con un ritocco estetico. Oggi le cose sono cambiate. Un caso di turismo sanitario può essere rappresentato da un signore americano di classe media, il quale per l'intervento bilaterale di protesi d'anca e di protesi al ginocchio doveva sborsare 125 mila dollari in patria e per le analoghe cure in India ha speso 25 mila dollari più 5 mila fra spese di viaggio, di soggiorno e di pratiche burocratiche.

Nei paesi europei, in cui vige un sistema sanitario pubblico, si espatria invece per

ridurre i tempi di attesa di un'operazione chirurgica. Si è constatato come il turismo sanitario è incrementato negli ultimi anni e si è diffuso verso mete esotiche quali India, Filippine, Singapore, Sudafrica, Hong Kong, Cuba e Colombia e verso l'Europa orientale, Lituania, Ungheria, Ucraina, Polonia e Slovenia. I medici locali sono preparati nelle università europee o statunitensi e insieme al “marchio di qualità”, effettuato da istituzioni specializzate, accreditano le strutture e i servizi forniti alla pari di quelle occidentali. Quali implicazioni può avere la crescita di questo fenomeno? E poi, cosa si intende con il concetto di “turismo sanitario”? Secondo la definizione formulata dal World Tourism Organisation (WTO) per turismo sanitario si deve intendere “*l'attività di coloro che viaggiano e soggiornano in luoghi diversi dal proprio ambiente abituale per un periodo non superiore ad un anno consecutivo per svago, lavoro e motivi diversi dall'esercizio di un'attività remunerativa all'interno dell'ambiente vissuto*”. Il termine turismo –



di fatto – è foriero di un'ambiguità di fondo che non ci aiuta a capire l'oggetto preciso di cui si sta parlando. Per aiutarci, la riflessione deve mettere a fuoco l'aspetto più importante: la motivazione. In sostanza, è la motivazione al viaggio e al soggiorno che determina il riconoscimento di questo tipo di turismo. Tra le varie motivazioni possibili, quella che per eccellenza si può indicare è l'ottenimento di benefici per la salute. Si considererà dunque come sfera appartenente al turismo propriamente “medico-sanitario” (medical tourism) l'attività di viaggio e permanenza presso un paese estero per ottenere una assistenza medica specifica, a livello professionale. Ma ciò di cui si sta parlando non è un fenomeno recente. Re-

cente è la sua diffusione a larghe fasce delle popolazioni occidentali e i tipi di intervento richiesti. Il viaggiare per motivazioni legate alla salute è un fenomeno conosciuto fin dai tempi antichi. Si pensi ai soggiorni termali. Per la precisione, però, si deve dire che tale fenomeno nella sua diffusività è iniziato soltanto dall'inizio del XIX secolo e che riposa su due fattori rilevanti: da un lato, l'avvento di sempre maggiori possibilità di trasporto (sviluppo dei collegamenti su rotaia); dall'altro, l'avvento e l'irrobustimento della classe borghese. Sono state queste le condizioni che hanno dato la stura per poter parlare di questi viaggi come un fenomeno sociale. Attualmente, il fenomeno è in crescita. Per cercare di fornire alcune stime del fenomeno

in esame possiamo fare riferimento ad alcuni dati disponibili per l'Europa. Secondo l'European Travel Monitor (ETM), i viaggi legati alla cura della salute pesano per circa il 15 per cento sui viaggi turistici complessivi. Ciò equivale a circa 37 milioni di viaggi annuali che generano un ricavo stimato attorno ai 33 miliardi di euro. Se si tiene conto che i ricavi generati dai viaggi per turismo medico-sanitario nell'Unione Europea si aggirano, stando alle stime della ECCP Business Review, attorno ai 12 miliardi di euro all'anno, si può dire che circa un terzo dei viaggi legati alla salute è orientato all'utilizzo di strutture mediche specializzate. Che cosa ha determinato e farà crescere questo fenomeno? Si è detto del fattore convenienza: l'esempio sopra riportato ne è un'espressione eloquente. Ma le ragioni sono molte e vanno ad innestarsi su più livelli toccando più sfere. Possono essere richiamati, ad esempio, i cambiamenti demografici – con l'invecchiamento della popolazione si ha anche più tempo per dedicarsi alla cura della propria salute –; i cambiamenti climatici e/o la maggiore diffusione di informazioni accessibili a tutti i pazienti e il ruolo sempre più attivo che costoro giocano nella ricerca delle cure più adatte al proprio caso. Non in ultimo vengono a giocare una forte ragione gli impedimenti vigenti nelle legislazioni dei vari paesi. In Italia, si pensi ai viaggi che hanno come fine la fecondazione as-

sistita. Complessivamente, gli elementi che hanno sostenuto l'inverarsi del fenomeno e che – si prevede – ne costituiranno motivo di crescita sono: il prezzo dei servizi; la qualità; la disponibilità e la tempestività. Di ognuno di questi fattori è possibile valutarne il merito, indicandone i pro e i contro. Tra tante una riflessione può essere offerta. Si può dire che non tutto ciò che può risultare conveniente ha poi come riscontro un opportuno livello di qualità. Un altro aspetto non secondario che gioca un ruolo potente nel favorire tale tipo di fenomeno è l'elemento viaggio. Complementare alla motivazione che si lega alla cura, l'aspetto turistico gioca un ruolo seduttivo in grado di esercitare una forte pressione a livello emotivo nel fare sì che una persona prenda la decisione di "andarsi a curare al-

l'estero". Ad esempio l'interesse naturalistico, culturale o spirituale per i luoghi che si potranno visitare (si ricordi l'esperienza di Tiziano Terzani), magari associando al trattamento giorni di permanenza aggiuntivi. Come si può vedere, il turismo sanitario è un business a tutti gli effetti e il concetto di salute può perdere la sua centralità. La conseguenza del trattare la salute come un *business* è la logica degli *investment*: essi si spostano verso interventi più redditizi e non verso interventi di prevenzione delle malattie e l'interesse permane sui sintomi e non nel rimuovere le cause. Da questo punto di vista decisiva è la risposta messa in atto all'interno della Conferenza europea sul turismo sanitario nella scrittura di una Carta etica sulla salute dei viaggiatori. In questa carta, denominata "Dichiarazione di Venezia", si sancisce

sia che ogni cittadino ha diritto di viaggiare e di richiedere cure mediche in qualsiasi luogo del mondo; sia che ogni cittadino deve poter usufruire sempre di tutte le garanzie possibili. In questo senso – per esempio – va inteso l'accordo stipulato dalla Regione Veneto, attraverso i suoi due Assessorati (Turismo e Sanità), con l'assicurazione americana privata Hth e le due mutue più importanti della Germania (Aok e Tk).

La globalizzazione è il quadro all'interno del quale ci si deve muovere. Questo può presentare dei grandi vantaggi ma, al contempo, anche rappresentare dei grandi rischi. E quando si parla di salute – in specie quando i grandi appetiti economici intravedono l'affare – le cautele non devono essere messe mai al secondo posto. •

IL PASSAPORTO SANITARIO EUROPEO

Un documento di fondamentale importanza per il viaggiatore internazionale è il Passaporto sanitario realizzato nel 1991 dal Centro di medicina del turismo diretto dal professor Walter Pasini. Il Passaporto sanitario si rifà a una direttiva del Parlamento Europeo del 16.11.1984, pubblicata sulla G.U. delle Comunità Europee n.C337/450 del 17.12.1984, ispirata dal professor Eolo Parodi. È un documento che contiene informazioni sullo stato di salute del viaggiatore, il gruppo sanguigno, le eventuali allergie e le malattie avute in passato, nonché i farmaci di cui faccia eventualmente uso. Il testo è tradotto in nove lingue incluso l'arabo, il russo ed il cinese, consentendo al medico straniero, che dovesse prendersi cura del viaggiatore, di conoscerne in pochi minuti i più importanti precedenti sanitari. Distribuito gratuitamente in milioni di copie negli anni passati attraverso le farmacie ed i medici di medicina generale in Italia, Germania, Spagna, Grecia, il Passaporto sanitario aveva avuto nel 1992 il patrocinio del Parlamento Europeo e nel 2005 quello della Presidenza della Repubblica e della Presidenza del Consiglio. Il Passaporto è di particolare importanza nei viaggi finalizzati al miglioramento del proprio stato di salute (turismo medico) dove è fondamentale la conoscenza anamnestica.

Il documento non serve solo al medico straniero ma anche a quello italiano che lo compila in quanto una parte di esso è dedicata al diario di viaggio, cioè a quelle informazioni che possono essere di fondamentale importanza per formulare una diagnosi appropriata al ritorno. Nel 2011 il servizio fornito dal Passaporto sanitario sarà integrato con informazioni che il viaggiatore potrà ricevere consultando il sito www.travelmedicine.it. Nell'edizione 2011 verrà inserita anche la lingua giapponese.



La zia Geltrude e il branzino

Cosa vuol comunicare, appearing in sogno, la zia Geltrude morta da tanti anni? Per il nipote che l'ha sognata l'interrogativo si trasforma in un'indagine che lo porta a scoprire su di lei trascorsi sconvolgenti che risalgono alla seconda Guerra mondiale. Nella trama che si sviluppa tra un'isola della Dalmazia e una valle altoatesina, compare un sacerdote centenario, padre del bambino che Geltrude aveva dato in adozione ad una coppia di tedeschi, per poi pentirsi e mettersi alla sua ricerca prima in Italia e poi in Germania. E poi la zia era morta di veleno, ma si era veramente suicidata o qualcuno glielo aveva somministrato? La vicenda si snoda intorno a questi e ad altri misteri per oltre mezzo secolo, dall'occupazione fascista delle terre dalmate ai nostri giorni.



Giovanni Zanzani

“La zia Geltrude e il branzino”

Marlin editore, Cava de' Tirreni (SA) – pp. 128, euro 12,00



100 farmaci per il pronto soccorso

Scegliere i farmaci sulla base della loro attività terapeutica e del loro profilo tossicologico non è un problema semplice per il medico che abbia l'ambizione di essere un aggiornato dispensatore di terapie. Questo nuovo contributo riguarda i farmaci da utilizzare in medicina d'emergenza. Si tratta di schede, precedute da una introduzione, che per le varie categorie di farmaci forniscono una serie di dati in modo conciso ma essenziale. Un volumetto di consultazione, un vademecum che sarà certamente utile ai medici di pronto soccorso e a tutti coloro che lavorano in medicina d'emergenza.

Stefano Cagliano, Antonio Cuzzoli

“100 farmaci per il pronto soccorso”

Il Pensiero Scientifico Editore, Roma – pp. 156, euro 20,00

Sanità malata

La Sanità italiana è una malata di lungo corso. Erminio D'Annunzio la conosce bene considerando che, a questo settore, ha dedicato cinquant'anni della propria vita. Prima da medico ospedaliero, poi da assessore della Regione Abruzzo. Un'esperienza lunga e foriera di risultati quella clinica, una delusione cocente quella politica.

In questo libro D'Annunzio spiega cosa c'è che non va nel modo di gestire la Sanità nel nostro Paese e, partendo dall'evoluzione storica del “sistema-salute”, arriva fino al resoconto della propria vicenda personale: la storia di un



medico che sceglie di impegnarsi nella politica nella speranza di poter riformare il sistema dall'interno.

Erminio D'Annunzio

“Sanità malata”

Alberto Castelvetti Editore, Roma – pp. 144, euro 15,00

Bucili e Bacili

È dalla fantasia di Maja Meter, psichiatra, che nascono Bucili e Bacili, i gemelli protagonisti delle favole che la dottoressa raccontava alla figlia Eleonora quando era bambina e che hanno accompagnato anche gli altri piccoli di casa. Bucili e Bacili sono come tutti i bambini del mondo, ridono, piangono, si azzuffano e poi fanno la pace; sono curiosi e giocano instancabilmente. Sono speciali, delicati e forti al tempo stesso ed anche se la vita li allontana, il profondo amore che li lega li tiene sempre vicini nel bene e nel male. Un racconto, accompagnato dalle illustrazioni di Luigi Cavenago, per i bambini tra i due e gli otto anni.

Maja Meter

“Bucili e Bacili”

Edarc edizioni, Bagno a Ripoli (FI) – pp. 54, euro 16,00



Passeggiate londinesi

“Le passeggiate londinesi di Francesco Iodice – osserva Mauro Giancaspro nella sua prefazione al libro – non costituiscono le pagine di una guida da consultare alla ricerca del bello, dell'antico e del curioso della città di Londra, ma vere e proprie camminate di chi ci si trova periodicamente per motivi di famiglia, come egli stesso confessa, e avvicina la città non solo col piglio dell'uomo curioso ma anche e soprattutto con il gusto di un raffinato divertimento nel comparare la realtà che gli viene davanti agli occhi con la memoria di letture a suo tempo fatte. Insomma quella di Francesco Iodice è una Londra tutta da scoprire per chi non c'è mai stato, e da riscoprire per chi c'è già stato”.



Francesco Iodice

“Passeggiate londinesi”

Iuppiter edizioni, Napoli – pp. 100, euro 12,00

L'orlo del vuoto. Vita, morte e arte di Luigi Di Sarro

Luigi Di Sarro (Lamezia Terme 1941 - Roma 1979) è una delle figure più complesse della scena artistica romana degli anni Sessanta e Settanta. Ha condotto la sua linea di ricerca in modo solitario e autonomo, preferendo la discrezione del lavoro svolto in studio al glamour della sce-

na pubblica. La morte prematura ha interrotto un percorso che la critica ha tentato di ricostruire attraverso gli strumenti dell'indagine a posteriori. In questo libro, Angelo Capasso si immerge nell'ampia produzione dell'artista fornendo una visione nuova del lavoro di Di Sarro, un'angolatura ampia in grado di restituirci pienamente il pensiero e il lavoro visivo dell'artista sull'onda delle ricerche delle avanguardie del Novecento.



Angelo Capasso
"L'orlo del vuoto. Vita, morte e arte di Luigi Di Sarro"
 Skira editore, Milano – pp. 136

L'inginocchiatoio del tenente

In una piccola città delle Marche in cui è sfollato da Bologna durante gli ultimi due anni della seconda Guerra Mondiale, un bambino vive esperienze serene e tragiche che si incideranno per sempre nella sua memoria. Dall'incontro con un tenente di Merano arruolato nella Wehrmacht, che per alcuni mesi occuperà la villa dove il bambino abita, obbligando la famiglia di questi a un soggiorno in campagna che lo arricchirà di emozioni e nuove esperienze, nasce una riflessione sul conflitto tra fede e doveri di un soldato che si materializzano in un oggetto: un inginocchiatoio che il tenente porrà nella propria camera da letto e che anche il bambino avrebbe desiderato utilizzare, sistemandolo nello stesso luogo.



Luciano M. Fuccella
"L'inginocchiatoio del tenente"
 Gruppo Albatros Il Filo, Roma - pp. 402, euro 19,00

Sideropenia ed anemia: fisiopatologia, diagnosi e terapia

La monografia è rivolta ai medici di Medicina generale, agli specialisti di altre discipline ed a tutti coloro che sono interessati all'argomento, di riscontro molto frequente soprattutto in ambito extra-ospedaliero ed ambulatoriale. Lo scopo è quello di offrire, oltre ad una breve trattazione teorica, qualche strumento pratico per la conoscenza, per un corretto approccio diagnostico e per la terapia della carenza di ferro e dell'anemia sideropenica, patologie molto frequenti, preven-



nibili, di semplice diagnosi e di agevole trattamento. In appendice è presente uno studio osservazionale, condotto su una popolazione di oltre duemila donatori di sangue, in cui vi si rilevano la prevalenza della sideropenia e dell'anemia da carenza di ferro.

Alberto Righi
"Sideropenia ed anemia: fisiopatologia, diagnosi e terapia"
 Pubblicato in proprio (alighiero61@hotmail.it)
 pp. 52, euro 15,00

Tempo e luna

È un romanzo di fantascienza questo di Carlo Antonelli, medico specialista in Anestesia e Rianimazione ed esperto di terapia del dolore ed ipnosi. La saga (il secondo libro, "Oltre l'abisso di Moinbù" è già disponibile in libreria) ha inizio in Alaska con un insolito fenomeno naturale e con esso una opportunità irripetibile nelle mani dell'uomo: vedere il proprio pianeta a distanza di mille anni. Le immagini svelano inaspettatamente un tremendo segreto ed ora un unico tentativo è possibile per cambiare il destino dell'umanità. Il tempo trascende il suo significato, senza soluzione di continuo, ma il nostro futuro non è legato solo al tempo...



Carlo Antonelli
"Tempo e Luna"
 Edizioni Giuseppe Laterza, Bari – pp. 168, euro 13,00

Elena e il mondo degli altri

Ci sono molti tipi di eroi. Di alcuni si parla fin troppo; di altri si parla pochissimo, sottovoce, quasi con imbarazzo. Ermete è uno di questi: porta il nome di un dio, ma è un uomo comune, un padre affettuoso come tanti. Di quelli come sua figlia Elena, si parla ancora meno.

Elena, abbandonata dalla madre e legata al padre, è una ragazza bella e simpatica ma diversa, la cui vita scorre parallela a quelle degli "altri". Ermete è un padre che molto ama e molto soffre, eppure sempre pronto al sorriso e al motto di spirito, circondato da un variegato mondo di personaggi e situazioni, angeli e fantasmi, voli spericolati e favole della buonanotte... Un romanzo delicatissimo e pieno d'amore, che narra le gesta di un padre, Ermete, che dalla vita ebbe in dono una figlia straordinaria, Elena, che da bambina diventò farfalla.



Paolo Montanari
"Elena e il mondo degli altri"
 Edizioni Pendragon, Bologna – pp. 136, euro 13,00

Libri ricevuti

di G. F. Barbalace



Vivere a spese degli altri

Il libro di Claudia Bordesè, il cui sottotitolo è "Elogio del parassitismo", è una vera guida del mondo dei parassiti, quelle forme di vita che, invece di uccidere velocemente e brutalmente un altro essere vivente per sfamarsene, lo trasformano in un ospite obbligato, vivendo, a nutrirle a lungo. Questa è una realtà sia del mondo animale, sia di quello vegetale. Ma ciò che interessa all'autrice è far conoscere i problemi creati dal parassitismo rendendo noti ad una platea quanto più vasta possibile i danni che ne derivano per gli esseri umani. Il parassitismo, per quanto noto, non è infatti ancora considerato con la giusta attenzione ed è causa di mali anche molto gravi che, grazie all'enorme sviluppo delle migrazioni e del turismo verificatosi negli ultimi anni, ha fatto riapparire in occidente malattie che si credevano limitate alle fasce intertropicali.

Claudia Bordesè

"Vivere a spese degli altri"

Blu Edizioni, Torino - pp. 159, euro 14,00

Morte, vita e miracoli del Cardinal Tomaso



Il romanzo è di lettura facile grazie a numerosi spunti ironici, a molte situazioni comiche o grottesche e a battute umoristiche. L'interpretazione però diventa più complessa e soggettiva. Alessandro Allegra vi racconta di un cardinale che si è ucciso gettandosi da un ponte, forse per salvare un ragazzino, e che dopo essere stato tumulato nell'arca di una cattedrale, malgrado il maleodorante disfacimento del corpo, mantiene il possesso della sua coscienza e acquista la

capacità di apprezzare quegli aspetti della vita, che aveva prima trascurato. Per un certo periodo, ora dubitando dell'esistenza di Dio, ora confidando nella resurrezione, intrattiene dal sepolcro rapporti con una gamma di strani personaggi che lo vanno a trovare per ricevere una grazia, o per altri motivi, comportandosi con loro quasi come fosse ancora vivo. Giunto però per lui il momento della certezza della fine, sperimenterà la paura della morte.

Alessandro Allegra

"Morte, vita e miracoli del Cardinal Tomaso"

Robin Edizioni, Roma - pp. 323, euro 13,00

Il destino di Arianna

Il grande sviluppo che la medicina ha avuto negli ultimi trent'anni nel campo delle conoscenze e della tecnologia ha creato un dedalo di informazioni prodotte dalla ricerca e dal progresso tecnologico, nel quale i professionisti della sanità trovano molte difficoltà ad orientarsi. Allo scopo di aiutare i medici in queste ricerche è sorto un proliferare di linee guida e altri testi informativi che finiscono per complicare ogni possibilità di indagine a chi non è provvisto delle necessarie abilità di lettura e di una adeguata capacità di valutare criticamente tali documenti. Questo libro che Giovanni Pomponio ha curato con la collaborazione di Laura Morbidoni, Barbara Gabrielli e Marina Fratini fornisce un ricco bagaglio di informazioni per acquisire le necessarie competenze per la ricerca, l'interpretazione e la pratica utilizzazione delle linee guida.

Giovanni Pomponio

"Il destino di Arianna"

SEEd, Torino - pp. 192, euro 18,00

Fertilità e oncologia

Giuseppe Luigi Banna, Francesca Catalano, Rosaria Condorelli e Fedro Peccatori hanno riunito in questo volume gli interventi di diversi specialisti oncologi, di medici della riproduzione, delle associazioni dei pazienti e di esperti in diritto. Il volume pone nelle problematiche tumorali la centralità del paziente, al quale fornisce utili informazioni e suggerimenti per affrontare il percorso della malattia che, sebbene lo sviluppo della diagnostica e delle cure abbiano enormemente migliorato il tasso di sopravvivenza e di guarigione, è sempre angosciante e doloroso. Poiché tra gli ammalati di tumore in età fertile la preoccupazione di non procreare è seconda solamente alla paura di non poter sopravvivere alla malattia, il libro trasmette un messaggio positivo e di conforto.

G.L.Banna, F. Catalano, R. Condorelli, F. Peccatori

"Fertilità e oncologia"

Medicalink Publisher, Siracusa - pp. 239, euro 25,00





Vivere con il cancro

Con questa breve autobiografia Angelo Rinascente racconta la storia della sua malattia, che gli si è presentata improvvisamente e lo ha coinvolto nei sentimenti, negli affetti e nella sua cultura di medico, divenuto improvvisamente paziente.

Il racconto, fatto con uno stile semplice e intenso, rivela la nuova sensibilità acquisita dopo aver vissuto

questa esperienza dolorosa, ma vivificante, che ha insegnato all'autore ad apprezzare anche le più piccole manifestazioni della vita, ad osservare il mondo con animo poetico e le vicende umane con disincantata ironia. Ma, in quanto medico, ha scritto queste pagine soprattutto, come egli dice, "per dare speranza a chi crede di averla perduta; per dare merito alla struttura pubblica che, se diretta seriamente e con professionalità, è superiore a quella privata e per testimoniare (Dio me lo conceda) che di cancro si può guarire".

Angelo Rinascente
"Vivere con il cancro"

Edizioni Savigraff, Naro (Ag) - pp. 76, euro 8,00

La mano e la chitarra

A giudicare da quante persone la suonano, la chitarra sembrerebbe essere uno strumento facile, invece, per chi vuole suonarla seriamente, offre difficoltà di tecnica strumentale e, impegnando molto le articolazioni della mano, del gomito, della spalla e la spina dorsale, richiede anche un faticoso dispendio di energie fisiche.

Il testo del professor Marco Pecchioli, medico ortopedico ed esperto di ginnastica correttiva e di educazione fisica, studioso di chitarra classica e flamenca, dopo aver presentato le caratteristiche anatomiche (articolari, tendinee e muscolari) degli arti interessati, suggerisce le posizioni migliori per l'utilizzazione dello strumento, gli atteggiamenti errati da correggere e gli esercizi adatti per il rilassamento e l'elasticità delle mani. L'opera si conclude con una lunga serie di risposte alle domande tecniche e mediche che i chitarristi si pongono più frequentemente.



Marco Pecchioli
"La mano e la chitarra"

www.erom.it - pp. 96, euro 25,00

In breve

Eugenio Magri, Maria Luisa Vianelli, Roberta Calzolari **VOCABOLARIO ETIMOLOGICO E COMPARATO DEI DIALETTI DELL'EMILIA ROMAGNA**

Grande ed autorevole opera questo ricco vocabolario dell'Emilia centrale arricchito da un'introduzione storica dei vernacoli emiliani e romagnoli e da una comparazione delle differenze lessicali e grammaticali fra le parlate delle sette province. Il prezioso lavoro patrocinato dalla regione include anche un'antologia poetica degli autori più significativi delle diverse province emiliane e romagnole.

Nicola Calabria Editore, Patti (Me) - pp. 476, euro 40,00

Marco Pecchioli **TEORIA DELL'ESERCIZIO FISICO**

Un libriccino dedicato agli insegnanti di educazione fisica, per la quale, in mancanza di strumenti ufficiali per le verifiche sperimentali dei risultati sugli individui che la praticano ai diversi livelli, l'autore ha trasferito l'indagine su se stesso studiando gli effetti del graduale, continuo esercizio degli arti superiori esercitati suonando la chitarra.

www.duchenne.it - pp. 92

Iorio Melani **RACCONTINI E RACCONTACCI**

Esperienze giovanili e professionali ripescate nei ricordi e raccontate con uno stile molto personale, immediato e informale. La rapida e quasi accennata descrizione dei personaggi, dei luoghi e degli avvenimenti, è condotta con concatenazioni e avvicendamenti che stimolano la curiosità e il desiderio di non abbandonare la lettura.

ilmiolibro.it - pp. 82

Ketty Adornato, Rino Cardone **I TUAREG DELL'AÏR**

La pubblicazione, elegante e con bellissime fotografie a colori, raccoglie una serie di informazioni di grande interesse sui Tuareg, la loro storia, i loro costumi e la loro difficoltà, nel presente, di continuare a vivere da nomadi. Il libro illustra anche il fattivo impegno nei loro confronti assunto dai volontari della Onlus Bambini nel Deserto.

www.cittadelsoledizioni.it - pp. 72, euro 10,00

Giuseppina Scognamiglio **COME (RI)LEGGERE "LA LUPA" DI GIOVANNI VERGA**

Il libro intende rivolgere una speciale attenzione al rapporto artistico e letterario fra la novella del Verga e la sua trasposizione scenica. I due testi vengono proposti con un modulo di studio che, privilegiando la centralità del testo nella prassi didattica, guiderà il lettore ad una agevole lettura e ad una ragionata indagine ermeneutica.

Spring Edizioni, Caserta - pp. 143, euro 22,00

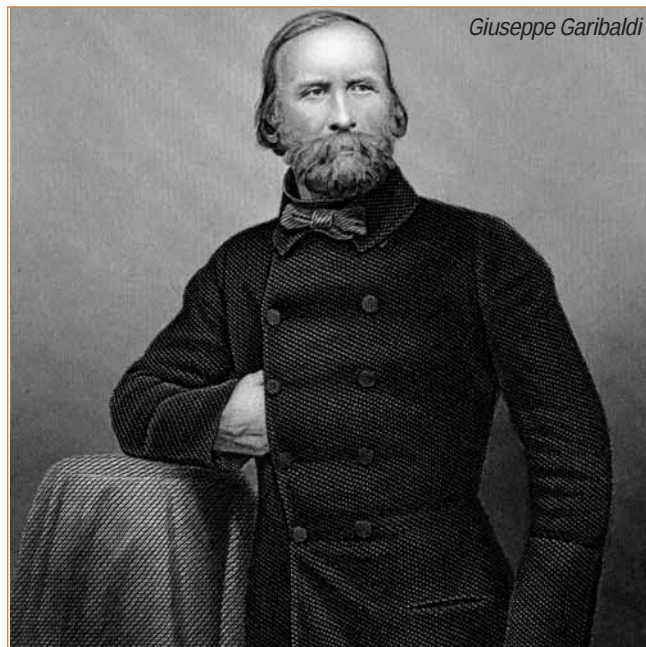
I centocinquanta anni dell'Unità nazionale

Celebriamo quella storica seduta del Parlamento subalpino che proclamò con grande solennità la nascita del Regno d'Italia. La maledetta pallottola dell'Aspromonte

di Fabrizio Federici

Nel 2010-2011, l'Italia s'appresta a ricordare i primi centocinquanta anni dell'Unità (marzo 1861, con la storica seduta del Parlamento subalpino che proclamava solennemente la nascita del Regno d'Italia) con un fitto programma d'iniziative: che al di là dello scopo celebrativo, ci auguriamo serva, però, a stimolare una riflessione critica sul significato civile di quest'avvenimento, senza prestarsi, al tempo stesso, a polemiche antiunitarie.

Uno degli episodi più noti ma anche più controversi del Risorgimento, che più si presta a una riflessione sui rapporti tra Governo, opinione pubblica e forze poli-



Giuseppe Garibaldi

tiche, e sulle eterne ambiguità della politica italiana, è quello della seconda, sventurata impresa meridionale di Garibaldi dell'estate

1862: solo due anni dopo l'avventura dei Mille, ma in un clima ben diverso dagli entusiasmi del 1860. Nel Mezzogiorno dilaga la pro-

testa popolare contro la nuova amministrazione sabauda, efficiente ma poco consapevole dei problemi meridionali, e inflessibile in tema di tasse, imposte indirette (coi Borboni quasi sconosciute alla popolazione), servizio militare obbligatorio. E spietata nella repressione del brigantaggio, endemica piaga del Sud e dello Stato Pontificio, strumentalizzata però dai Borboni, sognanti un impossibile ritorno al potere. In questo clima, nel marzo '62 Giuseppe Garibaldi, a Torino, incontra più volte re Vittorio Emanuele II (che spesso tende a condurre una sua politica, diversa da quella del Primo Ministro, e non nasconde la simpatia per l'Eroe dei due mondi) e il nuovo presidente del Consiglio Urbano Rattazzi, gradito alla Sinistra liberale. Non sappiamo cosa si dicano: è probabile, però, che i tre, di fronte a una forte corrente d'opinione pubblica favorevole alla liberazione anche di Roma e Venezia, progettino una "Spedizione dei mille 2", volta a liberare

LE INIZIATIVE IN PROGRAMMA

La preparazione delle celebrazioni, insieme a Regioni e altri enti locali, è stata avviata sin dal 2007 con un decreto del presidente del Consiglio, istitutivo d'un comitato presieduto dal ministro per i Beni e le Attività culturali, e comprendente i ministri di Economia e Finanze, Infrastrutture e Trasporti, Istruzione, Università e Ricerca,

Difesa, Sviluppo Economico e Rapporti con le Regioni. È prevista la realizzazione di qualificati interventi a carattere infrastrutturale, culturale e scientifico, specie nelle città più rilevanti per l'Unità: la cui verifica è affidata a un comitato dei Garanti comprendente alte personalità culturali. Fra gli interventi in programma (alcuni dei

quali già in corso di realizzazione), figurano opere come il nuovo Palazzo del Cinema e dei Congressi a Venezia Lido, l'Auditorium di Firenze, il Parco Dora Spina 3 a Torino e il nuovo Museo Archeologico Nazionale di Reggio Calabria.

Si sta procedendo, inoltre, a valorizzare e restaurare i luoghi più legati al Risor-

gimento (245 in tutta Italia, da Curtatone a Custozza, dallo scoglio di Quarto a Porta Pia a Roma: vedere il sito, realizzato dal Governo, www.italia150.it). Per tutti questi progetti, la presidenza del Consiglio ha stanziato 15 milioni di euro, mentre altri 20 verranno dalla società Arcus, controllata dal ministero per i Beni e le Attività Culturali.

lo Stato pontificio col segreto sostegno di casa Savoia, pronta a intervenire per legittimare il tutto “ex post” oppure, invece, a sconfessare ufficialmente le Camicie rosse in caso d’insuccesso. Garibaldi, come già nel 1860, da leader del Partito d’Azione (che subisce l’influenza mazziniana, ma non è dichiaratamente repubblicano), si getta nell’avventura sperando di rafforzare, a medio termine, le correnti democratico-progressiste del Risorgimento, e contenere al tempo stesso la forza di Mazzini (del quale disapprova la fretta avventurista e la rigidità ideologica, quella stessa che nel ’49, alla difesa della Repubblica Romana, gli ha proibito di colpire a fondo i francesi, inizialmente vinti al Gianicolo): senza però tenere in conto le esperienze di due anni. Il quadro internazionale, poi, è assai meno favorevole che nel ’60 a un’impresa del genere: cui manca il decisivo sostegno della Francia, contraria ad ogni iniziativa per l’abbattimento dello Stato Pontificio. È noto l’epilogo, tipicamente da “pasticcio italiano”, della vicenda: ad agosto 1862, mentre Garibaldi, tornato in Sicilia a fine giugno, s’appresta a risbarcare in Calabria, alla testa, stavolta, di quasi tremila uomini, il governo Rattazzi – che Napoleone III, pressato, come nel ’49, dal partito clericale francese, ha minacciato addirittura d’un intervento militare – proclama lo stato d’assedio nel Mezzogiorno continentale, affidandone il

mantenimento ai “generallissimi” Cialdini e La Marmora. Nel pomeriggio del 29 agosto, tra le pinete dell’Aspromonte, nei pressi di Gambarie, avviene lo scontro fratricida in cui sette garibaldini e cinque bersaglieri restano sul campo, e lo stesso Garibaldi, postosi quasi in mezzo per impedire il più possibile il fuoco, e il figlio Menotti restano feriti. Imbarcato sulla pirofregata “Duca di Genova”, l’Eroe il 2 settembre sarà sbarcato a La Spezia e trasferito nel carcere militare del Varignano (dove, tra l’altro, pochi giorni dopo gli giungerà inutilmente, per la seconda volta dal 1861, l’invito ufficiale del Presidente Usa Lincoln, suo convinto estimatore, ad assumere la guida dell’esercito unionista nell’incerta lotta contro la Confederazione sudista). Esattamente cinque anni dopo, nell’autunno 1867, il copione – con Rattazzi ancora premier, e il Re ancora favorevole all’impresa per Ro-

ma, salvo poi sconfessare i rivoluzionari all’ultimo momento – si ripeterà vergognosamente ancora una volta, con Monterotondo e Mentana. Alla liberazione di Roma si arriverà solo il 20 settembre 1870 con la presa di Porta Pia, resa possibile, peraltro, solo dalla Waterloo di Napoleone a Sedan.

Interessante, poi, è la vicenda delle ferite riportate da Garibaldi all’Aspromonte: mentre quella all’anca sinistra è solo superficiale, con una leggera contusione, quella al malleolo interno del piede destro appare subito più grave, soprattutto per la difficoltà di localizzare la pallottola. Nel volume “Racconti garibaldini” (Palombi, 2009), il medico scrittore romano Alberto Arcioni ha ricostruito dettagliatamente le tappe del calvario dell’Eroe, inutilmente curato, tra agosto e ottobre 1862, da ben diciotto medici di prim’ordine (tra cui anche Agostino

Bertani, futuro fondatore, con Felice Cavallotti, del Partito radicale): che, però, non riuscirono a individuare il proiettile, conficcatosi nella caviglia al di sopra dell’astragalo. Il 31 ottobre, a La Spezia, Garibaldi veniva visitato dal celebre chirurgo russo Pirogoff, che riusciva almeno a detergere più radicalmente la ferita, evitando il pericolo d’una setticemia e d’una conseguente amputazione (l’intervento di Pirogoff è tuttora documentato negli Annali del ministero russo della Sanità a San Pietroburgo, e da un saggio del russo Vladimir Nevler tradotto in italiano, circa vent’anni fa, dall’altro medico scrittore genovese Franco Cusmano). Finalmente, il 22 novembre, a Pisa (città dove Garibaldi era stato portato in quanto sede d’una prestigiosa facoltà di Medicina), il professor Ferdinando Zannetti, usando la sonda messa a punto dallo specialista francese Nèlaton (tuttora in uso per il cateterismo dell’uretra), riusciva ad estrarre la palla – 24 grammi di piombo – dalla caviglia del Nizzardo, che a gennaio 1863 avrebbe ripreso a fare i primi, timidi passi.

La pallottola estratta dal piede destro di Garibaldi è ancor oggi conservata al Museo del Risorgimento al Vittoriano di Roma; mentre sull’Aspromonte, sopravvive ancora il pino cui il generale, ferito, si era appoggiato, e il “Cippo Garibaldi” segna il punto del vergognoso ferimento di quel 29 agosto 1862. •

Il sito dedicato alle iniziative dell’anniversario www.italia150.it



Charleston, inseguendo “Via col vento”



Old Exchange e Provost Dungeon

Un tuffo nel passato in una delle città meglio conservate degli Stati Uniti, dove i turisti possono ammirare le antiche piantagioni, i musei della Guerra di Secessione e le bianche ville in stile coloniale. È qui che, il 12 e 13 aprile 1861, iniziò la Guerra civile con l'attacco alle forze dell'Unione a Fort Sumter

**testo e foto
di Mauro Subrizi**

Charleston (Carolina del Sud) vanta la maggior parte di primati nella storia degli Usa: è la città statunitense che ha costruito il primo museo, che

ha inaugurato il primo teatro, la prima biblioteca pubblica, la prima scuola pubblica e il primo Golf club. Senza contare che ha dato i “nati” a Rhett Butler, il famoso protagonista del romanzo di Margaret Mitchell. Non è un caso infatti che i

turisti possano scegliere, tra le offerte delle agenzie, il “Tour Via col vento”.

Per la maggior parte dei visitatori, però, la cosa più importante è riconoscere che la nomea di città più accogliente degli Stati Uniti è corretta: chiunque visiti Char-

leston ritorna con la sensazione di aver trascorso un periodo in un ambiente estremamente gradevole tra gente cortese.

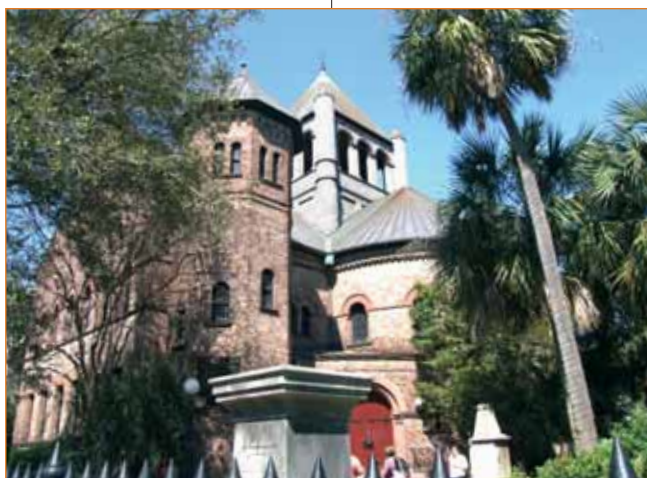
Il soprannome, “la città santa”, deriva più dalla quantità delle sue chiese che da una reale religiosità degli abitanti: le strade infatti sono piene di locali di ogni genere dove i cittadini amano passare il tempo bevendo, giocando e divertendosi.

A Charleston si respira la storia statunitense: i patrioti americani, negli anni della Rivoluzione, hanno conseguito qui la loro prima vittoria contro le truppe inglesi. Qui è stato sparato il primo colpo di cannone durante la Guerra di Secessione. Questa è la città che è sopravvissuta al terremoto nel 1886, uno dei peggiori nella storia degli Stati Uniti.

Insieme allo spirito gioioso e brillante, caratteristico di Charleston, si avverte anche una solida e radicata tradizione militare, che si manifesta nel college militare della Cittadella lungo l'Ashley River e nella portaerei York-



Edifici storici a Battery Street



Chiesa presbiteriana

town ormeggiata a Patriots Point. La preservazione storica degli edifici costruiti prima della Guerra Civile è stata sempre una caratteristica di questa città. Ed ha portato alla conservazione (cosa rara negli Usa) di un vero e proprio centro storico trasudante storia e tradizioni. La bellezza e l'opulenza dei bianchi edifici signorili testimoniano il tempo nel quale gli schiavi, che lavoravano nelle risaie intorno alla città, facevano prosperare l'economia dello Stato, rendendolo allora, a differenza di oggi, uno dei più ricchi del sud. Charleston è una penisola tra due fiumi: ad ovest l'Ashley River e ad est il Cooper River. La città è divisa tra nord Charleston e sud Charleston, e la separazione non è dettata solo da motivi geografico-urbanistici, bensì da una diversità reale: la prima parte è caratterizzata da una combinazione di centri commerciali, industrie leggere e case semifatiscienti. La seconda parte, invece, accoglie i turisti con il fascino della tradizione del vecchio e glorioso sud.

Uno dei più antichi quartieri è l'area di **Broad Street**,



Rainbow Row

dove si possono trovare bellissimi edifici fine Settecento e strade tortuose e fiorite immerse in una atmosfera di eleganza e signorilità.

A pochi blocchi da Meeting Street, attraversando le anguste stradine del quartiere francese, scopriamo il vecchio cimitero immerso in una atmosfera dei primi dell'Ottocento. È molto facile girare per Charleston: ogni via è sovrastata dal nome del quartiere.

Per molti visitatori, **The Battery**, il luogo dove fu installata, a guardia della costa, la batteria di artiglieria durante la guerra del 1812, è l'icona di Charleston, perché è

imbevuta di storia e teatro di tutti gli avvenimenti drammatici vissuti dalla città. Oggi è il posto preferito dalle famiglie per le passeggiate domenicali e degli sposi per le foto di rito. La strada per raggiungere The Battery è costeggiata da ville d'epoca tra cui la più famosa è la Edmonston-Alston House, dove si può ancora vedere l'originale dell'ordinanza della Secessione, che diede origine al conflitto fra nord e sud.

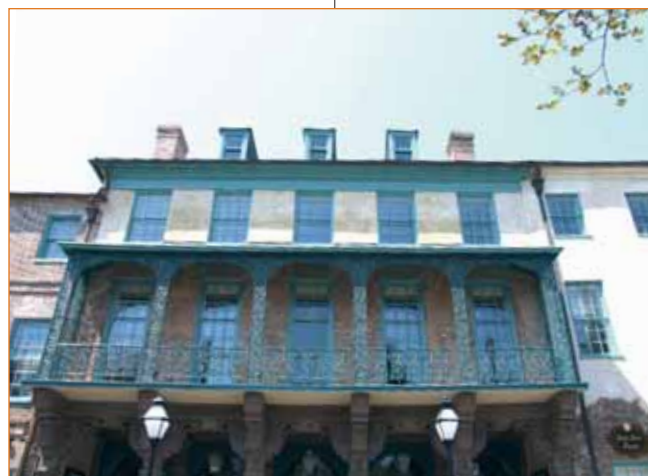
Dal 79 al 107 dell'East Bay, tra Tradd e Elliot Streets, c'è uno dei siti più fotografati degli Stati Uniti: la colorata **Rainbow Row**. Il suo nome

deriva dal fatto che le sue case, tutte di fronte a Cooper River, sono di diverso colore. Questi colori, nove in tutto, sono la testimonianza della tradizione Caraibica di Charleston, un'eredità degli Inglesi della Colonia di Barbados, i fondatori della città.

L'Old Exchange and Provost Dungeon, si trova tra Meeting Street e East Bay ed è ritenuto uno dei tre edifici coloniali storicamente più importanti. Da ex-prigione degli Inglesi a luogo dove è stata ratificata la Costituzione degli Stati Uniti. Oggi è il museo della Rivoluzione americana. •



Tram turistico



Dock Street Theatre

Un comico... losco

di Ludovica Mariani

Il pretesto è l'uscita del suo primo CD, il piacere quello di incontrare Maurizio Mattioli, un attore comico che da anni accompagna alcuni dei momenti più divertenti delle nostre giornate con le sue irresistibili partecipazioni a film, trasmissioni tv e fiction.

Dal glorioso Bagaglino televisivo al più recente "Un ciclone in famiglia" dove interpretava un simpatico macellaio romano, croce e delizia del milanesissimo Boldi e, negli ultimi due film dei fratelli Vanzina, nei panni del chirurgo corrotto e corruttore del medico Gigi Proietti fino al bieco palazzinaro che schiavizza il povero Enrico Brignano, con il quale tornerà presto a fare coppia nella ripresa per la prossima stagione teatrale del Sistina a Roma di "Rugantino" dove in qualche modo i ruoli si invertiranno e toccherà a Brignano-Rugantino farsi beffe dell'ingenuo e bonario Mattioli - Mastro Titta: "Anche se alla fine sarò comunque io a tagliargli la testa", ci ricorda. Fervente tifoso romanista ha dedicato alla sua città il disco: "Un po' Roma e un po' no" è il titolo, tredici brani, undici cover e due inediti uno dei quali intitolato ad Anna Magnani.

Com'è nata l'idea del CD?

Durante una serata di beneficenza mi ha sentito cantare Vlady Toso, un compositore milanese. Dopo qualche giorno mi ha cercato: "Voglio fare un disco con te", pensavo scherzasse. Anzi ero convinto che avesse sbagliato persona: "No, no, sei proprio tu quello che voglio", mi ha detto e così da un giorno all'altro mi sono ritrovato in sala di registrazione con due orchestre, una a Roma e una a Milano per il rimixaggio delle musiche. E io che pensavo ad una cosina poco impegnativa, così tanto per fare! Però mi sono trovato bene in una sala di registrazione da super professionisti, pensi che mentre facevamo il disco nella sala accanto c'era Baglioni. Confesso che mi sentivo quasi in colpa nei confronti di questi signori della produzione che credevano in me. Però sembra che sia andato bene e che tutti siano contenti.

Le canzoni che ha scelto rappresentano Roma o lei stesso?

Entrambe le cose probabilmente. Roma la fa un po' da padrona è chiaro con canzoni della tradizione come "Er barcarolo", e anche nei brani inediti come "Ninna Nanna Anna" dedicato ad Anna Magnani. Ma ci sono altre canzoni che ho voluto perché sono quelle che mi hanno accompagnato nella vita. Ho scelto brani dei più grandi cantautori italiani, Donaggio, Morandi, Califano, Di Capri. E due musiche del grande Trovati: "È bello avè na donna dentro casa" e la famosa "Roma nun fa la stupida stasera" tratti da



Maurizio Mattioli
interpreta Mastro Titta

Oggi la comicità è principalmente quella dei cabarettisti, che sono tutti un po' uguali con le stesse battute e lo stesso modo di proporle

"Rugantino" che tornerò ad interpretare in autunno al Sistina: sarò Mastro Titta ancora una volta in quel ruolo magnifico che è stato di Aldo Fabrizi.

Un onore che rivendica con orgoglio?

Sì ma al quale non devo pensare. Se ti ricordi che quel personaggio è nato per Fabrizi non esci neppure di casa per andare a teatro a farlo. La paura del paragone ce l'ho sempre, ma è andata bene anche qualche anno fa proprio perché non ho provato a "fare" Fabrizi. Lo ripeto, se pensi a una cosa del genere è meglio che stai a casa!

Secondo lei "Rugantino" è la più bella commedia musicale italiana?

È sicuramente la più conosciuta e secondo me sì, è anche la più bella. È una commedia musicale importante che è stata rappresentata anche a Broadway (nel cast c'erano Nino Manfredi, Ornella Vanoni, Bice Valori, Aldo Fabrizi e Lando Fiorini, ndr) e le sue canzoni sono davvero immortali, ancora bellissime da cantare, io con il mio CD ne sono la prova!

Ha da poco finito di girare in Argentina "Terra ribelle" una fiction di Rai1 con la regia di Cinzia Torrini. Per la prima volta fa il cattivo.

Altre volte ho fatto personaggi loschi ma stavolta Armando Vincenti, questo il nome del personaggio, è proprio cattivo. È uno di quei tipi di mascalzone che leva le medicine ai poveri, uno schifoso che finisce addirittura ucciso dal proprio figlio. Io ho sempre fatto il comico, il brillante, la commedia, ma pochi sanno che vengo dal teatro di Calenda e Luigi Squarzina con il quale ho esordito nel 1978, ho lavorato anche con Enrico Maria Salerno e così per questo ruolo sono andato un po' a ripescare in quel bagaglio di esperienza rifacendomi a un discorso classico, più drammaturgicamente serio. Non perché la commedia non sia seria, tutti sanno quanto sia difficile far ridere.

Cosa pensa della commedia oggi in Italia?

È un fatto di danaro e di investimenti. Prima non c'erano solo dei grandi sceneggiatori ma produttori come Ponti, De Laurentiis, Cristaldi o Goffredo Lombardo. I soldi sono diversi e quindi è cambiato il prodotto. Anche gli attori del resto. C'erano Sordi, Gassman, Manfredi e Tognazzi mentre oggi la comicità è principalmente quella dei cabarettisti, che sono tutti un po' uguali con le stesse battute e lo stesso modo di proporre.

Che ricorda dell'esperienza del Bagaglino televisivo?

Ricordo che facevamo ascolti da Festival di Sanremo, 12, 13 milioni. Una volta facemmo 9 milioni e tutti si aggiravano per il teatro con facce preoccupatissime, impensabili oggi. Io cominciai con Crème Caramel, la nostra soubrette era Pamela Prati, dopo arrivò Valeria Marini. Erano bei tempi ed era un modo di fare cabaret che assomigliava molto al teatro. Si faceva gioco di squadra, adesso sono tutti solisti, coppie al massimo. Vanno sul palco a fare il loro numero di due minuti e via, funziona la formula alla Zelig.

Prossimi progetti?

Ho fatto un film del genere giovanile diretto da Luca Biglione "Almeno tu nell'universo", poi ho una parte in "Immaturo", il nuovo film di Paolo Genovese con Ricky Memphis, Raoul Bova, Ambra Angiolini, Giovanna Ralli, mia moglie nel

Ho sempre fatto il comico, il brillante, la commedia, pochi sanno che vengo dal teatro di Calenda e Luigi Squarzina

film. Tra breve con la regia di Stefano Reali tornerò a lavorare con Raoul Bova in una fiction che parlerà di sport. Con lui ho già fatto "Una storia italiana", biografia dei fratelli Abbagnale, il prossimo sarà un film sul nuoto settore che Raoul conosce bene, è stato anche un campione.

Se le proponessero un altro disco cosa direbbe?

Che sono pazzi! Ma lo farei con entusiasmo e ho già in testa un altro paio di brani di Califano che mi piacerebbe reinterpretare e poi Bongusto e tutti quegli autori che amo e ho dovuto lasciar fuori da questo CD.

Ha mai avuto voglia di scrivere qualcosa di suo?

Ho delle idee ma sono pigro e irrequieto insieme, non posso stare seduto ad un tavolino per troppo tempo. Ma qualcosa farò, e sto pensando ad un testo per il teatro insieme a Rodolfo Laganà.

L'attore vive in campagna alle porte di Roma, con la moglie Barbara (rimasta paralizzato dopo un terribile incidente stradale) e la figlia Francesca in un bellissimo casale dove dà rifugio ad un numero imprecisato e sempre in aumento di animali tra cani, cavalli e altre bestiole salvate dall'abbandono e, spesso, dalla crudeltà di altri uomini.

È noto l'amore che avete, lei e sua moglie per gli animali. A quanti stiamo?

Ho circa trentacinque cani, alcuni ho dovuto darli in adozione perché in casa ho grossi problemi con mia moglie che non sta bene. Sono due anni e mezzo dall'incidente d'auto e cominciamo a faticare. Ho anche due cavalli che tengo a Capannelle e sette o otto allo stato brado in montagna. Poi ho un cavallo che tengo per me, lo sto facendo domare, si chiama Prospero perché come un fiammifero è bianco e rosso.

A proposito di colori, che mi risponde se le dico giallorosso?

La prego, questa fine di campionato per la Roma e per noi romani è stata una vera sofferenza, ma anche un bel sogno durato fino all'ultimo minuto. Davvero a questa squadra non possiamo rimproverare niente, speriamo solo di avere un po' più di fortuna il prossimo anno. •



La copertina del CD di Maurizio Mattioli

Come nasce una star

di Maricla Tagliaferri

Chi c'è dietro una star? Patrizia Cafiero strizza gli occhi fino a una fessura. Si fa una risata, la signora del cinema italiano, personal manager di talenti che ha accompagnato verso il successo, come, fra i tanti, Riccardo Scamarcio, Isabella Ragonese

Valeria Golino, Valeria Solarino, Claudia Gerini. Dall'alto della sua esperienza, cominciata nel mondo della comunicazione dopo la laurea in filosofia, è categorica: "Intanto bisogna trovare una star".

Come si fa?

In Italia non si fa. Il divo è il prodotto di uno star system, cosa che non abbiamo mai avuto. Si costruisce attraverso un percorso attento, che va dalla scelta dei copioni alla definizione di un look. Naturalmente, partendo da alcune caratteristiche di base dell'attore o dell'attrice.

Per esempio?

Per esempio Scamarcio, l'unico degli ultimi anni per cui abbiamo tentato qualcosa di simile e l'unico che avesse le carte in regola. È appetibile per un pubblico vasto, ma ha fatto il Centro Sperimentale superando un esame a cui partecipavano in quindicimila. Non si vergogna di niente, si butta sempre e nei provini internazionali se la vede con gentucola come Johnny Depp. E ha un carattere che lo rende spesso antipatico. Una star non dev'essere simpatica: simpatico è il vicino di casa, simpatico è il personaggio televisivo, che sarà anche popolare, ma mai una star, il cui segno distintivo è il mistero. Perché deve occupare la fantasia delle persone, non lo spazio dove cucinano i fagioli.



Riccardo Scamarcio

Perché non abbiamo uno star system?

Primo: economicamente non ce lo possiamo permettere. Secondo: un divo sconvolgerebbe la pigrizia di un regime piatto, in cui tutti sono intercambiabili. Terzo: la comunicazione cinematografica, invece di studiare un lancio ad hoc per ogni prodotto, valorizzandolo per le sue caratteristiche, individuando il pubblico adatto, tratta tutto allo stesso modo e nessuno emerge.

Cosa fa un personal manager?

Ci occupiamo dei singoli artisti, affiancando sia gli agenti che gli uffici stampa. Individuiamo per loro un percorso artistico, ma badiamo anche alla comunicazione, alla loro "immagine", se preferisce, suggerendo come e dove comparire.

Decidete anche i contratti?

In genere è compito degli agenti, ma io, col mio studio Cafiero&Partners, mi occupo anche di quelli. Ho lavorato negli Stati Uniti, con i divi che i miei clienti volevano per la pubblicità, Robert De Niro, Woody Allen, Sharon Stone, Kevin Costner. Là ho imparato cos'è un contratto: noi arrivavamo con due avvocati e loro ne avevano 112. Era previsto di tutto, dal numero della controfigure di De Niro alla stanza per far suonare il clarinetto ad Allen, dalla limousine alle bucce di limone nei drink.

Lei a cosa sta attenta?

Con una produzione straniera, chiedo garanzie su dove va l'artista, chi lo segue, se ha un medico, chi è lo stilista, cosa mangerà. Ma soprattutto mi assicuro che sarà l'artista stesso a doppiarsi, nella versione italiana.

E nelle produzioni italiane?

Qui è tutto molto raffazzonato. Devi controllare la qualità di quel che ti offrono e i diritti televisivi. Succede che non ti dicano che un film passerà in tv in due o tre puntate, facendo perdere all'artista i diritti derivanti dai vari passaggi. I nostri contratti sono obsoleti, non tengono conto delle nuove tecnologie. Così gli sfruttamenti multipli finiscono per essere letteralmente regalati.

Cos'è indispensabile per un personal manager?

Il feeling con le persone che segui, magari negativo, ma autentico. Ho mollato parecchie potenziali galline dalle uova d'oro perché proprio non mi ci prendevo. E non ho mai accettato raccomandati. Sarei ricchissima se avessi accolto le protette di questo o di quello. •

La musica oltre l'intolleranza

di Piero Bottali

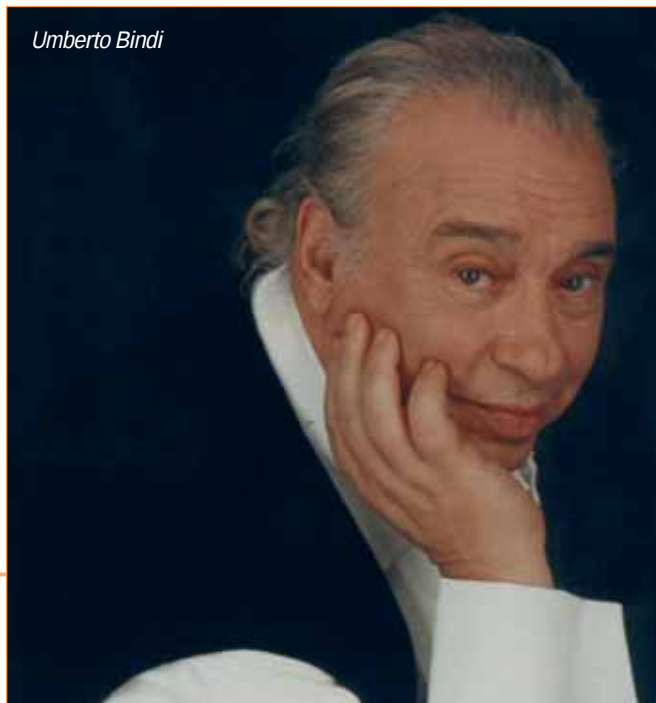
La vita e la carriera di Umberto Bindi (Bogliasco, Genova, 1932 - Roma, 2002) sono esemplari di come nell'Italia di quarant'anni fa potesse vivere, comporre, suonare e cantare un artista che si dichiarava omosessuale. Perché al contrario di oggi, in cui

gli omosessuali si dicono orgogliosi di essere tali, Bindi viveva la sua situazione con dolore, che gli attacchi di molta stampa contribuirono a rendere lancinante. Ebbe la fortuna di nascere a Genova, dove già dagli anni '60 si era formata la così chiamata *scuola genovese dei cantautori*, un sodalizio artistico nel quale convergevano per affinità i maggiori esponenti di questo genere musicale che rinnovò profondamente la musica leggera (non troppo leggera, per fortuna) italiana. È qui che Bindi fa amicizia con Bruno Lauzi, Gino Paoli, Fabrizio De André, Luigi Tenco: personaggi con i quali, nel corso della sua carriera, avrà proficui rapporti artistici. Grazie ai suoi studi Bindi è ritenuto musicalmente il più preparato di tutti, e le sue eleganti melodie e gli arrangiamenti, da qualcuno definiti addirittura 'suntuosi', lo confermeranno negli anni a venire. Anche il paroliere è un genovese, Giorgio Calabrese, col quale creerà la struggente *Arrivederci* (1959) e *Il nostro concerto* (1960) con un'introduzione strumentale lunga oltre un minuto, poi *Vento di mare* e *Non mi dire chi sei* (Festival di Sanremo 1961). Con Gino Paoli scrive *Il mio mondo*, *Un ricordo d'amore* e *L'amore è come un bimbo*. Con Franco Califano e Nisa scrive *La musica è finita* per Ornella Vanoni e *Per vivere* per Iva Zanicchi. Umberto Bindi suonava il pianoforte in dolce raccoglimento ed in maniera molto raffinata, lontana da quella platealità e grinta esecutiva che molti confondono con

Nel 1976 dichiara di non essere un cantante ma un compositore

l'originalità. Questo stile interpretativo e le discriminazioni dovute alla sua omosessualità gli crearono sempre difficoltà anche nell'ambiente musicale: come raccontò egli stesso al Sanremo del 1996 gli ostacoli cominciarono su quello stesso palco nel 1961 quando, ancora lo ricordo personalmente, il commentatore di un giornale romano ignorò la melodia e si soffermò sarcasticamente su Bindi che guardava languidamente l'anello col brillante al dito. È del 1972 il suo primo Lp (*Con il passare del tempo*) nel quale la canzone *Io e la musica* è una breve autobiografia in cui parla di come la musica alleviasse i suoi dolori. Nel 1973 Giorgio Calabrese scrive per lui un programma per il secondo canale della Rai, intitolato come il suo Lp, durante il quale Bindi suona molti brani, racconta di sé, del suo carattere, dei suoi gusti musicali facendo intendere di avere ancora molto da dire musicalmente, a patto che ci sia qualcuno disposto ad ascoltarlo. Nel 1976 durante un programma radiofonico per presentare un nuovo Lp Bindi dichiarerà di non essere un cantante ma un compositore. Nel 1985 nasce l'album *Bindi*, raro omaggio discografico ad un artista ancora vivente, che canta con Loredana Bertè, Ornella Vanoni, Anna Identici, Fiorella Mannoia ed altri. Nel 1993 con Bruno Martino al Teatro Flaiano di Roma conduce venti serate dello spettacolo *Due vite e un pianoforte* del quale viene realizzato il CD *Il 'nostro' concerto*. Renato Zero nel 1996 ascolta le musiche che Bindi ha nel cassetto e produce il CD *Di coraggio non si muore*, e nel 2000 BMG Ricordi pubblica il doppio CD della serie *Flashback: i grandi successi internazionali*. Per problemi col fisco e di salute Bindi muore povero. Gino Paoli lancia un appello per fargli ottenere il sussidio per gli artisti grazie alla legge Bacchelli. Il vitalizio, subito concesso, arriverà troppo tardi. •

Umberto Bindi



ERRATA, ERRATA CORRIGE...

Nello scorso numero, forse per un'allucinazione abbiamo storpiato il cognome di Gene Krupa in Kupra. Per gli amanti del jazz (solo loro?) un vero e proprio oltraggio ad uno dei più grandi batteristi. Ce ne scusiamo addossandoci tutte le colpe, meritevoli, come siamo, di tremende e secolari punizioni. Amen. G.C.

La leggenda dell'adolescente prodigioso

A trecento anni dalla nascita di Giovanni Battista Pergolesi, ripercorriamo la breve vita del genio di Jesi e le opere che lo portarono alla fama in Europa. I Festival organizzati dalla Fondazione Pergolesi Spontini

di **Riccardo Cenci**

Èrimasta avvolta per secoli da un'aura che potremmo definire fiabesca la vicenda biografica e creativa di Giovanni Battista Pergolesi, alimentata dalle sedimentazioni imposte dal romanticismo, che lo ha investito dello scomodo ruolo di precursore della sensibilità ottocentesca, giungendo a idealizzarne persino l'aspetto fisico. In realtà le ingrate sembianze tramandate dalla caricatura di Pier Leone Ghezzi, unica immagine certa del compositore, sono perfettamente funzionali al mito del genio prigioniero di orrende fattezze, sorprendente creatore di musiche sublimi. Certo è che la malattia segna in maniera indelebile la sua brevissima esistenza; alla tubercolosi che lo conduce alla morte si aggiunge la deformità della gamba sinistra,



Giovanni Battista Pergolesi - ritratto

evidente nel disegno sopra citato, forse conseguenza della poliomelite o di una qualche forma di paralisi infantile. L'ipotesi di una famiglia segnata da difetti ereditari potrebbe spiegare la morte precoce di entrambi i genitori, dei fratelli e le precarie condizioni di salute del fanciullo, ma le notizie in proposito non sono numerose. Indubbiamente la sua genialità è precoce ed evidente, se il padre gli permette di recarsi a Napoli per intraprendere gli studi musicali; Pergolesi approda giovanissimo nel Conservatorio dei Poveri di Gesù Cristo, dove si fa subito notare per il suo talento. I primi impegni lo conducono nel campo oratoriale, ma è la commissione di un'opera seria per il più importante teatro di Napoli, il S. Bartolomeo, che segna il suo ingresso nel novero dei grandi. Se *La Salustia*, su libretto di Apostolo Zeno,

FESTIVAL ESTIVI: SUGGERIMENTI FRA LA TOSCANA E LA PROVENZA

Nell'enorme quantità di Festival che animeranno l'estate musicale nella nostra penisola, piace segnalare la 67° Settimana Musicale Senese, che si svolgerà dal 9 al 17 luglio prossimi. Come di consueto, le scelte del direttore artistico Aldo Bennici offrono una programmazione di grande interesse, nella quale spiccano la prima mon-

diale dell'opera "Anais Nin", del compositore olandese Louis Andriessen, e la Missa Solemnis di Beethoven diretta da Philippe Herreweghe, al quale è affidata l'inaugurazione. Ancora in Toscana, il Cantiere Internazionale d'Arte di Montepulciano (dal 15 luglio al 1 agosto), quest'anno ispirato al Purgatorio dantesco,

occupa una posizione peculiare, sia per la sua capacità di coinvolgere il territorio (le maestranze sono locali), sia per la particolarità della formula organizzativa (gli artisti lavorano abitualmente senza cachet), sia per l'originalità delle proposte, molte dedicate alla musica moderna. Per quanto riguarda la programmazione

all'estero, non si può non citare la trentesima edizione del Festival International de Piano de la Roque d'Anthéron che, dal 23 luglio al 22 agosto, vedrà protagonisti alcuni fra i maggiori virtuosi dello strumento, quali Boris Berezovsky, Stephen Kovacevich, Grigory Sokolov ed Aldo Ciccolini.

R.C.

non ottiene il successo sperato, anche a causa di innumerevoli vicissitudini che ritardano la messa in scena e obbligano il compositore ad apportare numerose modifiche alla partitura, certo è che il talento di Pergolesi è ormai evidente al pubblico ed ai mecenati. Nel 1732 viene infatti assunto dal principe di Stigliano Ferdinando Colonna in qualità di maestro di cappella, riconoscimento lampante della posizione raggiunta. Allo stesso anno risale il successo de *Lo frate 'nnamorato*, al quale segue quello della *Serva padrona*, per lungo tempo la sua opera più nota in epoca moderna. Due viaggi a Roma, per dirigere la Messa in fa maggiore e per rappresentare *L'Olimpiade*, una delle sue opere serie più riuscite, completano l'esile struttura di una vicenda biografica ancora in parte oscura. Pergolesi muore il 17 marzo del 1736, appena ventiseienne, di tubercolosi. Dopo la fine prematura la sua fama si diffonde rapidamente in tutta Europa, una fama parziale, legata a pochi lavori assurti a simbolo della sua creatività, contribuendo a creare un alone di leggenda impene-trabile attorno alla sua figura. Singolare la posizione di Stravinskij il quale, pur fortemente critico ad esempio nei confronti di Vivaldi, conferisce all'incontro con la musica di Pergolesi un carattere epifanico, tale da ispirargli il balletto *Pulcinella*, basato

appunto su frammenti attribuiti al maestro di Jesi. Nel particolare gioco di amori e mascheramenti il compositore moderno incontra quello antico, in un'alchimia dal fascino unico. Riguardo all'apprezzamento critico, neppure gli scritti pionieristici di Andrea Della Corte, pur fondamentali inizi di un dibattito fecondo, risultano esenti da giudizi parziali ed aprioristici, in particolar modo relativamente ad una produzione sacra giudicata minore e prigioniera delle convenzioni dell'epoca. Se la situazione è oggi ben diversa, il merito è anche della Fondazione Pergolesi Spontini, nata nel 2000 con l'intento di promuovere l'opera di due autori troppo superficialmente conosciuti. Grande è lo sforzo organizzativo messo in campo per celebrare i trecento anni dalla nascita del compositore di Jesi, ambiziosa per una realtà provinciale l'idea di

La caricatura di Pier Leone Ghezzi si è rivelata perfettamente funzionale al mito del genio prigioniero di orrende fattezze



mettere in scena tutte le opere teatrali, insieme alla musica sacra e profana, alla produzione vocale e strumentale. Il cartellone si articola in tre festival distinti: al primo, appena concluso, seguiranno il secondo (dal 3 al 25 settembre) ed il terzo (dal 17 dicembre 2010 al 16 gennaio 2011). Alla programmazione concertistica si unisce un'intensa attività di studio, la quale mira alla pubblicazione dell'edizio-

ne critica definitiva del catalogo pergolesiano. Una vera e propria immersione nell'opera di Pergolesi e dei suoi contemporanei, un calendario talmente ricco di eventi da richiamare, con le dovute proporzioni, quanto venne fatto a Salisburgo alcuni anni or sono per le celebrazioni mozartiane, un traguardo importante per una realtà che, nata in provincia, aspira di diritto ad un ruolo primario in ambito internazionale. •

CLAUDIO ABBADO ED IL PROGETTO PERGOLESI

Impresa ardua anche per un direttore quale Claudio Abbado cimentarsi con pagine pergolesiane poco note e solitamente considerate terreno esclusivo per gli specialisti del barocco, impresa ardua ma fortemente voluta e pienamente riuscita. Il progetto Pergolesi è un mosaico composto da tre tasselli, tanti quanti sono i CD che compongono la raccolta (editi dalla Deutsche Grammophon), tre gemme preziose le quali, accanto al celebre *Stabat Mater*, uniscono opere di eguale bellezza, quali la ricchissima Messa di S. Emidio, o i due magnifici *Salve Regina*. I solisti impegnati sono eccellenti, con una menzio-

ne speciale per Sara Mingardo, oggi insuperabile in questo repertorio. L'Orchestra Mozart sfoggia una chiarezza ed una flessibilità invidiabili mentre Claudio Abbado, dall'alto della sua sapienza, pienamente consapevole dei progressi della filologia in ambito musicale, compone il tessuto strumentale con eloquente sensibilità, aderendo perfettamente alla spiritualità commossa presente in queste pagine. Dopo aver inaugurato le celebrazioni pergolesiane lo scorso cinque giugno, Abbado sarà di nuovo a Jesi il venticinque settembre prossimo, a testimoniare il suo grande coinvolgimento nell'evento.

Leggere un **quadro**

Dopo avere affrontato, nello scorso numero, il tema dei colori, analizziamo il significato del segno e della superficie che lo delimita nell'opera d'arte



Silvano Battistotti "Dimensione plastica in bianco e nero". 2007. Cm. 55,4x62,5x5. Legno acrilato

di Silvano Battistotti

Il segno è il costituente minimo del disegno. Esso è quasi sempre significante di qualcosa, nel senso che è in grado di definire una scrittura, esprimere un gesto, strutturare una superficie, dinamizzare una scena. Prendiamo in considerazione il fraseggio, cioè gli elementi costitutivi di un quadro, le linee direttrici, le forze interne che lo rendono vitale e ricco di suggerimenti per la chiave di lettura. Noi Occidentali leggiamo da sinistra a destra, per cui dovremmo seguire questa direzione come elemento portante che ci conduce a spasso per il quadro.

Teniamo presente che le linee orizzontali ci indicano

una certa quiete e un senso di terreno o pesante, le linee verticali ci danno un senso di elevazione, di spiritualità (come nella pittura Bizantina in cui le figure molto alte e slanciate danno un senso di misticismo e di meditazione religiosa), e le linee diagonali che creano un gran senso di dinamismo, di incertezza e di tragico inteso come perturbazione dello stato di quiete. Anche nei quadri, come spesso in architettura, in politica o in altri settori delle esperienze umane vi è una centralità che di solito rappresenta la parte più importante dell'opera. In molte delle tendenze pittoriche più recenti vi è spesso una perdita di questa centralità, quasi si avesse una maggior demo-

crazia fra gli elementi, per cui le forme e le strutture hanno la stessa importanza e il quadro va letto nella sua globalità tenendo presente questo fatto; avremo così dei nuclei di aggregazione che saranno dei nuovi punti forza tutti importanti.

Due sono le possibilità di rappresentazione nel quadro:

- una è quella di delimitare i contorni delle figure (o forme), tecnica che porterà, ai suoi estremi, alle figure dell'arte geometrica (Kandinsky, Klee, Mondrian ecc.);
- l'altra è quella dello sfaldamento della forma, come nell'impressionismo, fino ad arrivare all'arte informale (in cui la forma non esiste più). Spesso la terza dimensione viene ignorata ed ecco che

tutto è ribaltato in primo piano con sole due dimensioni: altezza e larghezza (pittura timbrica). In alcuni quadri prevalgono le linee o le superfici definite da bordi rinforzati (Rouolt), in altri prevale il colore sulle forme (Espressionismo, Fauves). I filoni fondamentali della pittura sono due:

- la **pittura tonale**, in cui dal primo piano all'infinito ci sono dei passaggi di tono: i colori più caldi (gialli, rossi, arancio) in primo piano, per poi portarsi all'orizzonte con colori progressivamente più freddi (viola, verde e blu).

- La **pittura timbrica** in cui i colori sono usati molto liberamente indipendentemente dalla terza dimensione, come note musicali che possono associarsi o dissociarsi a capriccio, pur di ottenere un effetto finale ritmico e ben articolato.

Per la pittura erroneamente detta inoggettiva, aniconica o non oggettiva, preferisco denominarla a seconda dei casi: "oggettività geometrica" per quella basata su forme geometriche; "composizioni modulari" per quella che ha per oggetto il modulo o il multiplo; "arte concreta" per quella che presenta oggetti solidi applicati al supporto (Pop art) e "arte materica" per quella che comporta stratificazioni vistose di materiale pittorico o materiali variamente metabolizzati sul piano (sabbia, ghiaia, catrame, cretto, plastiche fuse, ecc.). Citiamo a questo proposito una frase del grande pittore svizzero Paul Klee (morto a Locarno nel 1940): "Buona la forma

come atto di partenza, cattiva come atto finale”, che tradotto in parole povere significa che non bisogna partire da un disegno naturalistico per arrivare alla fine ancora con tale disegno, bisogna che il tutto passando attraverso il nostro cervello si trasformi e dia un prodotto innovativo e originale (soggettivo). Un concetto importante da tener presente nella lettura del quadro è quello di **euritmia**: nel quadro verrà mantenuto lo stesso ritmo attraverso le pennellate a tratteggio, a virgola o con le sfumature; ma a volte questi ritmi si spezzano, si ricompongono in modo differente (parleremo allora di **eteroritmia** (ritmi diversi, come nella musica di Stravinskij)). Fu Maurice Denis famoso pittore francese del tempo degli Impressionisti che diede la definizione di quadro, eccola: “Un quadro, prima di essere un paesaggio, una natura morta o una donna nuda, è una superficie piana ricoperta di colori in determinati rapporti fra di loro”.

Ma in seguito questa superficie non è stata più neppure piana, come nella “Pop art” fino alla “ruer art” (arte spazzatura) in cui questa superficie diventa accidentata in rilievo (oggetti incollati sopra, ecc.) o rientrante (come nei tagli sulla tela di Lucio Fontana) con rilievi e rientranze a tre dimensioni (come in Battistotti, Bonalumi, Castellani, ecc.), quando non ha finito con il trasformare il contesto naturalistico rendendolo ambiguo e stravolgendone i significati (come nel surrealismo e nell’arte metafisica).

Mi piace fare a volte un paragone tra la pittura e l’automobile: per entrare in macchina ci vuole la chiave giusta, proprio come per entrare in un quadro; non importa poi che uno guidi bene o male, piano o veloce, che ci si trovi comodo o no, ciò che conta è che l’oggetto funzioni perché l’auto è un oggetto che “serve”; pensate che l’arte, per definizione è un oggetto estetico che “non serve ma suggerisce,

L’arte è deformazione Paul Klee

stimola la fantasia, propone tematiche che a volte svolge e a volte lascia sospese, dà anche a noi uno spazio e una chiave per trovare soluzioni intelligenti”. E anche i quadri, come le auto, hanno le loro cilindrate: alcuni sono pregnanti di significati e di contenuti, altri sono solo di superficie e non suggeriscono nulla oltre ciò che rappresentano. L’importante è “sintonizzarsi” con il quadro: ricordarsi di non guardarne uno geometrico o informale come si guarda uno figurativo.

L’arte è deformazione, passa attraverso il filtro cerebrale soggettivo del pittore, che la plasma secondo i suoi intenti estetici: il quadro non è bello o brutto, mi piace o non mi piace, ci si deve sempre chiedere come funziona. Pensiamo che un colore non è tale di per sé, ma per i co-

lori che ha vicino e spesso questi colori si caricano di implicazioni sociali, sviluppandosi secondo ritmi propri di quel solo quadro, dando all’opera d’arte quella significanza e quella particolarità che la rendono unica. Impariamo ad avvicinarci a un fenomeno artistico con animo sgombro da pregiudizi, cioè “a mente pronta a recepire il messaggio”: mettiamo subito “a fuoco” l’opera nella sua interezza (fase sintetica) ed evitiamo di perderci nei particolari, che prenderemo in considerazione solo in un secondo momento (fase analitica). Partiamo dalla premessa che nessuna persona può intendere pienamente le parole di un altro, perché in esse vi è sempre qualche cosa di estremamente soggettivo e perciò di poco chiaro, di incomprensibile e di misterioso. Anche per questo motivo tutta l’arte è necessariamente “ambigua e polivalente”. La polivalenza è però dovuta più alla soggettività di ciascun fruitore che alla struttura del linguaggio pittorico.

Concludo questa introduzione alla pittura con una vecchia frase ormai generalizzata: “Ars longa, vita brevis” per significare che la vita è troppo breve per sperimentare tutte le possibilità dell’arte; dobbiamo svegliarci ed accelerare i nostri processi cognitivi, altrimenti non arriveremo in tempo per fruire di quanto di più affascinante ci abbia lasciato l’uomo durante i secoli della sua vera storia creativa: la storia dell’arte. •



Silvano Battistotti “Struttura ritmica alternata diagonale”. 2008. Cm. 39x58,7x5,2. Legni acrilati

ed esposizioni in Italia

a cura di Anna Leyda Cavalli

HISTRIONICA. TEATRI, MASCHERE E SPETTACOLI NEL MONDO ANTICO

RAVENNA – fino al 12 settembre 2010
Attraverso reperti di grande bellezza l'esposizione offre l'opportunità di conoscere il teatro delle origini con i suoi personaggi, gli allestimenti scenici, le sue architetture e le sue ritualità.

Complesso di San Nicolò
telefono: 0544 213371
www.histrionica.it

I COLORI DI GIOTTO

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

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

ARTE AMERICANA 1850-1960. CAPOLAVORI DALLA PHILLIPS COLLECTION DI WASHINGTON

ROVERETO

fino al 12 settembre 2010
La mostra propone una selezione, mai vista in Italia, di opere di artisti americani come Edward Hopper, Georgia O'Keefe, Jackson Pollock e Mark Rothko.

MART
telefono: 800 397760
www.mart.trento.it

CARAVAGGIO E CARAVAGGESCHI A FIRENZE

FIRENZE – fino al 17 ottobre 2010
In occasione del quarto centenario della morte saranno in mostra i capolavori del Caravaggio e dei caravaggeschi in un percorso che si snoderà da Palazzo Pitti, agli Uffizi a Villa Bardini.

Galleria degli Uffizi
telefono: 055 294883
www.polomuseale.firenze.it

I DUE IMPERI. CAPOLAVORI DELL'ANTICA CINA E DELL'IMPERO ROMANO A CONFRONTO

MILANO – fino al 5 settembre 2010
Per la prima volta una mostra mette a confronto i due più importanti Imperi della storia, l'Impero romano e le dinastie cinesi Qin e Han nel periodo che va dal II secolo a.C. al IV sec. d.C.

Palazzo Reale
telefono: 02 54911
www.comune.milano.it/palazzoreale

MACCHIAIOLI A MONTEPULCIANO. CAPOLAVORI E INEDITI PRIVATI MONTEPULCIANO (SI)

fino al 26 settembre 2010
Settanta opere raccontano uno dei movimenti artistici che più seppe innovare il linguaggio figurativo tra Ottocento e Novecento.

Museo Civico e Pinacoteca Crociani
telefono: 0578 717300 - 0578 757341

IL RITORNO DELLE DEE AIDONE (EN)

fino al 13 dicembre 2010
Le statue di Demetra e Kore del V secolo a.C., rientrate in Sicilia dagli Stati

Uniti, tornano ad essere esposte al pubblico in un allestimento che punta alla creatività e alla contaminazione fra le arti di ieri e di oggi.

Museo archeologico
telefono: 0935 87307

L'ETÀ DELLA CONQUISTA. IL FASCINO DELL'ARTE GRECA A ROMA

ROMA – fino al 5 settembre 2010
Grande mostra di capolavori dell'arte antica provenienti dai maggiori musei europei e risalenti al periodo dalla fine del III secolo alla seconda metà del I sec. d.C.

Musei Capitolini
telefono: 06 39967800
www.museicapitolini.org

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

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

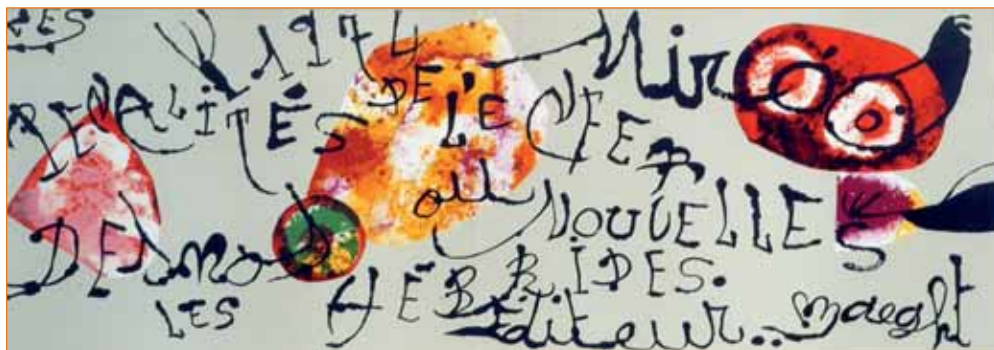
Villa del Principe – Doria Pamphilj
telefono: 010 255509
www.dopart.it/genova



Antonio Mazza, "I pensieri delle donne", tecnica mista su tela, 50x60

Joan Mirò. Universi magici

La mostra, dedicata alla produzione grafica del grande artista catalano, si terrà in quattro sedi museali diverse: a Grosseto, Follonica, Sorano e Castel del Piano dal 18 luglio al 17 ottobre



"Les pénalités de l'enfer ou les nouvelles-hebrides", litografia, 1974

Dal 18 luglio al 17 ottobre 2010 in quattro sedi museali della Provincia di Grosseto si terrà la mostra "Joan Mirò. Universi magici". Una mostra unica e al tempo stesso quattro mostre in contemporanea e un solo grande progetto espositivo. Al Museo Archeologico e d'Arte della Maremma di **Grosseto**, alla Pinacoteca Civica Amedeo Modigliani di **Follonica**, alla Fortezza Orsini di **Sorano** e alla Raccolta d'Arte di Palazzo Nerucci di **Castel del Piano**, infatti, negli stessi giorni saranno allestite quattro mostre sulla produzione grafica del grande artista

catalano, dotate ognuna della propria autonomia e, al tempo stesso, ognuna tassello di un grandioso racconto fantastico.

Curato da Maurizio Vanni, l'evento espositivo accompagna il visitatore in un percorso attraverso gli "universi" di Mirò e, al tempo stesso, alla scoperta di alcuni dei luoghi più belli e incantati della Maremma.

La mostra, con quasi duecento opere tra illustrazioni di libri e grafica, presenta due aspetti da considerarsi tutt'altro che secondari nella produzione dell'artista.

Nell'incisione, l'artista spagnolo trovò infatti il me-

diuo pertinente a manifestare i lati più inaspettati del suo modo di intendere la vita. La carta diventa un mezzo particolarmente adatto a creare immagini e composizioni che non avrebbe potuto ideare in altri modi.

Dalla sua prima litografia del 1930 per "Les Cahiers d'Art" fino alle sue ultime realizzazioni monumentali, Mirò ha continuato ad indagare, nell'esaltazione di una libertà espressiva inusitata, i materiali, i segni, i colori, le superfici e le luci proprio sfruttando le peculiarità di ogni tecnica incisoria.

La sua grafica ci offre la possibilità di comprendere appieno la sua grande inventiva, di apprezzare la sua fantasia e di entrare nel suo mondo attraverso un ingresso poco monitorato.

Quello per l'arte poetica fu poi per Mirò un amore ricompensato: l'artista spagnolo cambiò infatti le modalità del rapporto tra l'artista visivo, generalmente chiamato ad illustrare un testo, e lo scrittore; infatti inaugurò una modalità inedita dove il pittore non si limitava a corredare di illustrazioni la parte scritta, ma partecipava alle emozioni del poeta, condivideva il filo conduttore legato agli stati d'animo e, a sua volta, interpretava attraverso la propria arte.

Ne scaturivano veri e propri libri a quattro mani dove ciò che poteva essere definita illustrazione si trasformava in un percorso soggettivo complementare al pensiero poetico. Sei gli album in mostra, che l'artista realizzò dagli anni '50 in poi, da alcuni tra i più famosi sino ad alcuni ancora poco noti in Italia: "Parler seul"; la serie "Anti-Platon, La lumière de la Lame, Sacca-des"; "Quelques fleurs pour des amis"; "Ubu roi"; le serie "Les pénalités de l'Enfer ou les nouvelles-hebrides" e "Meraviglie con variazioni". •

INFO

Sito web

www.museidimaremma.it

Uffici APT

Grosseto: tel. 0564.462611

Castel del Piano:

tel. 0564.973510

Follonica: tel. 0566.52012

Parco tematico

degli Etruschi a Sorano:

tel. 0566.633424

La carta diventa un mezzo adatto a creare immagini che non avrebbe potuto ideare in altri modi



QUANDO RAGGIUNGERÒ I REQUISITI PER LA PENSIONE?

Egregio Presidente,
laureato nel '76 ho lavorato come

assistente presso una casa di cura per diciotto mesi che ritengo non posso ricongiungere dal punto di vista pensionistico. Dal '79 ininterrottamente ad oggi svolgo attività come medico di medicina generale convenzionato Ssn. Ho chiesto il riscatto di laurea nel 2006, nonostante la cifra elevata ed ho versato le prime rate.

Chiedo di conoscere quando raggiungerò i requisiti per la pensione ed a quanto ammonterà l'importo annuo in base ai contributi versati. Ringrazio per la disponibilità ti invio i più cordiali saluti.

(lettera firmata)

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

Si è, pertanto, supposta la cessazione dell'attività professionale svolta in convenzione con gli Istituti del Ssn sia alla data del 31/12/2014 che alla data del 31/3/2010, ove intendessi definire entro tale

termine, in soluzione unica, l'onere residuo da riscatto, pari ad oltre € 60.500,00.

Supponendo, quindi, la cessazione dell'attività professionale al 31/12/2014, l'ammontare della rendita pensionistica che percepiresti è quantificabile in circa € 4.450,00 lordi mensili. Nel caso decidessi di convertire in capitale il 15% della pensione maturata, come consentito dalle vigenti norme regolamentari, ti verrebbe erogata una indennità pari a circa € 100.000,00 al lordo delle ritenute fiscali ed una pensione, lorda mensile, di circa € 3.800,00. Di converso, in caso di cessazione al 31/03/2010, previa la totale estinzione del riscatto degli anni del corso di laurea, la pensione mensile lorda ammonterebbe a circa € 3.400,00; in caso di adesione al trattamento misto, la pensione lorda mensile sarebbe pari a circa € 2.900,00, mentre la connessa indennità in capitale è quantificabile in circa € 90.000,00.

Ti preciso che i suddetti importi sono stati determinati sulla base della media contributiva riferita agli ultimi 5 anni di attività professionale ed ipotizzando una contribuzione costante sino alle date di uscita.

Per quanto riguarda il periodo di servizio svolto presso una casa di cura, ti consiglio di richiedere un estratto conto all'Inps, dove sono stati presumibilmente accreditati i relativi contributi previdenziali, che potrebbero costituire oggetto di ricongiunzione ai sensi della legge n. 45/1990.

Devo precisarti, infine, che a fronte di eventuali modifiche della normativa previdenziale di riferi-

mento, le ipotesi sopra rappresentate potrebbero subire variazioni. E' pertanto opportuno che tu proceda, prima della cessazione del rapporto in convenzione, ad una ulteriore verifica presso il Servizio competente alla erogazione della pensione. Ne consegue che la presente informativa non deve ritenersi impegnativa per la Fondazione. Colgo l'occasione per salutarti cordialmente.

Eolo Parodi



HO ACCETTATO LA PROPOSTA DI RICONGIUNZIONE

Caro Presidente, sono un collega di Medicina Generale laureato ed iscritto nel '78 e convenzionato dal '79. Ho accettato l'anno scorso una proposta di ricongiunzione di periodi contributivi dall'Inps al Fondo medicina generale. Desidero avere notizie sulla mia posizione previdenziale: quando potrò andare in pensione ed a quanto essa ammonterà; vorrei sapere inoltre se il ricongiungimento dei periodi contributivi, oltre ad assicurarmi un incremento dell'importo pensionistico, mi garantisce anche un aumento del-

l'anzianità contributiva, di cui potermi avvalere qualora decidessi per un pensionamento anticipato rispetto ai 65 anni. Ti ringrazio e ti invio cordiali saluti.

(lettera firmata)

Cara Collega, come è noto, le vigenti norme regolamentari consentono il conseguimento del trattamento pensionistico di anzianità al Sanitario che cessi lo svolgimento dell'attività convenzionata al raggiungimento del 58° anno di età, sempre che egli abbia maturato presso il Fondo una anzianità contributiva effettiva o riscattata, 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. Nel tuo caso, considerando il periodo oggetto di ricongiunzione, maturerai l'anzianità contributiva prescritta per il collocamento a riposo nel terzo trimestre dell'anno 2013; tuttavia, in applicazione della Legge n. 449/97, il trattamento pensionistico anticipato decorrerebbe dal 1° aprile 2014, prima finestra utile di uscita. Ti preciso, nel merito, che la definizione dell'operazione di ricongiunzione ha determinato sia un incremen-

to della misura della prestazione pensionistica, che dell'anzianità contributiva utile al conseguimento della stessa. Supponendo, quindi, la cessazione dell'attività professionale svolta in convenzione con gli Istituti del Ssn alla suddetta data, l'ammontare della rendita pensionistica che percepiresti è quantificabile in circa € 2.300,00 lordi mensili. Qualora decidessi di convertire in capitale il 15% della pensione maturata, come stabilito dalle vigenti norme regolamentari, ti verrebbe riconosciuta una indennità pari a circa € 51.000,00 al lordo delle ritenute fiscali e una pensione, lorda mensile, quantificabile in circa € 1.900,00. Devo precisarti, infine, che le ipotesi sopra rappresentate potrebbero subire variazioni. E' pertanto opportuno che tu proceda ad una ulteriore verifica. Cordiali saluti.

E. P.



A QUANTO AMMONTERÀ LA MIA PENSIONE ?

Gentile Presidente, laureato nel '77, dal '79 M.M.G., ho riscattato la

laurea. Dall'84 medico in medicina dei servizi. Vorrei conoscere l'ammontare della mia pensione a 58 e a 65 anni. Vorrei anche conoscere la percentuale da detrarre alla voce lordo per calcolare il netto. Distinti saluti.

(lettera firmata)

Caro Collega, sulla base dei contributi accreditati a tuo nome presso il Fondo Medici di Medicina Generale, attualmente pari ad € 137.640,90, gli Uffici hanno provveduto a determinare le richieste ipotesi pensionistiche. Nel merito, ti preciso che al compimento del 58° anno di età avrai maturato i requisiti prescritti dalla normativa vigente per l'accesso al trattamento di quiescenza. Tuttavia, in applicazione della legge n. 449/97, la rendita pensionistica anticipata decorrerebbe dal 1° ottobre 2010, prima finestra utile di uscita. Ipotizzando, quindi, la cessazione dell'attività professionale svolta in convenzione con gli Istituti del Ssn alla suddetta data, l'ammontare della rendita pensionistica è quantificabile in circa € 1.800,00 lordi mensili. Nel caso decidessi di convertire in capitale il 15% della pensione maturata, come consentito dalle vigenti

norme regolamentari, percepiresti una indennità pari a circa € 48.000,00 al lordo delle ritenute fiscali e un trattamento pensionistico, lordo mensile, di circa € 1.500,00.

Qualora, invece, decidessi di protrarre l'esercizio in convenzione della medicina generale fino al compimento del 65° anno di età, l'ammontare della rendita pensionistica è quantificabile in circa € 2.500,00 lordi mensili. In caso di trattamento misto, l'indennità in capitale ammonterebbe a circa € 55.000,00 lordi e la pensione mensile, al lordo delle ritenute fiscali, sarebbe pari a circa € 2.100,00.

Ti preciso che i suddetti importi sono stati determinati sulla base della media contributiva riferita agli ultimi 5 anni di attività professionale, supponendo costante la contribuzione al Fondo fino alle date indicate.

Riguardo ai criteri di tassazione applicati alle rendite pensionistiche, ti informo che tali redditi sono assoggettati alla ritenuta fiscale determinata in base agli scaglioni Irpef previsti per i lavoratori dipendenti.

Limitatamente, invece, al prelievo tributario operato sulle indennità in capitale, l'Enpam applica, in qualità di sostituto d'imposta, una ritenuta d'acconto pari al 20%.

Successivamente, l'amministrazione finanziaria competente procede alla determinazione dell'aliquota definitiva, calcolandola sulla base dei redditi prodotti nel biennio precedente alla data di erogazione.

Ti preciso, infine, che a fronte di eventuali modifiche della normativa previdenziale di riferimento gli importi indicati potrebbero subire variazioni. Colgo l'occasione per salutarti cordialmente.

E. P.



IL DIRITTO ALLA PENSIONE È UGUALE PER TUTTI?

Caro Presidente,
“i cittadini che hanno versato 35 anni di contributi e hanno compiuto 58 anni possono andare in pensione”, non è vero per tutti. Ho contributi versati all'Inps, all'Inpdap (ricongiunti all'Inps) e ho raggiunto i 35 anni con 10 anni di Enpam. Ho chiesto la pensione all'Inps chiedendo la ricongiunzione dei contributi Enpam, mi è stata concessa ma chiedono 300mila euro per la ricongiunzione! Se chiedo la pensione all'Enpam mi dicono che dovrei pagare anche di più. Non pensa che il diritto alla

pensione sia uguale per tutti i cittadini, anche se hanno versato i contributi a enti diversi? Chiedo di ricevere una pensione adeguata ai contributi versati.

Grazie, cordiali saluti.

(lettera firmata)

Caro Collega,
ti comunico, in via preliminare, che dal contenuto della tua nota non è possibile evincere se il trasferimento all'Inps dei contributi giacenti presso l'Inpdap sia avvenuto a titolo gratuito, avvalendoti della Legge n. 322/58, o se gli stessi siano stati ricongiunti, ai sensi della Legge n. 45/90.

Esclusivamente nel primo caso, infatti, all'atto del raggiungimento dei requisiti prescritti per il conseguimento del trattamento pensionistico di anzianità o di vecchiaia, potresti avvalerti, ai sensi del D.Lgs. n. 42/06, della totalizzazione, quale istituto alternativo alla ricongiunzione. La totalizzazione, consistente nella facoltà di cumulare periodi contributivi giacenti presso gestioni previdenziali diverse al fine dell'ottenimento di un'unica rendita pensionistica, può essere esercitata a titolo completamente gratuito, diversamente dalla ricongiunzione, a condizione che il soggetto interessato

abbia compiuto il 65° anno di età e possa far valere una anzianità contributiva complessiva pari a 20 anni (cosiddetta totalizzazione di vecchiaia). Con specifico riferimento al quesito di cui fai cenno, ti rappresento, altresì, che è regolata la possibilità di prescindere dal citato requisito anagrafico al raggiungimento di una contribuzione complessiva pari a 40 anni (cosiddetta totalizzazione di anzianità). Ti preciso, inoltre, che per l'accesso all'istituto in parola è necessario che i periodi contributivi oggetto di totalizzazione non siano inferiori a tre anni e che gli stessi non risultino tra loro coincidenti.

Nel merito ti informo che, ove possibile l'accesso all'istituto della totalizzazione, questa Fondazione provvederà al calcolo della quota di pensione di propria competenza, con i criteri stabiliti dalle norme regolamentari in vigore all'atto del pensionamento.

Analogo procedimento verrà posto in essere presso l'Inps, che provvederà alla liquidazione complessiva della pensione in regime di totalizzazione, comprensiva anche della quota pensionistica Enpam.

Di converso, qualora non sussistessero le condizioni per accedere alla totalizzazione, atte-

so che l'istituto della ri-congiunzione si è rivelato troppo oneroso, potrai percepire, all'atto del compimento del 65° anno di età, la pensione di vecchiaia erogata a carico di questa Fondazione, composta dalla rendita derivante dai contributi relativi allo svolgimento in convenzione della medicina generale e da quella relativa ai contributi accreditati presso il Fondo di Previdenza Generale, per la gestione sia di "Quota A" che di "Quota B". Ti preciso, infine, che detto trattamento pensionistico sarà interamente cumulabile con quello che ti verrà erogato a carico dell'Inps, sulla cui normativa previdenziale ti consiglio di acquisire le opportune informazioni presso l'Istituto. Nel rimanere a disposizione per ogni ulteriore chiarimento, colgo l'occasione per salutarti cordialmente.

E. P.



QUALE SARÀ L'IMPORTO DELLA MIA PENSIONE ?

Egregio Presidente,
laureata nel '78, svolgo attività di medico di medicina generale dal '78,

dapprima con le vecchie casse di assistenza mutualistica, poi col Ssn. Ho riscattato gli anni di laurea.

Vorrei sapere quale sarebbe l'importo mensile della mia pensione alla prima finestra utile, quale sarebbe invece l'importo se andassi in pensione al compimento del 65° anno di età, e in entrambi i casi quanto mi converrebbe riallineare i contributi dei primi tre anni: 1978, 1979, 1980. Grazie e cordiali saluti.

(lettera firmata)

Cara Collega,
ti comunico, in via preliminare, che al compimento del 58° anno di età hai maturato l'anzianità contributiva necessaria per il collocamento a riposo, con conseguente apertura della finestra di uscita, prevista dalla legge n. 449/97, nel mese di luglio 2009. Pertanto, qualora cessassi attualmente lo svolgimento in convenzione della medicina generale, la rendita pensionistica ti verrebbe riconosciuta con decorrenza stabilita al mese successivo alla effettiva data di cessazione.

Ipotizzando, quindi, il pensionamento alla prima uscita utile, l'ammontare del trattamento di quiescenza che percepiresti è quantificabile

in circa € 1.300,00 lordi mensili. Nel caso decidessi di convertire in capitale il 15% della pensione maturata, come consentito dalle vigenti norme regolamentari, ti verrebbe erogata una indennità pari a circa € 34.000,00 al lordo delle ritenute fiscali e una rendita pensionistica, lorda mensile, quantificabile in circa € 1.100,00.

Qualora, invece, decidessi di proseguire lo svolgimento dell'attività convenzionata fino al compimento del 65° anno di età, il trattamento pensionistico ammonterebbe a circa € 1.900,00 lordi mensili. Se optassi per l'indennità in capitale, la stessa sarebbe pari a circa € 41.000,00 lordi e la pensione mensile, al lordo delle ritenute fiscali, ammonterebbe a circa € 1.600,00.

Per quanto riguarda il quesito relativo al riscatto di allineamento contributivo, ti informo che tale istituto consiste nell'allineare la contribuzione riferita ad uno o più anni di attività professionale, nei quali la stessa risulti inferiore, a quella media annua degli ultimi 36 mesi.

Ti preciso, inoltre, che tramite l'accettazione parziale tale riscatto consente all'iscritto di modulare l'entità del trattamento pensionistico sulla base delle proprie valutazioni, indicando agli

Uffici l'incremento desiderato.

Ti preciso, inoltre, che una eventuale domanda di riscatto di allineamento non comporta alcun vincolo nei tuoi confronti; potrai decidere se far pervenire la tua adesione dopo aver preso visione del costo dell'operazione e dei connessi benefici pensionistici, dettagliatamente illustrati nella lettera di proposta che gli Uffici provvederanno ad inviarti. Ti ricordo che quanto corrisposto a tale titolo è interamente deducibile dall'imponibile determinato ai fini fiscali.

Devo precisarti, infine, che a fronte di eventuali modifiche della normativa previdenziale di riferimento, le ipotesi sopra rappresentate potrebbero subire variazioni.

È pertanto opportuno che tu proceda, prima della cessazione del rapporto in convenzione, ad una ulteriore verifica presso il Servizio competente alla erogazione della pensione, al fine di accertare sia la sussistenza del diritto che la misura della prestazione. Ne consegue che la presente informativa non deve ritenersi impegnativa per la Fondazione.

Colgo l'occasione per salutarti cordialmente.

E. P.



di Gian Piero Ventura (*)

Prima Capitale d'Italia, città mistica e per taluni esoterica, ma anche forte punto di riferimento in un ipotetico federalismo filatelico. Parliamo di Torino, città della Mole, della Basilica di Superga nonché depositaria della Sacra Sindone.

Proprio da quest'ultima vogliamo iniziare questo nostro mini-tour filatelico che riguarda il capoluogo piemontese. Infatti sia il Sovrano Militare Ordine di Malta sia Poste Italiane hanno emesso in onore della sua Ostensione, che si è svolta dal 10 aprile al 23 maggio, ma il dato interessante è risultato la richiesta riguardante il francobollo italiano che, nella sola giornata del 22 marzo, è stato venduto in oltre 10mila esemplari. Mentre lo SMOM nel suo complesso ha tirato 12mila serie e "solo" 8mila foglietti numerati.

Più recentemente invece, il 6 giugno, il presidente della Repubblica Giorgio Napolitano si è recato a Santena, luogo di sepoltura del Conte di Cavour, dove ha deciso di svolgere il ruolo di... obliatore!!

Torino tra religione, storia e... francobolli

Infatti, coadiuvato dal presidente di Poste Italiane Giovanni Ialongo e dalla responsabile per la filatelia Marisa Giannini, il Capo dello Stato ha applicato l'annullo del primo giorno di emissione sul valore di 60 centesimi emesso nel 149° anniversario della scomparsa del grande statista. Anche se, in realtà, l'emissione commemora il bicentenario dalla nascita, che avverrà il prossimo 10 agosto.

“La cerimonia in questo luogo intensamente evocativo della figura di Camillo Benso Conte di Cavour è una nuova, essenziale tappa del percorso celebrativo già avviato in vista del 150° anniversario di quel 17 marzo 1861 – ha rammentato il Presidente – che sancì, con la proclamazione di Vittorio Emanuele II a re

d'Italia, il compimento del processo unitario, la nascita del nostro Stato nazionale”.

Ma non bisogna certo ricordare come Torino sia già un punto di riferimento anche per la storica presenza di una delle famiglie filateliche più famose della Penisola, i Bolaffi, la cui capacità collezionistica, storiografica ed editoriale è riconosciuta a livello internazionale. Questa è giunta ormai alla sua quarta generazione ed è davvero interessante il motto familiare “per noi la storia è un oggetto da collezione”, uno slogan esistente dal 1890. Sarà anche per questo che Poste Italiane, presente in tutta la Penisola con spor-



Foglioetto SMOM

telli filatelici aperti in molti uffici postali, abbia deciso di aprire nel 2010, proprio nel capoluogo piemontese, un proprio “Spazio Filatelia”, per la precisione il secondo dopo l'unico a tutt'oggi esistente a Roma, nella centrale piazza S. Silvestro.

Per i numerosi filatelisti interessati roba da leccarsi i baffi... anche se savoiardi e gianduiotti ce li teniamo per l'inverno... troppo caldo adesso!!! •

(*) gp.ventura@enpam.it



Il Presidente della Repubblica applica l'annullo sul valore di 60 centesimi emesso nel 149° anniversario della scomparsa di Camillo Benso Conte di Cavour



A cura
dell'avv. Pasquale Dui (*)

Il Tribunale di Genova, in composizione monocratica, con la sentenza n. 621/2009 si pronuncia su un caso di responsabilità medica nel quale il danno (ossia la perdita definitiva della funzionalità di un rene) era conseguito a due distinte condotte negligenti, una della struttura sanitaria presso la quale era stato eseguito l'intervento, l'altra di un medico di altra struttura il cui intervento era stato richiesto per cercare di porre rimedio ad una seria complicanza verificatasi nel corso dell'operazione chirurgica.

Il Giudice, seguendo l'orientamento giurisprudenziale ormai consolidato, qualifica la responsabilità della struttura ospedaliera quale responsabilità contrattuale, sul rilievo che l'accettazione del paziente in ospedale, ai fini di un ricovero o di una visita ambulatoriale, comporta la conclusione di un contratto e che, pertanto, la struttura stessa (pubblica o privata che essa sia) risponde a titolo contrattuale per i danni subiti a

causa della non diligente esecuzione della prestazione medica da parte di un medico proprio dipendente.

Quanto alla responsabilità dei singoli sanitari, essa viene invece qualificata quale avente natura extracontrattuale. In questo senso, dunque, vi è un distacco dal prevalente indirizzo giurisprudenziale secondo cui la responsabilità degli operatori sanitari è di tipo contrattuale, atteso che ad essi si ricollegano obblighi di comportamento di varia natura diretti a garantire che siano tutelati gli interessi emergenti o esposti a pericolo in occasione del c.d. contratto sociale tra medico e paziente, da cui sorge un rapporto contrattuale *de facto*. Tale rapporto, in particolare, si riscontra nei confronti dell'operatore di una professione "protetta", per la quale sia richiesta cioè una speciale abilitazione, specialmente quando essa abbia ad oggetto beni costituzionalmente garantiti quale quello della salute, tutelato dall'art. 32 Cost..

Nel caso in esame non erano coinvolti solo alcuni dipendenti dell'ospedale (unico convenuto in giudizio) bensì anche un professionista esterno intervenuto nel corso dell'operazione e che aveva poi successivamente operato la

paziente per tentare inutilmente di porre rimedio alle lesioni verificatesi durante il primo intervento. La consulenza tecnica espletata in corso di giudizio aveva accertato la responsabilità dell'*equipe* della struttura ospedaliera ma anche quella del professionista esterno nella fase post-operatoria.

Tuttavia, anche a prescindere dall'applicazione dell'art. 1228 cod. civ. sulla responsabilità per fatto degli ausiliari, in ogni caso l'ente ospedaliero in cui è avvenuto il ricovero risponde sulla base dei normali criteri attinenti al nesso eziologico desumibili dagli artt. 1223 e 1225 cod. civ..

E così, attraverso l'applicazione degli ordinari criteri selettivi, è possibile stabilire che qualora già nella lesione iniziale sia insita una elevata potenzialità del rischio, quand'anche tale rischio si manifesti in un secondo momento per il sopravvenire di concause colpevoli, non può essere negata la responsabilità dello/degli autore/i del primo inadempimento originario dell'intera serie causale.

Qualora quindi la consulenza tecnica accerti l'esistenza di una colpa in capo all'*equipe* medica nella rescissione dell'uretere, si può ritenere che il succes-

sivo trattamento urologico, per quanto negligente, non sarebbe mai stato necessario in difetto della prima condotta e che pertanto l'intera serie causale risulti connessa materialmente all'originaria condotta imputabile all'ospedale convenuto. Non è dunque corretto affermare, come ha fatto la difesa dell'ospedale convenuto, che un comportamento negligente intervenuto in una fase successiva all'intervento chirurgico possa rivestire la qualità di fatto interruttivo del nesso eziologico tra l'originaria condotta colpevole ed il danno-evento.

Quanto poi alla individuazione delle diverse quote di responsabilità in capo ai corresponsabili, essa deve essere compiuta dal giudice solo in presenza di una esplicita domanda di un corresponsabile convenuto congiuntamente agli altri e comunque, qualora l'attore abbia convenuto solo uno di essi, il giudice si deve limitare a condannare in *toto* quest'ultimo, riservando ad un eventuale ulteriore giudizio la definizione della questione delle quote di responsabilità nella causazione del danno. •

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

CROCE ROSSA, IL VOLONTARIATO VA MESSO "A REGIME"

Il volontariato va "messo a regime" nel Servizio sanitario nazionale (Ssn). È l'intenzione del ministro della Salute Ferruccio Fazio che il 16 giugno scorso, intervenendo al Senato alla presentazione dell'attività 2009 della Croce Rossa Italiana, ha offerto alla più grande organizzazione di volontariato nel nostro paese di "lavorare in questa direzione". Una proposta che è stata immediatamente accolta dal commissario straordinario della CRI, Francesco Rocca, che ha commentato: "Un'offerta di questo tipo non può che rafforzare il sistema" e si è impegnato a verificare un'ipotesi operativa. Il ministro, sottolineando che "la CRI è la più antica istituzione del nostro paese", ha detto che l'apporto del volontariato nel Ssn potrebbe rispondere a tre esigenze e "criticità" del prossimo futuro: il problema della non autosufficienza che ora "è sottofinanziata e parcellizzata, e perciò fonte di diseconomia"; dell'umanizzazione ("un buon sistema deve dare attenzione alla persona ed è quello di cui si lamentano di più i cittadini"); del territorio (vanno ridotti i ricoveri degli anziani e va potenziato il territorio). Tutte questioni che hanno bisogno, per Fazio, del volontariato che oggi, a parte il 118, "non ha alcun ruolo formalizzato. Non è parte del sistema". A suo avviso, va superato il problema più grande che è la garanzia del servizio: "Chi se non voi della CRI potrebbe invece garantirlo?". L'idea del ministro è quindi "mettere a ruolo del Ssn il volontariato della CRI, diventando quindi il punto di riferimento" nell'assistenza socio-sanitaria. "Mi auguro - ha concluso il ministro - che la CRI sia interessata a offrire un percorso comune".

Organi collegiali prima delle elezioni del 27 giugno

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Prof. **Eolo PARODI** (Presidente)

Dr. **Mario FALCONI** (Vice Presidente Vicario)

Dr. **Giovanni Pietro MALAGNINO** (Vice Presidente)

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

COMITATO ESECUTIVO

Prof. **Eolo PARODI** (Presidente)

Dr. **Mario FALCONI** (Vice Presidente Vicario)

Dr. **Giovanni Pietro MALAGNINO** (Vice Presidente)

CONSIGLIERI: Dr. **Giuseppe DEL BARONE** · Dr. **Arcangelo LACAGNINA** · Dr. **Benito MELEDANDRI** · Dr. **Alberto OLIVETI** · Dr. **Paolo ORIANA**.

COLLEGIO SINDACALE

Dr. **Ugo Venanzio GASPARI** (Presidente)

Dr.ssa **Antonella DI MODUGNO** (Presidente Supplente)

SINDACI: Dr. **Vittorio CERRACCHIO** · Dr. **Francesco VINCI** · Dr. **Francesco NOCE** · Dr.ssa **Caterina PIZZUTELLI** · Dr.ssa **Anna Maria PAGLIONE** · Dr. **Bruno DI IORIO** · Dr. **Giancarlo MARINANGELI** · Dr. **Marco GIONCADA**.

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

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

Editore: Fondazione ENPAM

DIREZIONE E REDAZIONE

Via Torino, 38 - 00184 Roma

giornale@enpam.it

Direttore: **EOLO PARODI**

Direttore responsabile: **GIULIANO CRISALLI**

PROGRAMMAZIONE E COORDINAMENTO

Carlo Ciocci

Fax 06 48294793

email: **c.ciocci@enpam.it**

CULTURA

Claudia Furlanetto

email: **c.furlanetto@enpam.it**

CONGRESSI, CONVEGNI E CORSI

ARCHIVIO E DOCUMENTAZIONE

Andrea Meconcelli: Tel. 06 48294513

Fax 06 48294260/793

email: **congressi@enpam.it**

SCIENZA E SOCIETÀ

Andrea Sermonti

email: **studio.sermonti@gmail.com**

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Paola Boldregghini: Tel. 06 48294258 - Fax 06 48294260

email: **giornale@enpam.it**

Foto: Archivio ENPAM - THINKSTOCK

MENSILE - ANNO XV - N. 6

DEL 21/06/2010

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

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

Stampa: COPTIP Industrie Grafiche

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

tel: 059 312500 - fax: 059 312252

email: **centralino@coptip.it**

Servizio Accoglienza Telefonica

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

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

NOTIZIE FLASH

Quota A - pagamento contributi 2010

Il 30 giugno scade la seconda rata del contributo di Quota A.

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

Gli **utenti registrati** presso il portale **www.enpam.it** possono reperire direttamente un duplicato dei bollettini RAV accedendo all'area riservata del sito. In questo caso il pagamento potrà essere effettuato presso gli Istituti di Credito oppure con carta di credito mediante il servizio TAX-TEL:

via telefono al n. 800.191.191

via internet al sito **www.taxtel.it**.

Domiciliazione bancaria - RID

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

Coloro che già usufruiscono dell'addebito permanente in conto corrente dovranno segnalare le eventuali variazioni del codice Iban ad Equitalia Esatri S.p.A. - Ufficio RID a mezzo fax al n. **02.6416.6619** oppure alla seguente casella **rid@equitaliaesatri.it**.

Contributi di riscatto

Entro il mese di giugno la Banca Popolare di Sondrio recapita all'indirizzo risultante negli archivi anagrafici la rata semestrale a titolo di riscatto con scadenza 30 giugno 2010. In caso di mancato ricevimento o smarrimento è necessario contattare la Banca Popolare di Sondrio al n. 800.24.84.64. Gli utenti registrati nell'area riservata possono stampare direttamente il bollettino Mav.

Attestazioni fiscali contributi a titolo di riscatto: tutti coloro che hanno effettuato nell'anno 2009 versamenti a titolo di riscatto presso i vari fondi hanno ricevuto all'indirizzo risultante negli archivi anagrafici l'attestazione di avvenuto pagamento. In caso di mancato ricevimento o smarrimento è possibile inoltrare richiesta al Servizio Riscatti tramite fax al n. 06.48.294.725. Gli utenti registrati nell'area riservata possono stampare direttamente tale attestazione.

Quota B - redditi professionali 2009

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 2009 entro il

31 luglio 2010. Tale dichiarazione può essere effettuata utilizzando il **modello D 2010 recapitato al domicilio degli iscritti entro il mese di giugno 2010.**

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

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

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

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

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

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

Si rappresenta, peraltro, che il Consiglio di Amministrazione dell'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 INPS, **ha proceduto all'abolizione dell'esonero contributivo per i pensionati del Fondo che proseguono nell'esercizio dell'attività. Tale modifica regolamentare è attualmente al vaglio dei Ministeri vigilanti ed esplicherà i propri effetti successivamente alla relativa approvazione.**

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!