

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



Mario Capecchi, Premio Nobel per la medicina nel 2007

PARODI

2

**Rimbocchiamoci maniche
e cervello... si ricomincia!**

I VICEPRESIDENTI

3-5

**Oliveti: Ripartiamo
Malagnino: Sì all'AdEPP**

PREVIDENZA

10

**La vecchiaia cresce
resta l'anzianità**

ATTENZIONE!

12

**Riscossione contributi
per i redditi 2009**

ULTIM'ORA

**Costruttivo dialogo
tra AdEPP e governo**

periodico

DCOER0953 Omologato

Posteitaliane

Costruttivo dialogo tra AdEPP e governo

Un incontro positivo, ma soprattutto l'avvio di un dialogo tecnico e politico indispensabile per le Casse previdenziali dei professionisti italiani. L'AdEPP, l'Associazione che raccoglie 20 Casse privatizzate e rappresenta oltre due milioni di professionisti, ha incontrato, al ministero dell'Economia, i ministri Tremonti, Sacconi e Matteoli. Presenti anche il Ragioniere Generale dello Stato e il Direttore Generale del Tesoro. Primo tra i temi affrontati il nodo dell'interpretazione dell'articolo 8 comma 15 della recente Finanziaria, fortemente osteggiato dai Presidenti delle Casse in previsione di un'autorizzazione preventiva da parte dei ministeri vigilanti sull'acquisto e la vendita di immobili. Importante l'annuncio dei ministri di un decreto interministeriale di prossima emanazione che chiarirà l'assenza di un'autorizzazione sulla singola operazione immobiliare, riconducendo il controllo all'interno della vigilanza sulle masse finanziarie in gioco, come già avviene. "I professionisti italiani vogliono essere vicini al Paese – afferma il Presidente AdEPP Andrea Camporese – accettano di essere vigilati, in modo puntuale ma non a senso unico, sapendo che il bene dei nostri iscritti passa anche attraverso una responsabilità condivisa con lo Stato a garanzia delle pensioni future. Non ci dimentichiamo comunque di essere organismi privati che sollevano la collettività da costi e servizi. Ci sembra quindi necessario definire in modo più forte il profilo della nostra autonomia, evitando in futuro di essere inclusi nelle norme in capo alla pubblica amministrazione. La risposta ottenuta sul tema degli immobili, la de-

cisione di approfondire tecnicamente con l'Istat le modalità di inclusione nell'elenco stilato a fini di contabilità europea, le garanzie ottenute sulle procedure e sui tempi di approvazione delle deliberazioni delle Casse sono i punti qualificanti dell'incontro sui quali ci attendiamo risposte concrete e tempestive".

Si è parlato anche del progetto di investimento sull'Housing Sociale gestito dalla Cassa Depositi e Prestiti. L'AdEPP ha manifestato l'intenzione, fatte salve le libere determinazioni dei Consigli di Amministrazione delle singole Casse, di aderire in modo significativo e unitario ad una iniziativa di grande rilievo per il Paese dimostrando concretamente il proprio impegno verso la collettività.

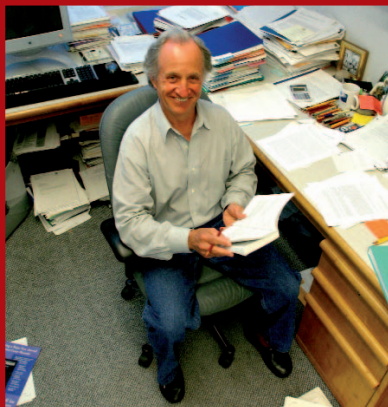
"Siamo in attesa anche di una risposta, riconosciuta dai Ministri urgente, sul tema dell'estensione al sistema della previdenza privatizzata dei contenimenti di spesa previsti dalla Finanziaria per il personale della Pubblica Amministrazione. E' nostra convinzione – continua Camporese – che quelle norme non siano applicabili ai nostri dipendenti. Contiamo di poter argomentare le nostre ragioni sul piano giuridico per superare eventuali perplessità. Il fatto che i Ministri Tremonti, Sacconi e Matteoli ci abbiano dato assicurazioni sull'apertura di un dialogo permanente rappresenta una rilevante speranza per il nostro futuro". Sul tema più generale del controllo del rischio degli investimenti finanziari l'AdEPP, richiamando le dichiarazioni dei ministri ribadite nella riunione, si attende un confronto tecnico in un tavolo specifico, a partire da una proposta di autoregolamentazione che le Casse stanno elaborando.

in questo numero

2	Rimbocchiamoci maniche e cervello... si ricomincia!
3	Enpam: si riparte!
4-5	Passato, presente e futuro dell'Adepp
6-7	Riflessi della manovra economica
8-9	Dove va la previdenza pubblica
10-11	Donne e pensioni
12	Riscossione contributi redditi 2009
13	Federspev, anziani e disabilità
14-15	Archivio Enpam-Fnomceo-Ordini
16-17	L'intervista/1: alcol, droga e neurochirurgia
18-19	L'intervista/2: chirurgia, pancreas e fegato
20-21	L'intervista/3: il direttore del Gemelli
22-23	A proposito di policlinici universitari
24-25	Sanità, l'attività del Parlamento
26-27	Medici illustri: Joseph Lister
28-29	Le Case maternità
30-31	Neuropsichiatria, la cura dello chef
32	Accadde a... Ottobre
33-36	Congressi, convegni, corsi

37	Medici assassinati in Afghanistan
38-39	Psicologia, scavando nella natura umana
40-41	Tommaso Pirroni sul rapporto medico/paziente
42-45	Recensioni libri
46	Parliamo di... vino
47	Bevi birra? Attento alle zanzare
48	Mostre ed esposizioni in Italia
49	Lucas Cranach il vecchio
50-51	Viaggi: Damasco
52-53	Resilienza, saper affrontare le avversità
54-55	Il personaggio: Gianfranco Mariotti
56	L'armonica di Toots Thielemans
57	L'Alzheimer sul grande schermo
58-59	Vita degli Ordini
60-61	Lettere al Presidente
62	Filatelìa
63	L'avvocato
64	Discovery smile onlus

IN COPERTINA



Mario Renato Capecchi, nato a Verona nel '37, nel 2007 viene insignito del Premio Nobel per la medicina per le "scoperte pionieristiche riguardanti il sistema embrionale delle cellule staminali e la ricombinazione del Dna nei mammiferi". Con i suoi studi lo scienziato italoamericano ha dimostrato che la ricombinazione omologa può essere influenzata inserendo pezzi di Dna nei cromosomi. A caldo Capecchi rilasciò la seguente dichiarazione: "Non me lo aspettavo. Di solito si premiano argomenti diversi e già nel recente passato era stato premiato uno studio di genetica molecolare". Il prestigioso riconoscimento per la medicina, oltre che allo scienziato italoamericano, è stato attribuito dall'Accademia svedese - sempre nel 2007 - anche ad Oliver Smithies, il quale ha scoperto che le porzioni di Dna endogeno potevano essere utilizzate in diversi tipi di geni a prescindere dalla loro funzione, ed a Martin J. Evans, che riuscì ad intuire come introdurre nuovo materiale genetico nelle cellule embrionali staminali.

Rimbocchiamoci maniche e cervello... **SI RICOMINCIA!**



di Eolo Parodi

Quando un nuovo Consiglio di amministrazione si insedia, ed è il caso nostro, coloro che l'hanno votato, ma anche coloro che non l'hanno votato, pensano di poter ancor meglio risolvere i grandi problemi che hanno determinato attesa da parte degli iscritti. E' logico che affronteremo problemi spesso identici in un modo nuovo, ma anche problemi nuovi con sistemi già usati in passato.

I cambiamenti della politica e quelli fin troppo repentini della società esigono una nostra presenza quasi assoluta. Ci sono, come giustamente sottolinea nell'articolo che segue il vice presidente vicario, problemi urgenti che richiedono per la loro soluzione che ci si rimbocchino maniche e cervelli tenendo conto del lavoro costante dedicato sin

dall'inizio alla nostra prestigiosa Casa dei medici e degli odontoiatri.

Ci saranno, perciò, problemi ed iniziative per le quali, vista anche la mia età, **ho premura**. Una volta per sempre dovremo sapere se siamo privati o pubblici, o se siamo a mezzadria: spesso guardandoci nello specchio della vita dell'Ente non riusciamo a capire queste realtà. Abbiamo il problema ancora insoluto relativo a quella che io chiamo garanzia di tutela per i trenta anni. Dovremo parlare seriamente con chi deve predisporre il futuro. C'è poi ineluttabile e molto richiesto l'approccio al nuovo Statuto, per seguire passo per passo tutto ciò che sta cambiando nel nostro Ente che dovrà trasformarsi in responsabilità chiare e garantite. Ci saranno, perciò, precise iniziative che dovremo affrontare sicuri di realizzarle.

Noi tutti, vecchi e giovani, donne e uomini, apprezzeremo, per quanto mi riguarda apprezzo già, la necessità della discesa in campo di forze proiettate verso l'avvenire che tengano, però, ben presente che per ottenere successi bisogna saper indicare le strade giuste e che, almeno per quanto riguarda la nostra Fondazione, non sono state mai facili da percorrere.

Non possiamo dimenticare

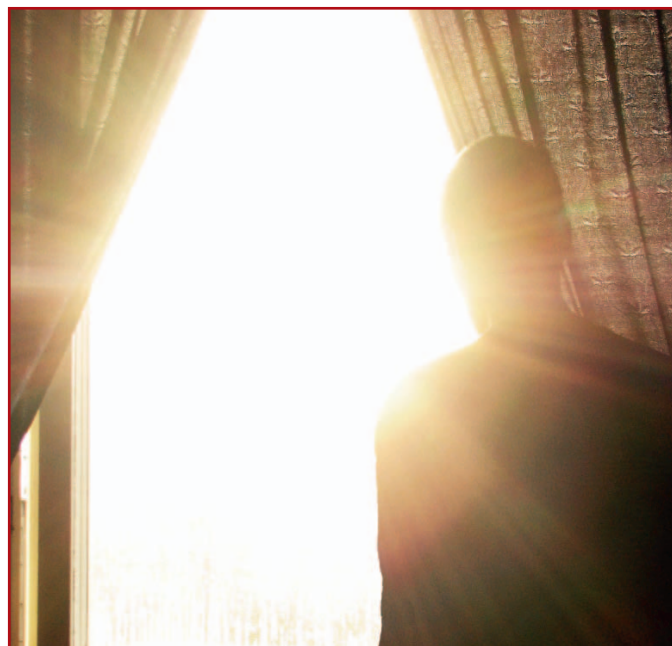
che ciò che abbiamo costruito e, vi posso assicurare, bene e in modo competitivo, è diventato una realtà non solo italiana ma anche europea; in tal senso dovremo discutere e provare a risolvere quella che noi in Europa abbiamo sempre chiamato non la pensione del lavoratore, ma "la tutela dell'età post lavorativa". Chi vincerà la scommessa, specialmente a livello europeo, sarà il vincitore culturale di tutte le nostre problematiche. In un momento in cui di cultura non se ne parla quasi più.

Non è mai stata mia intenzione essere solo a guidare questa nave: sarebbe una pretesa non solo stupida ma, se mi permettete, contraria alla cultura genovese. La nostra Fondazione dovrà trasformarsi anche in una fucina di idee e inizia-

tive superando i confini ormai vecchi e affrontando i gravi problemi della politica e non della partitica. La politica è un atto dovuto del sistema democratico e della libertà di ognuno. Troppa partitica invece può farci correre rischi soprattutto sui problemi etici e culturali.

Per aumentare la conoscenza di questo mondo moderno e nello stesso tempo per proiettarla sull'orizzonte europeo, siamo entrati da tempo a far parte dell'Associazione degli Enti previdenziali privatizzati (AdEPP), un importante raggruppamento – come illustra il vice presidente Giampiero Malagnino in un altro articolo – delle principali Casse dei professionisti italiani e alla quale vogliamo dare, con l'esperienza che siamo sicuri di possedere, anche orizzonti più ampi, ma sempre credibili. Sono sicuro di non essere il solo a sognare tante belle realtà.

Buon lavoro a tutti. •





di Alberto Olivetti (*)

Conclusa la fase del rinnovo degli organismi statutarî dell'Enpam, che nel passato semestre ha inevitabilmente condizionato il regolare svolgimento delle attività istituzionali e strategiche della Fondazione, ora l'esigenza principale appare quella di dare avvio alla realizzazione delle progettualità previste dalla proposta di programma presentata ed approvata con ampio consenso dal Consiglio Nazionale elettivo.

Siamo consci che non possiamo aggiungere ritardo all'applicazione di nuovi approcci metodologici oltre che all'attuazione degli specifici interventi programmatici.

Al nuovo CdA spetta il diretto esercizio della sua responsabilità nelle scelte politiche previdenziali in modo condiviso e visibile, supportato da una struttura tecnica, gestionale ed amministrativa efficiente ed appropriata.

Il suo segnale di impegno forte al miglioramento continuo si evidenzierà anche

nel rendere sistematico il collegamento informativo sulle attività degli organismi decisionali della Fondazione con le rappresentanze istituzionali professionali degli Ordini, dei Sindacati e delle Associazioni.

In un momento di cambiamento della società e della professione come questo che stiamo vivendo, cercare le ragioni della condivisione appare una soluzione prudente e saggia, in linea con quello spirito di Fiuggi che accomunò le rappresentanze della professione e delle istituzioni in un progetto sanitario innovativo per il nostro paese.

In tal senso di ricerca dell'unitarietà possibile, va colta con grande interesse la nuova stagione dell'Adepp, l'associazione degli enti previdenziali privatizzati, che vede ora l'Enpam in un ruolo premimente nell'esecutivo – la vice presidenza vicaria – da sostanziare ovviamente all'atto delle scelte di tutela dei nostri interessi.

In tema di legittimi interessi e di ruolo adeguato, un maggior coinvolgimento nelle materie di compe-

tenza dovrà riguardare le Consulte dei Fondi, mentre è auspicabile un istituto permanente di confronto e concertazione tra i vari Sindacati firmatari gli accordi collettivi nazionali e l'Enpam per quanto riguarda la determinazione della aliquota contributiva delle varie componenti professionali dei Fondi Speciali.

Appare evidente come la dinamica evolutiva del lavoro sia una variabile fondamentale per garantire flussi contributivi adeguati, per cui un contributo consultivo alle scelte sindacali sul futuro assetto della professione rientra a pieno diritto nella sfera di competenza della Fondazione.

A tal riguardo, va aperta la riflessione se la Fondazione debba rimanere un destinatario passivo di flussi contributivi, che quasi per forza di gravità lavorativa continuano a ricadere nelle Casse dei Fondi, oppure assumere un ruolo attivo nella loro genesi, utilizzando una quota parte dell'investimento patrimoniale per creare un volano virtuoso per lo sviluppo degli orizzonti professionali e

della conseguente contribuzione.

La comunicazione per informare, collegare, convincere e – soprattutto – coinvolgere nel fare, dovrà finalizzarsi a diffondere il concetto della costruzione del proprio futuro post lavorativo, dato che l'inerzia anche in previdenza non paga.

Dovremo presto dare inizio alla riforma dei Fondi per una sostenibilità delle gestioni che sia rispettosa - nei limiti fisiologici del praticabile - dei nuovi termini di Legge, attenta alla adeguatezza delle pensioni ed alla tenuta del patto generazionale.

A tal fine è necessario chiarire i termini della privatizzazione con gli organismi vigilanti, per attuare scelte legittime in funzione strategica e per evitare collegamenti alle dinamiche degli enti pubblici che non ci sono proprie in quanto mancante l'elemento fondamentale della compensazione fiscale in caso di squilibrio.

L'attrazione alla Cassa di ogni reddito professionale specifico è in funzione di questo.

Importante sarà rivedere la logica dell'investimento dei contributi incassati, da collegare prioritariamente al debito previdenziale del Fondo di competenza nella definizione del profilo rischio/rendimento atteso/durata dell'investimento. Ovviamente questo percorso è strettamente collegato alla riforma dei Fondi

(segue a pag. 4)

**Una riforma dei Fondi
per una sostenibilità delle gestioni che
sia rispettosa dei nuovi termini di legge,
attenta alla adeguatezza delle pensioni
ed alla tenuta del patto generazionale**

perché i proventi del Patrimonio contribuiscono al pagamento delle prestazioni insieme ai flussi dei contributi.

La revisione dello Statuto per un suo aggiornamento ai tempi mutati e per la rivisitazione delle rappresentatività sarà oggetto di coinvolgimento di presidenti di Ordini e di esperti sindacali in una apposita commissione costituente, da definire subito nella prima parte della legislatura. Fondamentale per il rapporto con il contribuente sarà proporre un progetto globale, che richiederà la completa informatizzazione e digitalizzazione dei processi operativi in Enpam, e che dovrebbe qualificare la relazione con ogni iscritto, fornendogli gli strumenti culturali e tecnici per compiere scelte informate e tempestive per migliorare la propria posizione previdenziale.

Il potenziamento informativo è altresì indispensabile per supportare le delicate scelte strategiche della politica previdenziale dell'Enpam.

Un doveroso pensiero a chi in questa fase ha lasciato il testimone ai nuovi eletti: il suo contributo alla crescita del nostro Ente è un mattone che resta e che sarà sempre onorato.

Un grazie a tutti coloro hanno voluto manifestarmi stima ed appoggio in questo passaggio elettorale, mi impegno a continuare a dare il massimo. •

(*) Vice presidente vicario Enpam



di Giampiero Malagnino (*)

L'Adepp, Associazione tra le Casse di previdenza e assistenza dei professionisti nate con la legge 509 e la legge 103, dopo un lungo periodo di divisione, è tornata ad essere il punto di riferimento di tutte le Fondazioni prevido-assistenziali privatizzate con l'elezione del nuovo presidente e del nuovo direttivo.

Due anni fa, sei Casse (Enpam, Onaosi, Cassa Ragionieri, Cassa geometri, Cassa Biologi e la Cassa dei Periti industriali), verificando una scarsa incisività dell'Adepp, ne misero in discussione, tra le altre cose, quella parte dello Statuto che non prevedeva che a dirigere l'Associazione fossero esclusivamente i presidenti o i vice-presidenti delle Casse in carica, individuando in questo una sostanziale

AdEPP: passato, presente e futuro

La sfida del nuovo direttivo sta nel voler trovare una linea politica comune in difesa e per il rilancio delle Casse pur rispettando le singole realtà

non rappresentatività degli organismi dirigenti. Enpam sosteneva anche che si dovesse individuare un sistema elettorale e decisionale che tenesse presente anche il numero degli iscritti alle singole Casse. Quattordici Casse non vollero prendere in considerazione queste osservazioni e andarono al rinnovo delle cariche eleggendo il presidente e un vicepresidente che non facevano parte neanche del CdA della Cassa cui erano iscritti.

Come le sei Casse (che nel frattempo erano uscite dall'Adepp) avevano previsto, si verificò una sempre minore efficacia dell'azione dell'Associazione ed una non sufficiente presenza nel mondo politico e istituzionale, oltre ad un faticoso e non soddisfacente rinnovo del Contratto Collettivo Nazionale dei dipendenti delle Casse privatizzate.

Il buonsenso dei presiden-

ti di tutte le Casse e gli enormi problemi che nel frattempo, aggiungendosi a quelli che non si erano ancora risolti, erano nati ex-novo (uno per tutti la pretesa dell'Inps di acquisire nel suo fondo separato l'aliquota previdenziale del reddito libero-professionale dei professionisti pensionati, problema non ancora risolto dai ministeri vigili!) hanno portato ad un Tavolo di trattativa le Casse uscite dall'Adepp e l'Adepp per la riscrittura di un nuovo statuto più moderno e più rispettoso della volontà dei professionisti che eleggono i consigli di amministrazione delle singole Casse e la cui volontà non veniva presa in considerazione dal vecchio statuto.

Questa trattativa, tra alti e bassi, ha finalmente prodotto un nuovo statuto, frutto di un dibattito e, quindi, di un compromesso. Enpam e Onaosi, ad esempio, da una parte hanno rinunciato a far pesare, nel voto, il numero di iscritti, accettando che ogni Cassa avesse diritto ad un voto, ma hanno mantenuto fermi due punti importanti:

Nel programma la definitiva acquisizione legislativa della natura privata delle Casse di previdenza dei professionisti

- che il direttivo potesse essere eletto solo tra i membri dell'assemblea composta esclusivamente dai presidenti delle Casse o dai loro delegati;
- che il presidente dell'Adepp potesse essere eletto solo per due volte consecutive.

Questa bozza di statuto è stata approvata all'unanimità dall'assemblea Adepp (ovviamente composta da 14 Casse) e dai Consigli di amministrazione delle altre sei Casse. Si è, inoltre, deciso di adeguare la durata della legislatura in corso a quella prevista dal nuovo statuto: quindi il direttivo doveva essere rinnovato entro il 30 giugno 2010 invece che 2011.

Una riunione di tutti i presidenti, voluta dalle sei Casse e convocata dal presidente della Cassa forense, ha determinato i punti del programma oggetto del lavoro del nuovo direttivo ed ha individuato in Andrea Camporese, presidente dell'Inpgi (la Cassa dei giornalisti) colui che poteva adoperarsi per individuare il nuovo direttivo e definire il programma di lavoro. Il presidente Camporese, dopo un mese di impegnativo lavoro, ha proposto un programma unitamente ad un direttivo così composto: Camporese, presidente Cassa giornalisti, alla presidenza; Giampiero Malagnino, vicepresidente Enpam (con la delega del presidente Parodi) vicepresidente vicario; Mario Schiavon, presidente



Cassa infermieri, vicepresidente e Marco Ubertini, presidente Cassa forense, e Walter Anedda, presidente Cassa Commercialisti consiglieri. Questa proposta ha avuto il consenso (con voto segreto per ogni carica) di 16 Casse su 18 votanti. Tale voto evidenzia la volontà delle Casse di riprendere un percorso unitario con un nuovo spirito di collegialità, anche se reso difficile da problemi che spesso, pur essendo comuni, presentano aspetti e volontà di soluzione differenti e qualche volta coinvolgono solo alcune se non una sola Cassa. La sfida del nuovo direttivo sta proprio nel voler trovare una linea politica comune in difesa e per il rilancio delle Casse, pur rispettando le singole realtà.

In qualità di vice presidente vicario, è evidente che il mio impegno, inteso come impegno dell'Enpam, è legato alle cose che bisogna

fare e che sono previste nel programma presentato da Camporese, alla cui elaborazione abbiamo partecipato fattivamente:

- definitiva acquisizione legislativa della natura privata delle Casse di previdenza dei professionisti: non più “privatizzati” ma “privati”!
- Riconoscimento non solo formale della iniquità della doppia tassazione.
- Individuazione di un criterio di elaborazione dei bilanci tecnici che, pur rispettando i 30 anni di equilibrio, consenta una coerente, non punitiva per nessuna generazione, politica di riforme dei regolamenti previdenziali.
- Rapporti con il governo legati non solo alla capacità e alla forza dei singoli rappresentanti, ma soprattutto alla rappresentatività degli oltre 2 milioni di professionisti che mettono i loro ri-

sparmi previdenziali nelle mani delle Casse di previdenza. Questo può significare una collaborazione per il rilancio del Paese - Italia anche utilizzando le risorse delle Casse. Purché i governi ricordino che questi risparmi servono per avere una pensione: le Casse sono disposte ad investire sul “rischio Paese”, ma questi investimenti debbono essere apprezzati, oltre che, ovviamente, remunerati.

- Rinnovo del Contratto collettivo nazionale che tenga conto della natura privata delle Casse, chiuda tutti gli aspetti legati alla loro vecchia natura pubblica, rispetti e promuova le tante professionalità presenti tra i nostri dipendenti e tenga nella dovuta considerazione le specificità delle singole Casse.

Ci siamo riproposti anche un rinnovo della struttura dell'Adepp mediante l'adozione di una sede propria e l'istituzione di un servizio studi che funzioni secondo le indicazioni dell'assemblea e che produca un convegno periodico, probabilmente annuale, che faccia il punto della situazione delle Casse e non solo.

Obiettivi ambiziosi che implicano un lavoro serio e complesso del quale comunicheremo periodicamente gli “stati avanzamento lavori”. •

(*) Vice presidente Enpam, vice presidente vicario Adepp

Ci siamo riproposti un rinnovo della struttura dell'Adepp mediante l'adozione di una sede e l'istituzione di un servizio studi che funzioni secondo le indicazioni dell'assemblea

Riflessi della manovra economica estiva

Legge 30 luglio 2010, n. 122 (conversione con modifiche del Decreto 31 maggio 2010, n. 78) pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 174/L del 30 luglio 2010

di Ernesto Del Sordo (*)

Va preliminarmente rilevato che la manovra economica approvata il 30 luglio ultimo scorso, esplica i propri effetti, nell'ambito degli iscritti alla Fondazione, **esclusivamente per la categoria dei medici transitati alla dipendenza**.

Peraltro, la normativa precedente in vigore, come richiamata nelle disposizioni recate dal combinato disposto delle Leggi nn. 243/2004, 247/2007 e 102/2009, rimane invariata per i pensionamenti intercorrenti entro il 31.12.2010.

Dall'1.1.2011, pur restando immutati i requisiti di accesso al pensionamento di anzianità per il conseguimento delle cosiddette "quote", ai sensi della Legge 247/2007, la decorrenza del trattamento anticipato è stata fissata dopo 12 mesi dalla data di maturazione dell'ultimo requisito (contributivo e/o anagrafico); viene così introdotto l'istituto della cosiddetta "finestra mobile".

Nel merito si evidenzia, inoltre, che il computo delle citate quote sarà rivisitato con cadenza triennale a far data dall'1.1.2015 e sarà subordinato alle aspettative di vita della popolazione italiana a seguito di apposito studio

Istat. Sempre sulla base delle indicazioni Istat saranno, altresì, riesaminati i requisiti anagrafici previsti per il pensionamento di vecchiaia.

Anche le prestazioni di vecchiaia, peraltro, decorreranno dopo un anno dal compimento del requisito anagrafico, requisito che per gli uomini rimane al momento immutato a 65 anni.

Per le donne dipendenti pub-

bliche, invece, il requisito dei 60 anni resta invariato per coloro che al 31.12.2009 avevano già compiuto tale età, mentre dall'1.1.2010 tale requisito è elevato a 61 anni e, con decorrenza dal 1.1.2012, ulteriormente aumentato a 65 anni.

In proposito si rappresenta tuttavia che, ove le dipendenti transitate abbiano compiuto il 60° anno di età entro il

31.12.2009 e cessino comunque il rapporto professionale successivamente a tale data, mantengono il diritto alla pensione di vecchiaia in base alla previgente normativa (60 anni). Parimenti le dipendenti che maturino i 61 anni nel biennio 2010-2011 potranno accedere alla prestazione, pur se risolvono il loro rapporto professionale successivamente al 31.12.2011. L'individuazione della relativa finestra d'uscita, quindi, sarà condizionata dalla data di raggiungimento del requisito anagrafico *ante o post* 31.12.2010. Per completezza di informazione, si precisa altresì che, nel regime Inpdap, il trattamento di vecchiaia per le dipendenti pubbliche è subordinato al possesso, oltre che

TRANSITATI ALLA DIPENDENZA

(REQUISITI PER IL DIRITTO AI TRATTAMENTI PENSIONISTICI DI ANZIANITÀ)

Anno	Requisiti	
Dall'1.1.2008 al 30.06.2009	58 anni + 35 contribuzione	
Dall'1.7.2009 al 31.12.2010	59 anni + 36 contribuzione 60 anni + 35 contribuzione	QUOTA 95
Dall'1.1.2011 al 31.12.2012	60 anni + 36 contribuzione 61 anni + 35 contribuzione	QUOTA 96
Dall'1.1.2013 (successivo aggiornamento a far data dall'1.1.2015 con cadenza triennale)	61 anni + 36 contribuzione 62 anni + 35 contribuzione	QUOTA 97

OPPURE 40 ANNI DI CONTRIBUZIONE

Si rammenta che per i transitati alla dipendenza non è richiesto l'ulteriore requisito dei 30 anni di anzianità di laurea.

FINESTRE D'ACCESSO (sino al 31.12.2010)

Maturazione dei requisiti contributivi ed anagrafici	Decorrenza della pensione di anzianità
1° semestre	1° gennaio dell'anno successivo
2° semestre	1° luglio dell'anno successivo

(segue tabella a pag. 7)

FINESTRE DI ACCESSO AI PENSIONAMENTI CON 40 ANNI DI CONTRIBUTI
(sino al 31.12.2010)

Possesso requisito contributivo dei 40 anni	Decorrenza della pensione
1° trimestre	1° luglio dello stesso anno con 57 anni di età compiuti entro il 30 giugno; 1° ottobre dello stesso anno con 57 anni di età compiuti entro il 30 settembre; 1° gennaio dell'anno successivo negli altri casi.
2° trimestre	1° ottobre dello stesso anno con 57 anni di età compiuti entro il 30 settembre; 1° gennaio dell'anno successivo negli altri casi.
3° trimestre	1° gennaio dell'anno successivo
4° trimestre	1° aprile dell'anno successivo

FINESTRE D'ACCESSO
(dall'1.1.2011)
Decorrenza della pensione di anzianità

12 mesi dalla maturazione dell'ultimo requisito contributivo e/o anagrafico

REQUISITI PER IL DIRITTO AI PENSIONAMENTI DI VECCHIAIA DELLE DONNE

Possesso del requisito anagrafico	Requisito anagrafico
entro il 31.12.2009	60 anni
1.1.2010 – 31.12.2011	61 anni
1.1.2012	65 anni

REQUISITI PER IL DIRITTO AI PENSIONAMENTI DI VECCHIAIA DEGLI UOMINI

65 anni

FINESTRE DI ACCESSO AI PENSIONAMENTI DI VECCHIAIA
(sino al 31.12.2010)

Possesso del requisito anagrafico entro il	Decorrenza della pensione di vecchiaia
1° trimestre	1° luglio
2° trimestre	1° ottobre
3° trimestre	1° gennaio dell'anno successivo
4° trimestre	1° aprile dell'anno successivo

FINESTRE D'ACCESSO
(dall'1.1.2011)
Decorrenza della pensione di vecchiaia

12 mesi dalla maturazione dell'ultimo requisito anagrafico ovvero contributivo

del requisito anagrafico sopra specificato, anche del requisito contributivo pari a 20 anni per le pensioni calcolate con il sistema retributivo ed a 5 anni per le pensioni calcolate con il sistema contributivo. Per coloro che sono soggette al calcolo della pensione con il cosiddetto regime misto, (retributivo per la parte di pensione relativa alle anzianità maturate prima del 1996, contributivo per quelle maturate successivamente), sarà possibile accedere alle prestazioni con i requisiti di anzianità contributiva previsti per il sistema retributivo, a meno di espressa opzione per il sistema contributivo integrale. La Legge 122/2010 ha introdotto, infine, a far data dall'1.1.2011 le finestre di accesso anche per le pensioni erogate in regime di totalizzazione. Nella fattispecie, coloro che matureranno i requisiti previsti dalla specifica normativa in materia (D.Lgs. 42/2006), dovranno attendere 18 mesi dalla maturazione dell'ultimo requisito per poter fruire delle prestazioni sia di anzianità che di vecchiaia.

Sempre in tema di valorizzazione dei periodi assicurativi accesi presso diversi Istituti previdenziali, si evidenzia in ultimo che la manovra ha introdotto l'onerosità della ricongiunzione dei contributi previdenziali dall'Inpdap all'Inps, trasferimento che precedentemente non comportava costi a carico degli iscritti. Per ogni utile consultazione, si riportano le tabelle esplicative relative alla disciplina vigente *ante e post* il 31.12.2010. •

(*) Vice direttore generale Enpam

Claudio Testuzza, medico-giornalista, da questo numero inizia la sua collaborazione al Giornale della Previdenza. Si tratta per noi di un acquisto prezioso essendo il nostro collega un riconosciuto esperto di temi bollenti della moderna sanità come la previdenza e il pubblico impiego, argomenti che tutt'ora affronta anche su Il Sole 24 Ore. Testuzza, medico ospedaliero specialista in radiologia e oncologia clinica, è stato componente del Consiglio di indirizzo e vigilanza dell'Inpdap ed è consigliere di amministrazione del Fondo Sanità. È altresì componente dell'Osservatorio Fondi pensione per la pubblica amministrazione.

di Claudio Testuzza

Otto riforme in sedici anni ! Un bel record di riformismo, ma anche una grande preoccupazione quando tutti questi interventi riguardino il delicato settore della previdenza.

Ad essere corretti, la previdenza dovrebbe essere un sistema che si dovrebbe mantenere abbastanza costante nel tempo, dovendo dare a coloro che ne sono i protagonisti, i lavoratori, la certezza del loro domani. Ma così, nel nostro Paese non è stato.

In verità fino agli anni Novanta del secolo scorso, il sistema previdenziale, relativo ai dipendenti, pubblici e privati, era stato poco toccato da modifiche e manteneva una sua struttura particolarmente favorevole. La pensione si otteneva con un modesto numero di anni lavorati (per i sanitari anche riscattati) indipendentemente dall'età del richiedente, e il suo importo non si allontanava molto dallo stipendio in godimento.

**Il pensionamento di vecchiaia
delle dottoresse viene spostato
dal 2012 ai 65 anni**



Dove va la previdenza pubblica

Questi vantaggi nascevano dal più favorevole rapporto fra chi era in servizio e chi usufruiva della pensione. La condizione ottimale è rappresentata dalla condizione di almeno tre lavoratori ed un pensionato. Infatti il sistema prevede un versamento di contributi di circa il 33 % dello stipendio, fra

contributo del datore di lavoro e del dipendente.

Tre contribuzioni danno, quindi, la possibilità di pagare, tranquillamente, una pensione.

Nel mondo della dipendenza medica, a quell'epoca, la condizione era ancora più favorevole con un rapporto di più di quattro medici in servizio attivo rispetto ad un pensionato.

Il maggior favore nasceva dalla riforma ospedaliera degli anni Settanta, che

aveva regolarizzato la posizione del sistema di precariato del passato, e quindi immesso nella dipendenza una grossa fetta di sanitari. La Cassa pensioni sanitari (CPS), l'ente di appartenenza della categoria, aveva, così, accumulato un'abbondante riserva calcolabile, nel 1995, in circa 14 mila miliardi di lire ed un'imponente proprietà edilizia (40.000 immobili!). Ma la grave crisi dei primi anni '90 aveva imposto la necessità di in-

tervenire, anche, in questo settore, per cercare di ridurre il debito pubblico accumulato in tanti anni di allegra finanza.

I primi interventi furono abbastanza timidi. Poche modifiche riguardanti soprattutto gli anni di contribuzione utili al pensionamento e qualche riduzione degli importi pensionistici. Ma non bastarono. Fu necessario intervenire sul sistema in forma strutturale.

E la riforma, che porta il nome dell'allora Presidente del Consiglio, Dini, nel 1995 pose in essere un cambiamento sostanziale del trattamento pensionistico. Dal sistema di calcolo previdenziale basato sull'importo dell'ultimo stipendio in godimento al momento dell'uscita (sistema retributivo) si è passati ad un sistema di calcolo, molto meno favorevole, basato sui contributi versati in tutta la vita lavorativa, modicamente integrati dagli interessi maturati nel tempo, e da cui si ricava la pensione mediante un coefficiente di rendimento variabile in relazione all'età del richiedente.

Un vero e proprio interesse bancario sulla base di quanto raccolto nel tempo. Ma poiché la legge preservava dal calcolo contributivo coloro che al 31 dicembre 1995 potessero vantare al-

meno 18 anni di contributi, l'effetto del nuovo e riduttivo strumento previdenziale è stato, di fatto, spostato nel tempo. Ciò ha obbligato il legislatore, sempre alla ricerca di risparmi, ad intervenire, quasi ogni due anni, per modificare, in peggio, i requisiti per il pensionamento, con l'obiettivo di allontanare il dipendente dall'uscita dal lavoro, ovvero riducendo il quantum della pensione.

Ma per i medici, in particolare quelli dipendenti dalle aziende sanitarie, il vero trauma è stato ed è rappresentato dalla perdita di individualità economica della propria Cassa di riferimento.

La CPS, inglobata nel nuovo istituto previdenziale per i pubblici dipendenti Inpdap, ha perso, via via, tutte le sue riserve, utilizzate per ripianare i debiti delle Casse di altri dipendenti pubblici, le sue proprietà immobiliari, vendute sottocosto, e quindi la sua autonomia economica che avrebbe potuto garantire, per un ampio futuro, la categoria.

L'Inpdap è caduto, da qualche anno, in una situazione deficitaria, da poter definire strutturale, e per il futuro non si può pensare che ad un intervento diretto dello Stato attraverso la fiscalità generale.



Un quadro piuttosto cupo che si correla ad un quadro non meno chiaro delle condizioni legislative espresse di continuo a modifica delle precedenti e che danno a tutta la categoria medica la forte sensazione di precarietà. Da un innalzamento immediato degli anni di contribuzione necessari per il pensionamento d'anzianità (in una notte, quella del 31 dicembre 1995, dai circa 25 anni prima richiesti si è passati ad una contribuzione di almeno 35 anni) ad una serie di modifiche in crescendo dell'età anagrafica minima con l'introduzione delle "quote" determinate dalla sommatoria fra anni di contribuzione ed età

anagrafica, attestando, quest'ultima, però, intorno ai 60 anni, all'ultima invenzione della "finestra mobile", che impone di rimanere in servizio 12 mesi in più dal momento della maturazione del diritto, e il cui tempo verrà spostato sistematicamente in avanti correlato come sarà, dal 2015, all'incremento della speranza di vita.

E che dire delle dottoresse il cui pensionamento di vecchiaia, prima raggiungibile con sessanta anni d'età, viene spostato dal 2012 addirittura ai 65 anni!

Cosa si può, allora, pensare che possa ancora accadere in questo settore così delicato.

(segue a pag. 10)

I sanitari tendono a lavorare più a lungo di altre categorie di lavoratori

Pur cercando di non voler imitare Cassandra, la risposta è certamente non positiva.

Intanto, l'estensione del sistema di calcolo contributivo anche a coloro che ne erano rimasti fuori. Il tentativo, in questo senso, era stato già fatto introducendo la norma in un disegno di legge che poi si è (fortunatamente) arenato in Parlamento. Ad onor del vero si parlò, allora, di intervento pro quota. Cioè il cambiamento sarebbe avvenuto solamente per gli anni successivi all'entrata in vigore della legge in discussione. Prudenzialmente, comunque, i relatori del disegno di legge avevano prontamente fatto marcia indietro cassando la stessa norma, prima da loro stessi introdotta. Ma nulla nega che si possa intervenire, ancora, riproponendo il cambiamento verso il metodo meno redditizio. Un altro tassello importante d'eventuale modifica riguarda l'età massima per rimanere in servizio. La soluzione prevedibile di portarla, a breve, a settanta anni non trova, nel mondo medico, una particolare avversione. I sanitari tendono, già, a lavorare più a lungo di altre categorie di lavoratori. Ma qui, però, si assiste alla schizofrenia dei

vari legislatori. Se da un canto viene proposta, e anche già approvata, una norma che lo consentirebbe, anche se ancora giacente in Parlamento in quanto rinviata dal Presidente della Repubblica per altre motivazioni, di portare a settanta anni l'età di uscita, contemporaneamente si dà la possibilità, molto discrezionale, alle amministrazioni delle aziende sanitarie di licenziare i propri medici solo perché raggiungono i 40 anni di contributi (comprensivi degli anni di studio riscattati) anche se con un'età inferiore, in qualche caso ai sessanta.

E adesso, anche per i docenti universitari si vuole introdurre il limite massimo dei 65 anni d'età. Infine una prospettiva, non certo esaltante anche se necessaria: l'iscrizione ai Fondi di pensione integrativa. L'importo pensionistico prevedibile per il futuro si ridurrà sempre di più ed appare assolutamente necessario investire del denaro, sempre e comunque a carico del "povero" medico dipendente, per cercare di lenire una pensione divenuta insufficiente per vivere. Una scelta obbligata se non si vorrà soffrire quando, invece, è necessario essere sereni.

Di tutto ciò e di altro parleremo in questa rubrica rivolta ai colleghi della dipendenza sperando di poter scrivere, anche, delle notizie di maggiore ottimismo per il futuro. •

Pensioni/donne, la vecchiaia cresce resta l'anzianità

Dalla manovra finanziaria di fine luglio, per le lavoratrici del settore pubblico, a breve, si manifesta un futuro previdenziale contraddittorio. Infatti le pensioni escono dall'intervento legislativo favorendo, in pratica, il trattamento di anzianità rispetto a quello di vecchiaia.

Una sentenza della Corte europea aveva obbligato l'Italia ad adeguare i criteri più favorevoli per il raggiungimento della pensione di vecchiaia delle donne rispetto a quella degli uomini, più tardiva. Il principio su cui si è basata la sentenza si riferisce essenzialmente alla condizione retributiva del pensionando uomo che, potendo restare in servizio più a lungo, matura stipendio e quindi pensione maggiore della condizione della lavoratrice che va in pensione più precocemente. Nessuno aveva opposto resistenza alla sentenza facendone rilevare che pur essen-

do previsto per le donne il pensionamento di vecchiaia a 60 anni, rispetto ai 65 degli uomini, niente impedisce loro, di rimanere anche oltre il sessantesimo anno d'età. Per quanto attiene, poi, al collegamento fra stipendio e pensione, la condizione verrà, fra pochi anni, superata dal sistema di calcolo contributivo, introdotto dalla legge "Dini" del '95, che annulla tale condizione, collegando alla somma dei contributi di tutta la vita lavorativa il trattamento pensionistico. Le donne medico dipendenti dalle aziende sanitarie, dal 2012, dovranno maturare 65 anni per ottenere il pensionamento di vecchiaia. Ma non sarà loro preclusa, tuttavia, la possibilità di ottenere il pensionamento anticipato di anzianità maturando i requisiti delle famose "quote". Con le norme introdotte la platea degli aspiranti pensionati è divisa in due grandi famiglie. Da una parte gli uo-

Anche per i docenti universitari si vuole introdurre il limite massimo dei 65 anni

Le donne medico dipendenti dalle aziende sanitarie, dal 2012, dovranno maturare 65 anni per ottenere il pensionamento di vecchiaia



Una sentenza della Corte europea aveva obbligato l'Italia ad adeguare i criteri più favorevoli per il raggiungimento della pensione di vecchiaia delle donne

mini e le dipendenti pubbliche che maturano la vecchiaia a 65 anni ma hanno la possibilità di raggiungere i requisiti ovvero i 40 anni di contribuzione utili al pensionamento.

La seconda famiglia è, invece, limitata alle dipendenti private ed autonome, in relazione ai regolamenti delle proprie Casse, che mantengono il diritto alla vecchiaia a 60 anni. Ma se il regime per

le dottoresse delle Asl, dal 2012, diviene più rigido, fino ad allora è ancora possibile uscire dal mondo del lavoro con maggiore precocità. Infatti ancora per tutto il 2010 e il 2011 il limite dell'astice-

la della vecchiaia è posto a 61 anni. Ma sarebbe possibile anche andar via con la quota 95 per tutto il 2010 e con quota 96 per 2011 e 2012. Quote che si raggiungono sommando l'età anagrafica a quella contributiva: quota 95 data da 60 anni d'età e 35 anni di contribuzione ovvero 59 anni d'età e 36 anni di contributi, quota 96 formata da 61 anni d'età e 35 di contributi ovvero 60 anni d'età e 36 di contributi. Ma anche per queste condizioni la manovra è intervenuta negativamente. Tolate le due "finestre" di uscita già esistenti, ne è stata introdotta una sola, mobile, che allunga la permanenza al lavoro prevedendo lo slittamento del pensionamento di 12 mesi dalla maturazione del diritto. Vero è che questa ulteriore tagliola colpirà coloro che maturano i requisiti dal 2011 e mantiene salvi, con le due precedenti finestre, coloro che li abbiano già maturati precedentemente, ma anche in questo caso il respiro appare corto perché la stessa manovra ha previsto, dal 2015, l'aggiornamento automatico dei requisiti in relazione alle dinamiche delle aspettative di vita. E se la demografia non farà salti, dal 2028, potrebbe essere necessario aggiungere un altro anno di lavoro e, addirittura, dal 2050 arrivare a maturare settanta anni d'età. •

C.Tes

LE CONDIZIONI PER USCIRE

Requisiti d'età (60 anni) e di contribuzione al 31/12/2009	Uscita immediata perché superata la finestra di accesso
Requisiti d'età (61 anni) e di contribuzione al 31/12/2010	In base alle vecchie (quattro) finestre per la vecchiaia
Requisiti d'età (61 anni) e di contribuzione al 31/12/2011	Finestra mobile di 12 mesi dalla data di maturazione dei requisiti

Redditi professionali del 2009, riscossione dei contributi

di Vittorio Pulci (*)

La Fondazione Enpam, come ogni anno, sta ponendo in essere le attività di riscossione del contributo dovuto alla "Quota B" del Fondo di previdenza Generale sui redditi professionali (o equiparati) prodotti nel corso dell'anno 2009. Gli Uffici, difatti, acquisiti i dati comunicati dagli iscritti con i modelli D 2010 (che dovevano essere restituiti all'Enpam – debitamente compilati – entro lo scorso 31 luglio), provvedono a determinare l'importo del contributo dovuto e lo pongono in riscossione mediante l'emissione di specifici bollettini MAV.

Ad oggi, sono pervenuti oltre **90.000 modelli D cartacei**, per i quali si è già proceduto alla lettura automatizzata dei dati in essi contenuti. Circa **40.000** professionisti hanno preferito utilizzare il servizio di dichiarazione telematica dei redditi, riservato agli utenti registrati presso l'Area riservata del sito web della Fondazione (www.enpam.it). Il notevole incremento del numero di iscritti che hanno effettuato la dichiarazione on-line (circa 10.000 in più rispetto allo scorso anno) è riconducibile alla semplicità di utilizzo del portale Internet ed al tem-

pestivo riscontro dell'avvenuta ricezione della dichiarazione reddituale, assicurato mediante l'invio di una e-mail di conferma.

Gli Uffici, come noto, determinano l'importo del contributo dovuto detraendo dal reddito professionale dichiarato l'importo già assoggettato a contribuzione mediante il versamento del contributo "Quota A" del Fondo Generale e procedono, successivamente, all'emissione dei relativi bollettini MAV.

Il pagamento deve essere effettuato in un'unica soluzione (non sono ammesse rateazioni) entro il **31 ottobre** del corrente anno e comunque non oltre il termine indicato sul bollettino MAV precompilato (pagabile presso qualsiasi Istituto di Credito o Ufficio Postale) spedito dalla **Banca Popolare di Sondrio**.

Tale Banca offre in esclusiva agli iscritti alla Fondazione una carta di credito gratuita che, oltre alle ordinarie funzionalità di acquisto, consente di pagare direttamente *on-line*, anche con addebito rateale, i contributi dovuti all'Enpam. Per richiedere tale carta è necessario accedere all'Area Riservata del sito www.enpam.it e compilare il relativo modulo di domanda. Per ulteriori in-

formazioni sulla Carta Fondazione Enpam è a disposizione il numero verde **800.190.661**; per ottenere chiarimenti sull'accesso all'Area Riservata è possibile contattare il n. 06.48.29.48.29 (*Attenzione: per l'abilitazione al-*

l'accesso all'Area Riservata e l'emissione della carta di credito è necessario attendere i relativi tempi tecnici).

Unitamente al MAV viene inviato un prospetto esplicativo del calcolo effettuato per determinare l'importo del contributo posto in riscossione. Al fine di consentire all'iscritto di verificare l'operato degli Uffici, in tale prospetto sono evidenziati sia il reddito professionale acquisito che

GLI ERRORI PIÙ FREQUENTI

- Dichiarazione di un importo netto comprendente anche il reddito derivante dall'attività svolta in convenzione con il SSN (ad esempio, medicina generale) e quindi già soggetto a contribuzione presso i Fondi Speciali Enpam.
- Indicazione del reddito netto professionale già decurtato della parte di reddito assoggettata a contribuzione "Quota A";
- Mancata comunicazione dei redditi derivanti dall'attività *intramoenia* e dalle altre attività libero professionali previste dalla contrattazione collettiva di categoria.

COSA FARE IN CASO DI ERRORE?

In questi casi i professionisti, per perfezionare il procedimento di rettifica, devono trasmettere (anche via fax al n. 06.48294.922) la seguente documentazione:

- **Modello Unico**: seconda pagina del frontespizio con l'indicazione dei quadri compilati; Quadri RC, RE, RH, RL, CM (se compilati);
- **Sostituti di imposta rilasciati dalla ASL** (se professionista convenzionato con il SSN);
- **CUD/Modello 730** (se dipendente);
- Copia di un documento di identità in corso di validità;
- **Recapito telefonico**.

Il pagamento deve essere effettuato in un'unica soluzione entro il 31 ottobre

LE SANZIONI PER IL RITARDATO PAGAMENTO

Il vigente regime sanzionatorio, in caso di pagamento dei contributi oltre il termine regolamentare, prevede:

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

le aliquote contributive applicate.

Il mancato ricevimento del bollettino (dovuto, per esempio, alla non tempestiva comunicazione dell'avvenuta variazione di residenza ovvero ad un disguido postale) non esonera dal pagamento del contributo. In tal caso, difatti, è possibile contattare la Banca Popolare di Sondrio al numero verde **800.24.84.64**, la quale provvederà all'invio di un duplicato del MAV, ovvero fornirà le istruzioni necessarie per effettuare comunque il pagamento di quanto dovuto entro i termini regolamentari.

Previo accesso all'area riservata, inoltre, gli utenti registrati al portale www.enpam.it possono procedere direttamente alla stampa on-line del duplicato del bollettino MAV. In questo caso il pagamento potrà essere effettuato esclusivamente

presso gli Istituti di Credito.

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

Per poter usufruire di tale beneficio in sede di dichiarazione dei redditi ai fini IRPEF è sufficiente conservare il bollettino MAV utilizzato per il versamento. Sul MAV, difatti, è chiaramente indicata la natura del versamento effettuato (Contributo "Quota B" - Reddito 2009) e l'Istituto di credito o l'Ufficio postale deve apporre il timbro con la data dell'avvenuto pagamento.

(*) *Dirigente Enpam*

Anziani e disabilità

di Marco Perelli Ercolini (*)

Dal rapporto della non autosufficienza presentato dal ministro del Lavoro e dal ministro della Salute emerge che in Italia ci sono almeno 2,6 milioni di persone (pari al 4,8% del totale della popolazione) non autosufficienti, di cui due milioni sono anziani.

Inoltre col progressivo invecchiamento della popolazione il rapporto tra chi può dare cure (al primo posto i familiari) e i non autosufficienti dall'attuale 18,5 potrebbe scendere nel tempo a un terzo e forse meno.

Come è ben noto la disabilità cresce con l'età: dai 70 ai 74 anni è pari al 9,7%, dai 75 ai 79 anni quasi raddoppia (17,8%) e raggiunge il 44,5% all'ottavo decennio.

All'aumento della disabilità con l'aumento dell'età anagrafica ecco, dunque, evidenziarsi anche una preoccupante impossibilità assistenziale dei familiari in una realtà sociale altamente carente di strutture pubbliche. Di fronte a un sociale pubblico carente spunta, vicariante almeno in parte il pubblico, il privato con forme di assistenza non solo costose, ma talora prive dei requisiti minimi adeguati. Ma quanti anziani possono permettersi questo lusso e quanti SOS vengono lanciati ai figli?

Un altro aspetto da affrontare è anche l'impoveri-

mento dei redditi col progredire dell'età, quando maggiori invece sono i bisogni. Infatti è ben nota la diminuzione del potere di acquisto delle pensioni con il passare degli anni, tanto che vale il detto che le pensioni di annata sono pensioni dannate.

Ecco allora trovare giustificazione la proposta recentemente lanciata di un aggancio alla defiscalizzazione del trattamento di pensione col progredire con l'età nel tentativo di diminuire la svalutazione di questa "retribuzione differita" di chi nell'età lavorativa ha contribuito nel meccanismo economico nazionale col proprio sudore e che, anche ora, fiscalmente continua a contribuire, ricordando come questa categoria apporti alla casse dello Stato, insieme ai lavoratori dipendenti, il maggiore gettito fiscale.

Un'altra iniqua stortura: in un sistema sociale ove a stento due pensioni permettono una sopravvivenza, in caso di vedovanza, il reddito drasticamente quasi si dimezza poiché il calcolo della reversibilità delle pensioni Inps e Inpdap si aggancia al reddito del coniuge superstite falcidiando la rendita della pensione, causando, inoltre, in un momento di veri bisogni connessi all'età a stadi di indigenza e impossibilità fisiche, serie difficoltà ad affrontare la quotidianità. •

(*) *Vice presidente vicario Feder.S.P.eV.*

Operativo l'archivio anagrafico Enpam-Fnomceo-Ordini

Gli Ordini hanno aderito attivamente al progetto e provvedono regolarmente alla trasmissione dei dati.

L'obiettivo principale di tutti è quello di migliorare e rendere più numerosi e mirati i servizi resi agli iscritti

di Saverio Molinaro (*)

Ad oggi può considerarsi ormai concluso e pienamente operativo il progetto congiunto tra Enpam, Fnomceo e tutti gli Ordini, volto a costituire un archivio anagrafico comune di tutti i medici e gli odontoiatri attivi iscritti agli Albi (vedi articolo del Direttore Generale dell'Enpam, Dott. Alberto Volponi, pubblicato sul Giornale della Previdenza n° 5 - 2009). Grazie a questo importante progetto, il medico o l'odontoiatra che vuole iscriversi per la prima volta all'Albo può recarsi presso il proprio Ordine e compilare la modulistica necessaria, fornendo tutti i dati personali. Anche il professionista che intende comunicare variazioni anagrafiche e/o professionali deve informare l'Ordine di appartenenza circa il nuovo indirizzo di residenza o altri dati che ritiene utile vengano memorizzati (specializzazioni, altri titoli, e-mail, ecc.).

La novità consiste nel fatto che periodicamente (di norma mensilmente) gli Ordini trasmettono alla Fonda-



zione Enpam e alla Fnomceo i dati di loro competenza e questi vengono acquisiti automaticamente nelle rispettive Banche dati, ad eccezione di alcune informazioni che possono ritenersi inesatte o non congrue con quelle già presenti nei rispettivi archivi, oggetto di ulteriori riscontri. Grande è stato l'impegno profuso da parte del gruppo di lavoro costituito da

Enpam e Fnomceo per realizzare un sistema informatico moderno in grado di far "colloquiare" fra loro tutti i soggetti interessati: a partire dall'analisi funzionale e dall'analisi dei dati fino alla valutazione di tutte le normative, talvolta specifiche solo di alcuni Ordini. Si è cercato di consolidare una soluzione in grado di interagire con tutte le realtà ordinistiche provin-

ciali, andando incontro alle varie esigenze esposte nei vari incontri regionali organizzati periodicamente per confrontarsi sulle potenzialità e sugli obiettivi del progetto, nonché sulle risorse necessarie al suo pieno completamento.

E' stata realizzata così una procedura informatica finalizzata all'acquisizione di tutti i dati anagrafici degli iscritti, che prevede diversi livelli di controllo che automaticamente impediscono la memorizzazione di informazioni non coerenti con gli altri dati di archivio, segnalando eventuali errori ed obbligando gli operatori ad effettuare controlli approfonditi sulle situazioni anomale riscontrate.

Ad oggi, tutti gli Ordini hanno aderito attivamente al progetto e provvedono regolarmente alla trasmissione dei dati: ogni mese vengono acquisite, tramite un sistema informatico complesso ma di semplice utilizzo, migliaia di informazioni. Nel primo anno di utilizzo del sistema oltre l'80% di queste sono state acquisite automaticamente e memorizzate direttamente nella banca dati Enpam mentre le altre hanno avuto la necessità di essere sottoposte ad ulteriori controlli.

Nell'ottica di una collaborazione reciproca e di una sinergia costruttiva tra Organismi che si occupano di medici ed odontoiatri, anche le informazioni di cui l'Enpam è in possesso - e che possono essere di interesse degli Ordini e della

Fnomceo - vengono trasferite a questi ultimi con gli stessi tracciati informatici, nel rispetto della normativa riguardante la privacy e la competenza di ciascuna Amministrazione circa il trattamento dei dati personali degli iscritti. Si viene a creare, così, un circolo continuo di informazioni che garantisce l'uniformità dei dati riferiti al singolo iscritto e la loro coerenza: si ottiene, in questo modo, un reale allineamento continuo dei dati contenuti negli archivi degli Ordini, di Enpam e della Fnomceo.

Importanti e numerosi sono stati gli obiettivi che il gruppo di lavoro intersetoriale appositamente creato si è prefissato: innanzitutto l'acquisizione informatizzata dei dati (che prima venivano trattati manualmente e poi digitati nei sistemi informatici) con conseguente velocizzazione degli aggiornamenti e diminuzione degli errori; la costituzione di un archivio informatico allineato tra Ordini, Enpam e Fnomceo; lo scambio continuo di informazioni, al fine di migliorare la qualità dei dati a disposizione delle Amministrazioni coinvolte; la congruenza di tutte le notizie presenti in archivio.

L'obiettivo principale di tutti, comunque, è quello di migliorare e rendere più numerosi e mirati i servizi resi agli iscritti. A tal fine è importante essere in possesso di dati aggiornati e corretti: è utile raggiungere tutti i medici e gli odontoiatri nel modo più rapi-



do per poter fornire loro le informazioni di loro maggiore interesse.

Si prevede anche di realizzare una normalizzazione degli indirizzi memorizzati nei nostri archivi, utilizzando la banca dati aggiornata di Poste Italiane: tanti sono i casi di CAP errati, di località che hanno cambiato denominazione o provincia di appartenenza. Questo lavoro permetterà di avere indirizzi formalmente corretti e garantirà una postalizzazione delle comunicazioni più efficace, riducendo così la quantità di posta non consegnata.

Per i prossimi mesi è prevista anche per i pensionati l'attivazione del progetto di allineamento anagrafico già operativo per gli iscritti attivi. Attualmente, infatti, per loro vengono utilizzati gli indirizzi di residenza comunicatici nel tempo: è intenzione dell'Enpam, invece, utilizzare gli indirizzi trasmessi dagli Ordini, ovviamente se si tratta di pen-

sionati iscritti all'Albo. Nei prossimi giorni verrà inviata, all'indirizzo presente nell'archivio Enpam, una comunicazione che indicherà tutti gli indirizzi memorizzati nell'archivio dell'Enpam ed in quello dell'Ordine di appartenenza. Dal momento che, a partire da una data predefinita, verrà utilizzato esclusivamente l'indirizzo di cui l'Ordine è in possesso, si chiede a tutti i pensionati di verificare la correttezza dei dati indicati e di comunicare tempestivamente ogni variazione necessaria, secondo le modalità che verranno esposte. Tutti i pensionati

che non sono iscritti all'Albo potranno comunicare direttamente all'Enpam eventuali variazioni, utilizzando il modello presente sul Portale Web della Fondazione, all'indirizzo www.enpam.it, accedendo alla sezione "Modulistica" e poi alla voce "Comunicazioni domicilio e residenza iscritti e pensionati" oppure secondo le altre modalità indicate. L'obiettivo principale è quello di raggiungere tutti gli interessati in modo certo e nei tempi più rapidi possibili. •

(*) *Direttore Dipartimento sistemi informativi*

Per poter usufruire di un servizio informativo sempre migliore da parte dell'Enpam, si rammenta a tutti gli iscritti che è di fondamentale importanza la **comunicazione tempestiva agli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri delle variazioni dei propri dati anagrafici**. Si ricorda, in particolare, ai pensionati (se iscritti all'Albo) la comunicazione al proprio Ordine di riferimento di eventuali variazioni di indirizzo, ai fini del corretto invio delle certificazioni fiscali.



Laureato in Medicina e chirurgia presso il Policlinico Gemelli di Roma si è specializzato in Neurochirurgia. Diviene Assistente presso la neurochirurgia diretta dal prof. Gianfranco Rossi e nel '75 svolge un corso di perfezionamento a Montreal sulla chirurgia dell'ipofisi. Nel 1994 diviene Ordinario di neurochirurgia a Perugia sino al quando, nel 1998, viene chiamato nella capitale dall'Università Cattolica del Sacro Cuore a dirigere la neurochirurgia

"Atena", la neurochirurgia contro alcol e droghe

di Carlo Ciocci

Professore, lei è stato il promotore dell'onlus Atena: di che cosa vi occupate?

L'associazione Atena – Associazione terapie neurochirurgiche avanzate atenaonlus@rm.unicatt.it – si occupa, in collaborazione con l'Istituto di neurochirurgia del Gemelli, di promuovere e stimolare la ricerca relativa ai tumori cerebrali, sull'uso delle cellule staminali per la neuro rigenerazione, la genetica degli aneurismi; abbiamo anche un laboratorio di ricerca che si occupa di chirurgia vascolare sperimentale e di laser in neurochirurgia. Tutto questo ha l'obiettivo di migliorare le nostre capacità di curare le malattie che colpiscono il cervello.

Come diffondete le attività dell'associazione?

Atena svolge numerose attività per uscire allo scoperto. Quest'anno, mi piace ricordarlo, ci siamo incontrati a Roma al Nobile collegio chimico farmaceutico per premiare ricercatori e dibattere su un importante argomento nel campo delle neuroscienze: gli effetti sul cervello provocati dall'abuso di droghe e alcol. Proprio l'impegno per cercare di preservare il cervello da lesioni ci ha portato ad occuparci dei danni che l'alcol e le droghe provocano, aspetto sociale rilevante considerata soprattutto tra i giovani la diffusione dell'abitudine ad ubriacarsi ed assumere droghe.

Da tempo abbiamo trasmesso notizie in merito sui più potenti mezzi di comunicazione: l'incontro di Roma è stato l'occasione per ricordare all'opinione pubblica i rischi delle droghe che si reperiscono anche at-

traverso Internet, droghe che, magari, vengono contrabbandate per tisane, ma che sono vere e proprie sostanze stupefacenti. Sulla scia di questi incontri, recentemente, abbiamo avuto la possibilità di apparire a Quark, la nota trasmissione televisiva Rai condotta da Piero Angela.

Perché un neurochirurgo si interessa di droghe?

L'interesse da parte del neurochirurgo sull'argomento nasce dal fatto che alcune droghe, come la cocaina e l'ecstasy, determinano dei picchi di ipertensione arteriosa molto gravi che possono provocare emorragie cerebrali. Noi, dal nostro osservatorio, negli ultimi anni vediamo un innalzamento dei casi di emorragie in soggetti giovani, mentre in tempi passati si trattava di patologie prevalentemente dell'anziano. Tale tendenza si spiega proprio con l'as-

sunzione delle droghe. Sappiamo che una grossa fetta della popolazione è portatrice di aneurismi intracranici: secondo le statistiche ne è affetto circa il 5 per cento della popolazione. Ovviamente non corrisponde al 5 per cento di emorragie, altrimenti si tratterebbe di una vera e propria catastrofe nazionale. Ma supponiamo di avere un ragazzo di venticinque anni che ha un aneurisma intracranico, che probabilmente non si romperebbe mai nel corso della sua vita, ma fa uso di cocaina con relative scariche di ipertensione: questo sarebbe sufficiente a rompere malformazioni che altrimenti sarebbero rimaste inalterate per tutta la vita del soggetto. Basti pensare che l'incidenza di ictus cerebrali è di 200 persone ogni 100mila abitanti: in chi fa uso di cocaina l'incidenza di ictus è 14 volte maggiore. Se consideriamo che la fascia di età di persone che fa uso di droghe è prevalentemente giovane è facile trarre le conseguenze.

Le metodiche diagnostiche aiutano il vostro operato?

Oggi abbiamo sistemi di diagnosi molto sofisticati: la risonanza magnetica, la risonanza magnetica funzionale, la Pet e la Spect, gli studi di perfusione sul cervello. Ebbene, si è osservato che le droghe provocano danni in aree molto importanti come ad esempio nella corteccia



prefrontale, che è l'area deputata alla nostra capacità di integrazione con il mondo esterno, che regola la nostra capacità di reazione e la nostra emotività; altre aree colpite sono l'area dell'ippocampo, legata alla memoria, e l'area dell'amigdala che anch'essa è un'area collegata al nostro modo istintivo di reagire al mondo esterno. Tutto questo spiega a che cosa possono andare incontro i giovani che usano e abusano di droghe: disturbi gravi della memoria ma, soprattutto, disturbi gravi del comportamento con reazioni alterate ed esagerate a quelli che sono gli stimoli del mondo esterno. E l'alterazione della reattività della loro prontezza determina, ad esempio, gli incidenti definiti "del sabato sera".

Come si affrontano alla radice tali problematiche?

Queste problematiche non si curano con una medicina, non esiste un farmaco in grado di eliminare questo genere di problema, ma piuttosto con la diffusione soprattutto ai giovani della conoscenza di determinate conseguenze. Per far questo è necessario, compito che cerchiamo di risolvere con l'associazione Atena, andare nelle scuole per spiegare ai ragazzi determinate conseguenze di errati stili di vita. L'obiettivo è di illustrare i danni che le droghe causano e la speranza è che almeno una percentuale dei ragazzi che contattiamo e che usano ed abusano di droghe ed alcol tornino sui loro passi per salvarsi da gravi problemi di salute. Tra l'altro cerchiamo di spiegare un particolare che in genere è sconosciuto ai giovani: il cervello è un organo che ha una maturazione nel

corso della vita; il bambino nasce e lentamente il suo cervello matura sino intorno ai 20 anni. Ebbene, nel corso di questo processo si creano delle sinapsi, delle reti funzionali all'interno del nostro cervello e l'abuso di alcol e droghe modificano questa capacità. La conseguenza è che questi giovani affronteranno la loro esistenza partendo da una menomazione, con una ridotta capacità funzionale del cervello che non è riuscito a maturarsi come avrebbe dovuto. Si sappia bene: a quindici anni il cervello non si è ancora sviluppato appieno e deve completare alcune integrazioni funzionali. Ma se si interviene con sostanze che interferiscono con questa maturazione le conseguenze sono quelle descritte.

Più in generale, professore, come è cambiata la neurochirurgia?

Brevemente ricordo che negli anni '70 feci un'esperienza professionale di almeno due anni in Canada, a Montreal, con Jules Hardy, uno specialista che si occupava delle patologie dell'ipofisi e della microchirurgia in genere, quando in Italia ancora nessuno lavorava con il microscopio. A quei tempi gli interventi utilizzavano una tecnica tradizionale che per quanto fosse delicata ed attenta risultava ancora grossolana. Il cervello richiedeva una precisione maggiore di quanto a quei

tempi in Italia si riusciva a dare ed a tal fine, in Canada, eravamo impegnati nel trovare nuove tecniche operatorie impiegando per la prima volta il microscopio e i microstrumenti. Tale perfezionamento trovò conferma negli anni in cui lavorai a Zurigo dove tali tecniche venivano utilizzate per le patologie vascolari. Al termine di questo cammino il mio campo di interesse era divenuto l'ipofisi – alla Cattolica abbiamo operato circa 5mila tumori della regione ipofisaria, cordomi della sella turgica, craniofaringiomi. Un altro campo di interesse, a parte i tumori cerebrali, è rappresentato dalle patologie vascolari: aneurismi, malformazioni arterovenose, cavernomi, che comportano interventi particolarmente delicati da un punto di vista tecnico e che sono legati ad una patologia benigna. Vale a dire che se l'intervento è fatto bene il risultato è la guarigione del malato.

L'evoluzione scientifica ha successivamente fatto ulteriori passi e di conseguenza le tecnologie sono cambiate; nel campo dei tumori si sono affermate la navigazione e l'endoscopia; nel campo vascolare il trattamento endovascolare consente di agire in team multidisciplinare che permette di sommare competenze di specialisti diversi.

Grazie professore, anche a nome dei ragazzi. •



Elio Jovine è dal 2005 direttore del Dipartimento chirurgico Azienda USL Bologna e dal 2002 direttore dell'Unità operativa complessa di Chirurgia, presso l'Ospedale Maggiore, AUSL Città di Bologna. Nato a Bologna si laurea in Medicina e Chirurgia nell'Università della stessa città, conseguendo la specializzazione in Chirurgia generale. Tra gli incarichi ricoperti quello di professore associato presso il Centro trapianti di fegato e multiviscerale del Dipartimento misto di Chirurgia generale e specialistica dell'Università di Modena.

Ha attivamente partecipato alla realizzazione del progetto Trapianto di intestino e multiviscerale presso il Policlinico di Modena e a quello del trapianto di fegato da donatore vivente

Chirurgia di fegato e pancreas, l'Italia recupera il gap

di Claudia Furlanetto

Professor Jovine, il 20 e 21 maggio scorso si è tenuto a San Marino il meeting internazionale "Innovation in Liver & Pancreatic Surgery" che lei ha organizzato e presieduto. Come è nata l'esigenza di questo incontro?

La chirurgia epatica e pancreatica, grazie alle nuove tecniche e alle tecnologie applicate di recente, sta vivendo un periodo di grande sviluppo. Era il momento giusto per un meeting che facesse il punto della situazione su diagnostica, terapia - medica e chirurgica - delle neoplasie epatiche e pancreatiche. Per esempio all'Ospedale Maggiore di Bologna applichiamo già da un anno e mezzo la *stapler hepatectomy*: abbiamo impiegato la suturatrice in più di 70 interventi, che per l'Italia rappresenta una casistica notevole. La sutura meccanica garantisce una perdita di sangue inferiore,

una maggiore rapidità di intervento e quindi dei tempi di occupazione della sala operatoria inferiori.

Che cosa ha evidenziato il confronto con realtà come quella dell'Università di Heidelberg, che rappresenta l'eccellenza in Europa?

Ha evidenziato che i gruppi italiani che si occupano di questa patologia non sono molto lontani, finalmente, sia scientificamente sia tecnicamente, dai colleghi degli altri paesi europei o transoceanici. Nonostante i numeri dei casi trattati siano diversi, abbiamo notato come soprattutto sull'innovazione non esista più un *gap* come in passato. I risultati sono comparabili e oggi possiamo dire che non c'è niente che non si faccia in Italia che viene fatto all'estero.

Perché "finalmente"?

Siamo sempre stati il fanalino di coda, più dal punto di vista scientifico che tecnico.

E per quanto riguarda il pancreas?

Gli specialisti si sono confrontati su tecniche di ricostruzione dopo resezione pancreatica e sulla opportunità o meno della resezione vascolare, quindi della chirurgia estesa, nelle malattie pancreatiche neoplastiche. Intervento, quest'ultimo, che all'Ospedale Maggiore praticiamo ormai da anni con casistiche comparabili con quelle europee.

Quali sono le aspettative di vita dei pazienti?

Purtroppo nonostante la tecnica sia drasticamente migliorata la sopravvivenza a lungo termine non è molto diversa. Potremmo definire il trattamento al pancreas come chirurgia palliativa di lusso: anche se con l'intervento otteniamo un R0, in realtà la prognosi cambia relativamente poiché non è solo una malattia d'organo ma anche sistemica.

Il salto di qualità negli ultimi anni è stato rappresentato dall'approccio chirurgico aggressivo. La patologia pancreatica, che se

ne dica, non ha alternative altrettanto valide rispetto alla chirurgia. E quindi è inutile impiegare tecniche che non risolvono il problema. Per la patologia pancreatica l'unica via è una chirurgia aggressiva.

Può spiegarne i motivi?

Quello che sto cercando di dimostrare, ma non sono certo il primo a dirlo, è l'inutilità di fermarsi davanti ad un tumore che è non nettamente separabile dai vasi mesenterici perché è chirurgicamente provato che non è una limitazione all'intervento. La chirurgia va affrontata anche in caso di resezione vascolare e con interventi complessi, perché i risultati sono identici a quelli dei pazienti che non presentano infiltrazione vascolare. Quindi, mai arrendersi per una problematica tecnica. Ecco perché è un tipo di chirurgia che va effettuata in pochi centri con grande conoscenza ed esperienza della patologia stessa.

Una chirurgia destinata quindi al miglioramento della qualità di vita.

Questi pazienti hanno una qualità di vita pessima, il suo miglioramento è per ora l'obiettivo principale per la medicina. Presso l'Ospedale Maggiore di Bologna abbiamo creato un centro dal nome "Progetto Pancreas" in cui il paziente viene seguito prima, durante e dopo l'intervento. È un approccio di tipo multidisciplinare che vede coinvolti chirurghi, gastroenterologi, radiologi, endocrinologi, nutrizionisti, psicologi e anatomopatologi. È chiaro

infatti, e lo sottolineo, che non basta operare questo tipo di pazienti. È necessaria una attenta preparazione precedente il trattamento chirurgico perché in molti casi parliamo di diabetici o di persone che lo diventeranno in seguito, a seconda del tipo di intervento praticato. In passato, i decessi che si verificavano a pochi mesi dall'intervento erano spesso legati proprio al diabete o all'ipoglicemia perché il paziente non seguiva una dieta adeguata e non controllava il tasso glicemico. Per questo il nutrizionista ha un ruolo centrale e segue il paziente già in fase preoperatoria con degli immunonutrienti e nel post-operatorio immediato con nutrizione enterale. È il percorso intorno a questa malattia che è cambiato, grazie all'approccio multidisciplinare, perché purtroppo la storia naturale non sia-

mo ancora riusciti a modificarla.

In quanti hanno partecipato al "Progetto Pancreas"?

I pazienti che abbiamo seguito sono circa cinquecento. Ma a questo progetto afferiscono anche persone con patologia benigna, come la pancreatite cronica.

Parliamo del rapporto medico - paziente.

Sono pazienti che presentano un quadro psicologico molto complesso: intanto senza che la persona riferisca dolore, o un peggioramento dello stato di salute, improvvisamente insorge l'ittero, sintomo specifico dei tumori che interessano la porzione della testa del pancreas. Non esistono fasi intermedie ed una volta entrati in ospedale l'iter diventa drammatico. La mancanza di sintomi rende quindi difficile al paziente accettare quello che sta succedendo. A questo, poi, bisogna ag-

giungere la difficoltà nella formulazione della diagnosi: nel 30, 40 per cento dei casi il paziente viene portato sul tavolo operatorio con una diagnosi "supposta" di tumore pancreatico.

L'innovazione tecnologica non vi ha aiutato nella formulazione?

Oggi sono disponibili indagini di laboratorio e strumentali prima non esistenti per la diagnosi e la stadiazione preoperatoria, come ecografia, TAC, risonanza magnetica, colangiopancreatografia retrograda endoscopica e biopsia. Purtroppo nonostante l'impiego in fase preoperatoria di più esami per riuscire ad avvicinarci ad una diagnosi precisa, spesso non riusciamo ad arrivare alla certezza. È questo il problema più grande che affrontiamo nella comunicazione medico-paziente: dobbiamo portare sul tavolo operatorio una

persona senza poterle fornire la sicurezza del risultato. Come può immaginare è difficile comunicare: "Hai l'ittero e una ostruzione da cui si può guarire, anche con una protesi, ma non sappiamo se questa ostruzione nasconde qualcosa di diverso". Certo le percentuali di errore sono basse, ma su cinquecento pazienti in tre casi dopo l'intervento abbiamo verificato che non ci trovavamo in presenza di tumore. È per queste difficoltà che è essenziale l'approccio multidisciplinare: il paziente capisce di dipendere da un gruppo, e non dalle decisioni di un singolo, comprende che le risposte che gli vengono fornite sono frutto del lavoro di specialisti che lo seguiranno anche nella fase successiva facendo fronte al rischio elevato di complicanze che un intervento importante come quello implica. •

MEDICINA, MUSICA E COMUNICAZIONE: L'ASSOCIAZIONE MEDIKANTO

Un gruppo di medici che lavorano insieme senza sapere di avere una forte passione musicale che li accomuna. Per caso e per gioco, durante l'organizzazione di una festa per il trasferimento di un collega in un altro ospedale, decidono di suonare insieme. Così nascono i Doctor Life e l'associazione MediKanto. "La band è composta da due chirurghi, un anestesista, uno psichiatra e due gastroenterologi – spiega il professor Elio Jovine che nel gruppo suona la chitarra – ed alcuni di loro, anche se non sono professionisti, hanno frequentato il Conservatorio. Infatti scrivono i testi e compongono le musiche". Grazie a questa collaborazione si sono realizzati una serie di progetti che legano la medicina alla musica tra cui il pezzo *MedioBevo* (www.mediobevo.it), a cui ha collaborato Mauro Malavasi, arrangiatore di Lucio Dalla.

"È una canzone che par-

la della moderazione nell'uso di alcolici. È stata inserita su YouTube e ha avuto anche diversi passaggi su Mtv – racconta il chirurgo – senza contare la presentazione che ne abbiamo fatto al Motorshow. Abbiamo voluto portare questo progetto nelle scuole ma soprattutto fuori dalle discoteche. Regalare la canzone – l'associazione non ha scopi di lucro – è diventata quindi occasione per parlare con i ragazzi e invitarli a fare un controllo dell'alcolemia. Abbiamo pensato che la musica potesse essere il linguaggio adatto per comunicare, – continua Jovine – chiunque abbia figli può testimoniare che spesso le parole sono "troppo" e che i ragazzi ascoltano sempre solo "il giusto". Inoltre abbiamo scelto di utilizzare non il messaggio negativo o bacchettone del "non fare", ma abbiamo cercato di essere informativi con un linguaggio che i ragazzi potessero comprendere immediatamente. È un sistema più diretto di trasmissione di valori, di storie. Ovvio che non può essere il solo". Tra i progetti dell'associazione anche una canzone dedicata allo screening del cancro al colon retto, che è diventata il jingle della campagna regionale, con testimonial importanti come Lucio Dalla, Fiorello e Iacchetti.





Cesare Catananti, direttore generale del Policlinico Agostino Gemelli di Roma. Calabrese, 61 anni, laurea in medicina e successive specializzazioni in Cardiologia ed in Igiene. Autore di oltre 250 pubblicazioni, di un "Trattato di Igiene e Tecnica Ospedaliera" (Il Pensiero Scientifico Editore) e di un saggio su "Medicina: valori e interessi. Dichiarati e nascosti" (Vita e Pensiero). Docente di Storia della Medicina, ha maturato una lunga esperienza all'estero nel campo della cooperazione medica

Direttore generale, al Gemelli è medico

di Andrea Sermonti

Come è cambiata la sanità in trentatré anni, da quando lei ha iniziato la sua carriera?

È cambiato molto nel sapere medico, e nella sanità che di quel sapere e dell'esercizio di quel sapere ne è il contenitore. Sono cambiate le regole, sono mutati molti valori. La fine della mutualità, l'istituzione del SSN nel '78, l'aziendalizzazione nel '92. Con l'ospedale, in particolare, sempre al centro di ogni polemica e scandalo, ma sempre punto fermo di riferimento per i pazienti: 24 ore su 24 a disposizione di tutti, indistintamente. Ma il vero cambiamento, direi epocale, è stato il sistema di finanziamento per DRG. Giustamente l'accento andava anche posto, e nella giusta rilevanza, sugli aspetti economici, sulla lotta agli sprechi e alle inefficienze,

ma si è purtroppo esasperato questo aspetto senza dare una altrettanto giusta enfasi alla qualità della cura. Si sarà guadagnato in efficienza gestionale ma, temo, si è molto perso in solidarietà. E il tutto in un contesto economico che, per molti versi, è una finzione. Le tariffe delle prestazioni sono, in genere, assolutamente insufficienti

ti a coprire i costi di "produzione" e allora con il meccanismo del ripiano, sotto diverse forme, si coprono i disavanzi. E' una realtà nota a tutti gli addetti ai lavori, ma si continua così ...

Siamo ancora il miglior Servizio Sanitario, come riconoscono anche all'estero?

GEMELLI, OSPEDALE "FARO" DEL CENTRO-SUD

Il Policlinico Gemelli ha un 'record' a livello nazionale: è il primo ospedale per acuti come numero di utenti ricoverati da fuori regione, con una percentuale superiore al 20%. "Questo ci spinge ad essere sempre più bravi e preparati: chi fa un mestiere come il nostro – io nasco medico clinico – sa che il clinico ha la gratificazione del rapporto medico-paziente, mentre per chi fa un lavoro come il nostro la gratificazione è data dal sapere che il personale medico e infermieristico possa svolgere al meglio la sua professione, in un contesto organizzativo che consenta di dare il meglio al paziente".

In termini di accessibilità e di equità direi proprio di sì. Ma la deriva finanziaria sta provocando una serie di danni di cui forse non se ne riconosce la gravità. Il raggiungimento dell'equilibrio di bilancio è di fatto diventato un'ossessione quotidiana e strategica. E tutte le migliori energie della direzione e dei medici sono assorbite in maniera eccessiva da questo obiettivo. Sono più le riunioni per budget e tagli al budget che quelle per capire meglio i problemi dei pazienti, del personale di assistenza, per programmare con un accettabile grado di serenità il futuro.

Quali a suo giudizio i nodi critici?

Il finanziamento del sistema, costantemente sotto-stimato, come ogni anno ribadisce la Corte dei Conti, e che inevitabilmente genera disavanzi con tutto ciò che poi ne consegue. Ma anche la difficoltà in molte Regioni di garantire la continuità della cura per carenza di strutture territoriali. Per non parlare della "questione anziani" che, seppure con differenze importanti a livello nazionale, è la vera emergenza nazionale.

In che senso?

È la vera "epidemia" di questi anni. Ma non esistono strutture sufficienti nel territorio per affrontare le esigenze socio-sanitarie di questa fascia di popolazione. Le RSA pubbliche nel Centro Sud sono



Non c'è dubbio. Al Gemelli, con circa 5mila dipendenti e 1900 posti letto, il lavoro non manca di certo! Ma basta sapersi organizzare, avere degli ottimi collaboratori e con loro condividere il gioco di squadra. E la squadra è molto composita. Una squadra nella quale, a parte i diretti collaboratori, svolgono un ruolo chiave i primari – o dirigenti di struttura complessa, come oggi si chiamano – e le caposala. Sono loro gli alti ufficiali che hanno in mano il vero governo dell'ospedale. Con tutti loro vanno condivise le scelte e affrontate le difficoltà. Senza di loro non c'è direzione che tenga.

Essere medico ritiene che rappresenti un vantaggio per il suo lavoro?

Credo proprio di sì. Ma ovviamente la mia è una risposta di parte. Ritengo però che l'essere medico

consenta di mettere sul campo e di confrontarsi con quei valori di fondo ed essenziali per la medicina, si pensi solo all'interesse per il paziente, che caratterizzano appunto l'essere medico. Ciò, però, non vuol dire che chi non medico è svantaggiato nello svolgere questa funzione. E' fondamentale avvalersi di collaboratori che coprano quelle aree in cui il Direttore generale si sente meno preparato.

Se avesse una bacchetta magica, quali sarebbero i suoi 3 desideri da esaudire?

Al primo posto metterei... un ambiente di lavoro che sia veramente gratificante per tutti! Poi chiederei certezza dei finanziamenti, in mancanza della quale ogni programmazione salta. E per ultimo sogno la riduzione al minimo indispensabile delle conflittualità. Ma credo proprio che ci vorrebbe la bacchetta magica!

Medico... e non solo: quali sono, se ne ha, i suoi hobbies?

Mi piace molto la prestidigitazione: mi affascina coinvolgere gli amici sul terreno del quel che appare non quel che è... E poi il golf. Ho giocato ininterrottamente a tennis per oltre 40 anni poi, casualmente, ho scoperto il golf. E' una sfida con se stessi, è la ricerca del controllo del gesto, della perfezione... Mi piace da solo al mattino presto stare con me stesso, tra gli alberi, tentando di centrare il green... •

quasi del tutto inesistenti e l'ospedale per acuti si trova, obbligatoriamente, a dover fare il buttafuori di pazienti che hanno bisogno di riabilitazione, di lungodegenza, di una generica assistenza sanitaria. E nel territorio c'è il vuoto... Questo del rapporto tra ospedale e territorio nella gestione degli anziani è un problema molto grave e in continuo "peggioramento", non foss'altro che per l'invecchia-

mento generale della popolazione. All'interno dell'ospedale possiamo offrire anche il massimo, ma se poi non c'è la continuità assistenziale sul territorio diventa un problema pesantissimo. Anche perché, non dimentichiamolo, stiamo parlando della fascia di popolazione più fragile e indifesa. E questo è ancor più odioso.

La sua giornata è piuttosto piena ...

TROPPI AVVOCATI TRA MEDICO E PAZIENTE?

“Quando ogni mattina apro la posta trovo una notevole percentuale di 'contenziosi' medico-paziente – ammette Cesare Catananti – mentre quando ero giovane medico di direzione sanitaria capitava una volta ogni due-tre anni che un paziente si lamentasse; questo ci costringe oggi a disporre di uno staff di medici di direzione sanitaria, di medici legali e di avvocati che sono chiamati ad interessarsi quasi quotidianamente di questi problemi. Oggi il paziente, a differenza di trent'anni fa, si sente giustamente titolare di diritti che devono essere tutelati in maniera molto più articolata. Anche se, debbo dire onestamente, in molte occasioni strumentalmente forzata dalla 'sugestione' di qualche soggetto interessato più alla conflittualità in sé che alla tutela del paziente”.

Sanità, il ruolo dei policlinici universitari

di Domenico Di Simone

In tutto l'Occidente come negli Stati Uniti, con l'avvento del presidente Obama, i sistemi di welfare e protezione sociale sono al centro di una ormai lunga discussione che contrappone modelli di liberalizzazione e privatizzazione estesa a modelli di protezione con un ruolo prevalente del pubblico. In Italia da più parti si sostiene la necessità di un ruolo centrale dello Stato nella gestione dei servizi fondamentali da erogare al cittadino e l'idea di non sostituibilità, anche in presenza di forte crisi economica, del pubblico con il privato per quanto riguarda l'erogazione di livelli minimi di assistenza. Il settore sanitario rappresenta il paradigma di questa affermazione e il punto più evidente di una dialettica che contrappone appunto pubblico a privato. Leggendo i quotidiani di questi ultimi anni ci si ren-

de sempre più conto che la dialettica tra sanità universitaria e sanità ospedaliera ha assunto spesso i caratteri dello scontro e della critica senza produrre contributi né culturali e neppure operativi.

La campagna di stampa ha interessato principalmente la sanità pubblica ed in particolare con una forte focalizzazione sulla sanità universitaria, sui policlinici universitari, sempre tesa ad affermare la tesi di una sostanziale inefficacia, di una corruzione di fondo, di danni quotidianamente arrecati alla cittadinanza da un sistema degradato e imputabile strumentalmente appunto al malgoverno interessato dell'università.

Questo ha fatto sì che negli anni da più parti si sollevasse la questione di un riesame complessivo delle condizioni gestionali e normative dei policlinici. E' in questo contesto che vanno posti i policlinici Universitari che sperimentano quotidianamente la contrapposizione fra pubblico e privato al suo interno e fra di loro con la sanità nell'ambito del federalismo regionale.

La normativa prevede le modalità di finanziamento dei policlinici da parte delle Regioni in quanto "presidi a più elevata

complessità aziendale" riconoscendo appunto il valore qualificante ed aggiunto della didattica e della ricerca esercitata dalle università nei policlinici.

Nell'incertezza normativa, le Regioni hanno teso a considerare ciò che sfuggiva al loro controllo diretto, come i policlinici, come un elemento di interferenza nelle politiche regionali da parte di un altro soggetto che appunto sono le università eludendo spesso la legge che invece prevede che il piano sanitario regionale vada elaborato anche con la partecipazione delle Facoltà di medicina che insistono sul territorio. In questo contesto si è svolto un sotterraneo, quotidiano, braccio di ferro tra le Regioni, che detengono il potere delle politiche nel sistema sanitario territoriale, e le università ed il comportamento di queste ha spinto alcune Regioni a difendere il proprio potere con l'uso, nei confronti dei policlinici universitari, dell'arma del finanziamento come strumento di decisione fondamentale addirittura sul reclutamento del personale dipendente dall'università determinando così un paradosso istituzionale ed amministrativo, per il quale un'amministrazione decide sul personale re-

clutato da un'altra, violando al tempo stesso autonomia, buon senso e buone pratiche, per non parlare poi delle relazioni sindacali e dei contratti di lavoro da applicare al personale in servizio.

Ma in generale il nodo non sciolto dalla politica e dalla normativa sulla sanità universitaria è proprio il nodo del controllo e dell'armonizzazione delle politiche tra Amministrazioni diverse, la gestione degli appalti, le esternalizzazioni, l'edilizia, le commesse.

Per le Regioni, prese dal taglio della spesa sanitaria e sempre più sottoposte ad una generica razionalizzazione, diventa sempre più impellente e stringente, anche in presenza di un federalismo da più parti auspicato, la "valorizzazione" delle strutture sanitarie ed in particolare dei policlinici. La ormai ben nota riduzione dei posti-letto e la conseguente riduzione degli organici non risolvono il problema dei costi ma determinano sicuramente una riduzione delle prestazioni ai cittadini mettendo appunto a rischio la qualità e la quantità dei servizi pubblici.

Il coraggio di gestire in prima persona nei policlinici i servizi e il personale

La Facoltà di medicina rappresenta il cuore della formazione e della ricerca sanitaria



Da sempre, sotto ogni colore politico, anche nella sanità ci sono catene gerarchiche di responsabilità, che partono dalla politica per scendere ai direttori generali nelle Aziende ospedaliere come nei policlinici, ai dirigenti, a chi opera nelle Unità. Ci sono spazi di discrezionalità non sorvegliati nei quali si insinua il malcostume, quello individuale e quel-

lo collettivo: dall'appalto truccato e mal gestito delle pulizie e dei servizi anche tecnici ad aspetti di corruzione su grande scala. In questo contesto si è evidenziato strumentalmente il degrado collegandolo alla gestione dei policlinici da imputare al governo da parte dell'università principalmente nel settore pubblico. Senza voler semplificare in via strumentale una re-

altà così complessa possiamo constatare comunque che convivono a volte nella stessa realtà punti di eccellenza clinica, raggiunta grazie al sacrificio e alla dedizione degli operatori, e degrado sia per l'assistenza che per la ricerca. Una domanda allora ci si pone: quali soluzioni si possono prospettare?

A questo punto per ragionare di policlinico universitario è d'obbligo parlare di sanità universitaria.

Come tutti sappiamo la sanità universitaria è stata oggetto di riforme ispirate dalla necessità di coniugare la programmazione universitaria a quella sanitaria e dall'esigenza di integrare l'attività assistenziale a quella didattico-scientifica.

La Facoltà di medicina e chirurgia, con gli studenti distribuiti nei vari corsi di laurea magistrale e professionali non solo mediche, master e corsi di perfezionamento, rappresenta il cuore della formazione e della ricerca sanitaria nel paese e con il sistema della sanità universitaria rappresenta da una parte la qualità grazie al rapporto integrato tra ricerca e assistenza, e quindi costante contributo all'innovazione medica e tecnologica, dall'altra risponde alle esigenze di una sanità sempre più moderna, innovativa e competitiva a livello anche internazionale attraverso la formazione di personale delle professioni mediche competente e continuamente aggiornato.

Il momento che stiamo vivendo nel paese con la questione della malasani- tà ci deve portare a riflettere sul ruolo che deve svolgere l'università nella sanità pubblica. Gli interessi politici dei governi, presi dalla riduzione della spesa pubblica, da sempre fanno ricadere sull'università e sulla sanità il problema del degrado deviando così l'interesse del paese: avere un'università che prepari la futura dirigenza del paese e operatori per una sanità efficiente e qualificata.

Ritengo che la questione sia di altra natura: in un momento di vuoto politico e senza riferimenti culturali e sociali forse si vuole mettere in discussione il ruolo istituzionale dell'università anche in ambito regionale.

A questo punto è veramente necessario rivedere non solo la normativa che regola i rapporti tra università e regione ma è necessario che l'università si riappropri del proprio ruolo e si attrezzi per mettersi sul mercato nazionale e regionale.

L'università pubblica abbia il coraggio di gestire in prima persona i servizi e il personale nei policlinici alla stessa stregua di quanto avviene nelle università libere e realizzi una funzionale integrazione tra i policlinici universitari e Servizio Sanitario Regionale per dare una risposta concreta anche ai bisogni della sanità e del paese. •

Commissioni parlamentari, che cosa bolle in pentola

Dopo oltre due anni dall'inizio della legislatura si può tentare un primo bilancio dell'attività parlamentare nel settore della sanità analizzando i provvedimenti approvati dalle commissioni competenti di Camera e Senato

di **Andrea Tognotti**

Il carnet risulta abbastanza vuoto, se si guarda solo ai progetti proposti da deputati e senatori diventati poi legge dello Stato: solo quello sulle cure palliative e la terapia del dolore; un po' più ricco contando anche i quattro decreti legislativi, la ratifica della Convenzione Onu sui diritti dei disabili e il documento conclusivo dell'indagine conoscitiva sulla "pillola abortiva" RU486. Ma cosa bolle in pentola? Alla Camera è in fase abbastanza avanzata l'esame del ddl sul testamento biologico, il cui testo, modificato rispetto a quello proveniente da Palazzo Madama, deve ricevere il parere di altre commissioni parlamentari ed approdare poi nell'aula di Montecitorio e poi di nuovo al Senato per la ratifica delle

modifiche introdotte dai deputati. Si tratta della cosiddetta "Dat", dichiarazione anticipata di trattamento, non vincolante per il medico ma con la quale il paziente potrà dare o negare il suo consenso alla terapia in caso di perdita di coscienza. Entro alcuni limiti, dato che non è prevista la sospensione di alimentazione e idratazione artificiali e, come si diceva, la Dat non è vincolante per il medico che può decidere diversamente da come indicato dal paziente; vale tre anni, al termine dei quali per essere valida dovrà essere rinnovata. Il provvedimento prevede che le Regioni debbano assicurare l'assistenza domiciliare ai soggetti in stato vegetativo permanente.

Ancora alla Camera sono in commissione numerosi provvedimenti: Disposizioni sull'impiego di farmaci psicotropi per la cura dei bambini e degli adolescenti; Istituzione di speciali unità di accoglienza permanente per l'assistenza dei cerebrolesici cronici (è stata avviata un'indagine conoscitiva e sono in

corso le relative audizioni); Modifiche al decreto legislativo del 1992 sul governo delle attività cliniche; Legge delega su assistenza primaria ed emergenza sanitaria territoriale, riorganizzazione di enti vigilati, di farmacie e per il coordinamento della disciplina legislativa in materia sanitaria; Modifiche della normativa sulle competenze professionali nei servizi ospedalieri di aneste-

sia e rianimazione; Modifiche alla legge del 1991 sugli animali d'affezione e prevenzione del randagismo; Disposizioni sulla raccolta e utilizzo del sangue cordonale; Proposta d'iniziativa popolare sull'incremento dei trattamenti economici a favore degli invalidi civili; Disposizioni in materia di assistenza psichiatrica; Disposizioni sull'assistenza alle persone affette da invalidità grave prive del sostegno familiare.

Anche al Senato ci sono numerosi disegni di legge che giacciono in commissione: Defibrillatori; Riabilitazione equestre; Endometriosi; Malattie rare e farmaci orfani; Responsabilità professionale del personale sanitario; Medicine non convenzionali; Professioni sanitarie-infermieri-

Tra i provvedimenti che hanno visto la luce la legge sulle cure palliative e la terapia del dolore



stiche; Vendita di tabacco; Sanità funeraria; Riordino del servizio farmaceutico; Obesità e abbattimento delle barriere architettoniche; Donazione del corpo post mortem; Tutela degli animali a fini sperimentali o scientifici; Farmaci biosimilari. E' inoltre in corso un'indagine conoscitiva sulle malattie ad andamento degenerativo.

Ma torniamo ai provvedimenti che hanno visto la luce in questa prima metà della legislatura. La legge sulle cure palliative e la terapia del dolore sancisce il diritto dei malati - in questo caso si intendono le persone affette "da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della sta-

bilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita" e le persone affette "da una patologia dolorosa cronica da moderata a severa" - ad accedere a tali trattamenti. Le strutture sanitarie che erogano cure palliative e terapia del dolore assicurano un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia, seguendo alcuni principi fondamentali: tutela della dignità e dell'autonomia del malato, senza alcuna discriminazione; tutela e promozione della qualità della vita fino al suo termine; adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale della persona malata e della famiglia. Sarà il ministero della Salute, di concerto con quello dell'Economia e rispettando le competenze delle Regioni,

a definire le linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi previsti dalla legge, previo parere del Consiglio superiore di sanità. Gli interventi per garantire le cure palliative e la terapia del dolore rientrano comunque tra le priorità del piano sanitario nazionale. Ministero della Salute e Regioni promuoveranno una campagna d'informazione nel triennio 2010-2012 per informare i cittadini sulle modalità e sui criteri di accesso alle prestazioni e ai programmi di assistenza sulle cure palliative e la terapia del dolore connesso alle malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative, coinvolgendo i medici di medicina generale, i pediatri, le farmacie pubbliche e private e le organizzazioni private senza scopo di lucro impegnate nella tutela dei diritti in ambito sanitario. La legge fa esplicito riferimento al "superamento del pregiudizio relativo all'utilizzazione dei farmaci per il trattamento del dolore", precisando che le campagne d'informazione ne dovranno illustrare "il fondamentale contributo alla tutela della dignità della persona umana". La legge che ratifica la convenzione Onu del 2006 sui diritti delle persone con disabilità istituisce l'Osservatorio nazionale sui disabili, che dovrà promuovere l'attuazione della Convenzione e predisporre un programma d'azione bien-

nale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità. Dovrà inoltre promuovere la raccolta di dati statistici che illustrino la condizione delle persone con disabilità, predisporre la relazione sullo stato di attuazione delle politiche sulla disabilità e promuovere la realizzazione di studi e ricerche che possano contribuire a individuare le priorità su cui concentrare azioni e interventi per la promozione dei disabili. L'Osservatorio dura in carica tre anni, al termine dei quali dovrà presentare una relazione al ministero del Lavoro sull'attività svolta; se verrà ritenuta utile, potrà rimanere attivo per altri tre anni, salvo ulteriori proroghe con la stessa procedura.

I decreti legislativi che hanno avuto il via libera delle commissioni di Camera e Senato riguardano l'attuazione della direttiva 2006/121/CE sulla classificazione, imballaggio ed etichettatura delle sostanze pericolose; l'attuazione della direttiva 2006/88/CE sulle condizioni di polizia sanitaria applicabili alle specie animali d'acquacoltura e ai relativi prodotti; la disciplina delle modalità di rifinanziamento dei controlli sanitari ufficiali in attuazione del regolamento CE 882 del 2004; disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 9 aprile 2008 sulla tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro. •



Joseph Lister, antisepsi al fenolo

di Luciano Sterpellone

All'Ospedale di Glasgow, tristemente famoso per lo stato antighienico delle sue corsie (vi moriva il 45 per cento degli amputati), l'avvento del "rivoluzionario" metodo di disinfezione ideato e messo a punto da Joseph Lister suonò quasi un mi-

racolo. E già nel 1861, forte dei primi incoraggianti risultati conseguiti con il nuovo metodo dell'antisepsi da lui ideato, il giovane chirurgo poteva concludere: "La comparsa della suppurazione di una ferita in condizioni ordinarie e il suo persistere sono determinati semplicemente dall'azione della decomposizione".

Aveva infatti osservato che mentre le fratture semplici guarivano senza complicazioni, quelle associate a lacerazioni superficiali erano seguite da suppurazione e spesso da gangrena e morte del paziente; altra osservazione non di minor conto era che le ferite operatorie si infettavano con impressionante regolarità. In tal modo, la sepsi non solo costituiva l'ostacolo principale alla guarigione della ferita operatoria, ma impediva ulteriori possibili sviluppi della chirurgia.

Lister aveva allora trentacinque anni. Era nato a Upton (Inghilterra) il 5 aprile 1827 da una famiglia di quaccheri; il DNA della scienza gli proveniva dal padre, inventore del microscopio acromatico. E già da ragazzo mostrava un innato interesse per l'anatomia, dicendo a tutti di voler diventare chirurgo. Invero fu favorito dagli eventi, in quanto, mentre sino a pochi anni prima le Università inglesi non accoglievano i quaccheri, il nuovo liberale University College di Londra cominciò ad accogliere anche studenti "non conformisti". L'anno dopo la laurea in Medicina (1851), il giovane divenne membro del Royal College of Surgeons, intraprendendo subito avanzate ricerche sulla muscolatura oculare, sulla cute e sulla coagulazione del sangue, che gli valsero il titolo di Fellow della prestigiosa Royal Society di Londra.

Il suo exploit coincise con il brusco aumento della mortalità verificatosi tra i pazienti chirurgici e tra i lavoratori vittime di incidenti sul lavoro. La causa comune erano le complicazioni infettive, sia negli operati che nei traumatizzati. Fu un chimico, Thomas Anderson, a segnalare al giovane

chirurgo gli studi recentemente pubblicati da un suo quasi coetaneo - il chimico francese Louis Pasteur - sulle "particelle nell'aria", che questi aveva scoperto come cause della fermentazione. Lister pensò allora che anche l'infezione potesse riconoscere una natura simile.

Allo storico assioma "La putrefazione è fermentazione" giunse constatando nei suoi pazienti che la formazione del pus era favorita dall'esposizione all'aria, in quanto non si verificava nelle ferite "chiuse". Un enorme passo in avanti era compiuto; ma il successivo era forse ancor più importante: trovare il modo di inibire la sepsi con l'aiuto di qualche sostanza chimica che agisse come barriera antiseptica contro le "particelle dell'aria" (i microbi stavano lì lì per essere scoperti)... E la prima sostanza cui Lister si rivolse fu il fenolo (acido fenico), che veniva utilizzato da un'impresa locale per la sistemazione delle fogne. Si trat-

La comparsa della suppurazione di una ferita in condizioni ordinarie e il suo persistere sono determinati semplicemente dall'azione della decomposizione



Joseph Lister (Photo by R.A. Bickersteth
Courtesy of the National Library of Medicine)

tava quindi di un metodo essenzialmente di antisepsi, che tuttavia preludeva intrinsecamente a quello di asepsi. Come in ogni evento della Scienza, anche questa volta v'erano però stati vari precursori, anche se avevano agito quasi del tutto su basi empiriche. Tra di essi T. Vanzetti, che a Padova consigliava di pungere gli ascessi freddi sotto l'acqua (per evitare l'azione dell'aria sulla ferita), e li curava poi con la luce solare; B. Larghi, che medicava le ferite con il nitrato d'argento; l'ufficiale medico T. Tosi che lavava strumenti e ferite con sublimato al 3 per cento. E nel 1866 un chirurgo di Novara – Bottini – impiegava acido fenico (!) per sterilizzare il campo operatorio.

Lister avrebbe impiegato per la prima volta l'acido fenico il 12 agosto 1865 (data non confermata) nel trattamento di una ferita operatoria, nebulizzandolo sul campo operatorio. Ma il primo straordinario successo l'ottenne nel maggio dell'anno successivo con un metodo molto semplice: un pezzo di tela di lino o di cotone imbevuto di fenolo e applicato direttamente sulla ferita con l'aiuto di pinze, e un altro pezzo di tela anch'esso imbevuto e applicato sopra il precedente, a sua volta ricoperto da una sottile lamina di stagno o di piombo per impedire l'evaporazione.

In nove mesi di impiego di questo metodo di antisepsi, alla Royal Infirmary di Glasgow non si verificò più alcun caso di piovemia, di erisipela o di gangrena nosocomiale. Tuttavia, come spesso accade, la maggior parte dei chirurghi



contestarono il metodo di Lister, rifiutando di adottarlo. Solo in Germania K. Tiersch, che stava conducendo i suoi famosi esperimenti sui trapianti cutanei, introdusse il metodo nella clinica ove lavorava, vedendo nel breve volgere di un anno scomparire ogni caso di gangrena nosocomiale.

Poiché l'acido fenico mostrava alcuni inconvenienti (era tossico, irritava la cute, risultava volatile e di odore sgradevole), si ricorse ben presto ad altre sostanze più consone: acido salicilico, timolo, acido benzoico, solfofenato di zinco, sublimato corrosivo, tintura di iodio. Comunque, prescindendo dalla sostanza utilizzata, a Joseph Lister non si può disconoscere il merito di aver affermato e diffuso – anche in virtù della sua autorità – il metodo dell'antisepsi, contribuendo ad estendere l'opera del chirurgo anche a organi sino ad allora inaccessibili, con possibilità di interventi più arditi e di maggior durata. Per di più, continuando le sue ricerche, egli scoprì che trattando con fenolo il materiale di sutura, si otteneva una migliore efficacia e tenuta del materiale.

Le sue due storiche comunicazioni sull'efficacia del nuovo metodo comparvero sul *Lancet* nel 1867 e nel '70. Ma anch'esse non mancarono di suscitare polemiche. La più accesa – riguardante la “priorità” del metodo di disinfezione con il fenolo – era sostenuta dal celebre ostetrico James Y. Simpson (che aveva nel 1853 lanciato il parto indolore con cloroformio praticandolo alla regina Vittoria), secondo il quale era stato il francese François Lemaire a praticarlo già nel 1857. Lister non si lasciò tuttavia coinvolgere più di tanto nella diatriba: per di più, con la scoperta dei batteri, le sue tesi sulla genesi delle infezioni e sui modi di combatterle – motivo di aspre discussioni – venivano ormai gradualmente accettate da tutti.

Quando nel dicembre 1892 il mondo scientifico convenne a Parigi per celebrare il settantesimo compleanno di Pasteur, Lister avanzò nell'immensa sala della Sorbona per porgere al grande microbiologo il saluto della Royal Society di Londra. E nel momento in cui esprime l'enorme debito che la Chirurgia gli doveva, Pasteur si discostò dal Presidente della Repubblica e strinse il grande chirurgo in un lungo affettuoso abbraccio. •



Louis Pasteur (Pierre Petit, Phot.
Courtesy of the National Library of Medicine)

di Lina Vita Losacco

Presso gli Arapesh (popolazione della Nuova Guinea) “un figlio è qualcosa che nasce dall’impegno e dalla cura tanto del padre quanto della madre [...] il sangue del parto, come quello delle mestruazioni, è ritenuto pericoloso, quindi la donna deve sgravarsi a sufficiente distanza dal villaggio”¹. In effetti al di là di come venga gestito nelle varie culture o nel corso dei secoli, il parto è comunque pensato quasi sempre come un evento doloroso o pericoloso o dipendente da forze soprannaturali.

La maggior parte delle donne immagina il parto come qualcosa di enigmatico e temibile, “una porta chiusa o un labirinto che esplode in una eruzione vulcanica” oppure “un cunicolo, un tunnel nella posizione di chi sta all’interno e si proietta nella prospettiva di uno sbocco lontano”² o che si apre in una grande luce bianca”.

Di fatto, nella vita di una donna l’esperienza del parto è forse tra le più interessanti e arricchenti, densa di sensazioni contrastanti. Dolore e piacere, pienezza e svuotamento, onnipotenza e fragilità si mescolano in quel percorso unico dal quale emergono, come da un tunnel, madre e figlio, due individualità che, dapprima fuse, saranno poi in grado di

Le Case Maternità

Sorte sul territorio nazionale, oltre a garantire sicurezza e professionalità, offrono alle mamme adeguate condizioni ambientali e relazionali durante quel complesso percorso che è la nascita di un figlio

intraprendere ognuna un nuovo percorso in cui affermarsi ed esprimere le proprie potenzialità, se adeguatamente sostenute.

“Durante la gravidanza sentivo molto forte il rapporto con mia figlia, il bisogno di tutelarla e di accoglierla... poi, al momento del travaglio, ho sentito vacillare tutte le mie certezze, l’impegno era oltre misura, era in gioco la sua vita e anche la mia, allo stesso tempo sentivo addosso tutta la potenza della natura, la forza di un ciclone da cui ero pervasa e che allo stesso tempo sentivo di poter dominare... una sensazione che mi spaventava... la presenza dell’ostetrica, accogliente, empatica e professionale, mi restituiva una dimensione di normalità e di gestione reale del mio corpo, lo sguardo rassicurante e fiducioso di mio marito mi faceva pensare al nuovo progetto di vita che stava per materializzarsi...” – Elia.

Forse nessun processo è perfetto nella sua natura come quello della gravidanza e del

parto: la donna entra in contatto con se stessa, con il suo sentire, mentre il suo corpo si modifica secondo un progetto ben definito; il sistema immunitario si rafforza, le capacità intuitive si amplificano, il suo gusto cambia in base alle necessità metaboliche dell’“organismo modificato”. Anche le paure, quelle fisiologiche, dell’incognito, della separazione, della nuova identità, sono delle risorse, proattive, dinamiche, atte al cambiamento e ad un adattamento costruttivo. Il “processo perfetto può però essere disturbato”³, sostiene Verena Schmid, dall’ambiente fisico, umano, sociale. Ci sono infatti le paure derivanti dal contesto sociale che generano ansia perché ci si sente inadeguate, o perché si teme di deludere le aspettative del marito o della famiglia, di non essere in grado di “produrre” un figlio sano e completo. Molte donne trascorrono l’intero periodo di gravidanza in preda al panico, spesso costrette a non uscire di casa da sole, con il con-

tinuo bisogno di consultare il medico perché si sentono malate e affette da mille sintomi. Poi ci sono quelle che, angosciate dal dolore del parto, programmano l’epidurale o il taglio cesareo, strategie che, secondo i sostenitori del parto fisiologico, potrebbero essere “lesive” del legame di attaccamento tra madre e figlio, basilare per la salute psico-fisica del nuovo individuo.

È fuor di dubbio che un percorso di crescita sano ed equilibrato comincia sin dalla vita intrauterina, se vissuta con tranquillità grazie all’accoglienza e alle rassicurazioni materne. *Nutrire* il bambino di emozioni stressanti potrebbe invece comportare seri danni alla sua salute psico-fisica. Vari studi ad esempio ci dicono che lo stress materno può raggiungere il feto sin dalla diciassettesima settimana⁴ e che eccessi di stress, ansia e depressione durante la vita intrauterina sono responsabili di disturbi come ansia e allergie⁵.

Per l’individuo che viene al mondo il legame di attaccamento con la madre è fondamentale per la costruzione dei rapporti primari, per la percezione del senso di sé; il ruolo della madre, sia durante la gravidanza sia al momento del parto, per il bambino è decisivo e la donna ha bisogno di sentirsi forte per esprimere tutto il suo

¹ Margaret Mead, *Sesso e temperamento in tre società primitive*, Ed. Il Saggiatore, 1967

² “Descrizioni grafico-pittoriche di donne partecipanti a un gruppo di preparazione alla nascita” in G.Alliprandi, G.Marchueta, E.Squarzolo, *Nascere dietro i colori*, ed. Mediterranee, 1989

³ Verena Schmid, *Venire al mondo e dare alla luce*, Ed. Urta, 2005

⁴ Imperial College di Londra, *Clinical endocrinology*, Maggio 2007

⁵ Rosalind Wright- Harvard Medical School-Boston, Congresso Internazionale *American Thoracic Society* –Toronto

potenziale di cura e la sua capacità di accoglimento. In tale circostanza le relazioni umane sono determinanti, anche nel facilitare la messa in atto di tutte le competenze che la donna possiede. Sostenuta e guidata la partoriente può ascoltare il proprio corpo e assecondarlo: ad esempio, attraverso le doglie e le pause, può percepire lo stato del travaglio e controllarne l'evoluzione. Il suo ruolo materno, se attivo sin dalle fasi iniziali, le permetterà di fornire al figlio un'accoglienza sicura e rassicurante da subito e quindi conferirle la forza necessaria per esercitare un ruolo genitoriale adeguato.

L'attenzione alla donna gestante, partoriente e madre rappresenta la centralità dell'attività delle *case maternità*, luoghi accoglienti e familiari extraospedalieri, in cui il percorso nascita e il successivo puerperio si realizzano necessariamente secondo un'ostetricia fisiologica di alta professionalità e sicurezza, in un contesto

ambientale e relazionale più sociale che sanitario (a meno che non si tratti di situazioni "non fisiologiche" in cui occorre far ricorso all'assistenza medica). Le *case maternità* sono gestite prevalentemente da ostetriche che accompagnano la coppia dalla gravidanza al parto, durante il puerperio, anche fino ai primi anni di vita del bambino. La donna, principale *protagonista*, è coinvolta direttamente nell'evoluzione della gravidanza e nella scelta della modalità del parto e poi nell'allattamento, dando il massimo risalto alle sue competenze. Competenze espresse grazie alla guida incoraggiante delle ostetriche attente agli aspetti clinici, emotivi, relazionali e culturali che fanno del parto un evento biosocio-culturale.

Le case, nell'arredo dei locali (cucina, soggiorno, stanze da letto), ricordano molto le proprie abitazioni ma allo stesso tempo sono attrezzate per il parto naturale, con lo sgabello olandese

o la vasca per il parto in acqua dove la donna entra in fase di travaglio attivo. Molte donne scelgono di partorire anche accovacciate o in ginocchio o in piedi, in compagnia del partner o di un familiare, se lo richiedono.

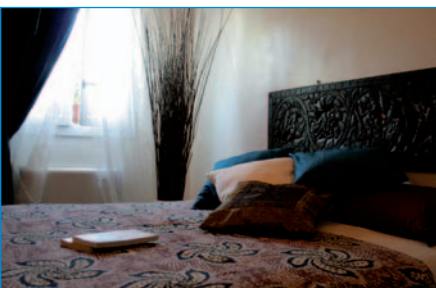
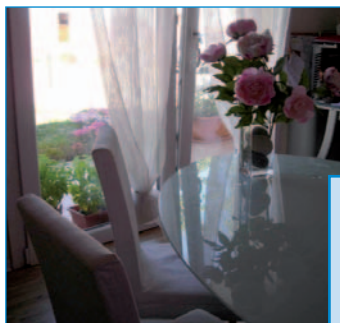
Le case maternità extraospedaliere nascono da una cultura femminile per una nascita attiva e umanizzata e in genere fanno seguito all'esperienza del parto a domicilio. Sono sorte inizialmente in America a partire dagli anni '70. Ben presto si sono diffuse capillarmente anche in Europa, soprattutto in Germania, Svizzera, Inghilterra. Anche in Italia sono presenti alcune case maternità, a Milano (da circa 20 anni), a Induno Olona (Va), a Merone (Co) e a Bologna.

Quella di Bologna, la casa maternità *Il Nido*, sorge in un'area verde all'interno di un edificio di campagna e risponde adeguatamente ai bisogni di sicurezza, di continuità assistenziale e di salute dell'utente; essa è collegata con una struttura sanitaria in caso di necessità: è a circa 5 minuti dall'Ospedale Maggiore di Bologna.

Inaugurata nel settembre

2008, accoglie richieste da tutta l'Emilia Romagna e, attualmente, è la principale realtà italiana privata per il numero di donne assistite secondo gli standard internazionali (circa 70 parti in due anni). Il team, composto soprattutto da ostetriche, opera secondo le linee guida della "Commissione regionale del percorso nascita" ed è in rete con le strutture sanitarie di II livello o con il 118, i centri trasfusionali, con varie Istituzioni Pubbliche e strutture del privato sociale. L'iniziativa è dell'omonima associazione che, attiva dal 1989 con il parto a domicilio, sostiene una cultura della nascita che pone al centro la donna e la sua famiglia.

Il Nido è anche luogo di ricerca, sperimentazione e verifica, aperto al confronto con altre figure professionali che operano nel campo della salute sui nuovi modelli di assistenza ostetrica; offre formazione continua alle ostetriche con percorsi di tirocinio sul parto extraospedaliero. Infine, luogo di cultura e socializzazione, realizza corsi, momenti informativi e formativi su tematiche di interesse pubblico rivolti alla popolazione. •



CASA MATERNITÀ "LA VIA LATTEA"

Via Morgantini 14, 20148 Milano - tel. 02/89077586

info@casamaternita.it - www.casamaternita.it

CASA MATERNITÀ MONTALLEGRO

Studio Le Ostetriche, Via G. Comi 57, 21056 Induno Olona (Va)

tel. 0332/202464 e 348/2252517

martacampiotti@iol.it - www.casamaternitamontallegro.it

CASA MATERNITÀ "LA QUERCIA"

Via Pertini 2, Merone (CO) - tel. 031 651165

isottina.colombo@gmail.com - www.maternitalaquercia.it

CASA MATERNITÀ "IL NIDO"

Via delle Borre 9, 40131 Bologna

tel. 051 6350911 - info@ilnido.it - www.ilnido.bo.it

Quando lo chef "cura" i disturbi alimentari

Presso il Dipartimento di neuropsichiatria del Policlinico Umberto I di Roma è stato avviato un corso di cucina per i pazienti affetti da disturbi del comportamento alimentare.

L'esperto Massimo Roscia commenta l'iniziativa

di Maria Grazia Panasci

Massimo Roscia, quarant'anni tondi tondi, scrittore, appassionato gourmet, cultore della qualità della vita. Esperto enogastronomo, collabora stabilmente con varie riviste nazionali ed internazionali di settore. Già autore di numerosi racconti, saggi, ricerche, guide e altre pubblicazioni, vincitore di diversi premi letterari, ha esordito nel 2006 con il romanzo "Uno strano morso ovvero sulla fagoterapia e altre ossessioni per il cibo". L'originale noir sul rapporto cibo-nevrosi, per i tipi di Edizioni della Meridiana, ha ottenuto in pochi mesi un grande successo di pubblico e di critica. Poi, tra un calice ed un manicaret-

to, è stata la volta di "Chef & Gourmet", scritto a quattro mani con lo Chef Nicola Batavia e pubblicato da Daniela Piazza. "Guido. Diario di bordo di una famiglia che ama il mare", edizioni NLF di Castelvetro Piacentino, è la sua ultima fatica.

A giugno è partito presso il Policlinico Umberto I, Dipartimento di Neuropsichiatria, un corso di cucina curato dallo chef Fabio Baldassare: 20 malati, affetti da disturbo del comportamento alimentare, affiancano lo chef divenendo co-autori delle pietanze create.

L'uomo ha bisogno di mangiare e di bere. Il cibo è, prima di tutto, un valore ed un piacere e la cucina un grande laboratorio di vita.

Non azzardo giudizi sulla valenza scientifica dell'iniziativa terapeutica, ma non ho difficoltà ad immaginare i benefici psichici di cui potranno beneficiare i pazienti affetti da disturbi del comportamento alimentare.

Cucinare significa creare, vivere un'esperienza mul-

tisensoriale completa, relazionarsi, socializzare, partecipare, giocare, comunicare, scegliere, memorizzare, rinforzare - a suon di pentole, cucchiari e chinois - motivazioni e autostima. E, se alla fine il manicaretto dovesse risultare ben cucinato e gustoso, assaporare sentendosi gratificati e felici.

Docente per i bambini, un ruolo che non va sottovalutato, considerando i problemi legati, per esempio, al consumo eccessivo di zuccheri e all'obesità infantile.

Demonizzare le merendine serve a poco; vietare i dolci ai bambini, poi, è come abbaiare alla luna. Meglio insegnar loro, sin da piccoli, a conoscere bene la piramide alimentare e le basi della dieta mediterranea.

E fondamentale, in tal senso, appare il ruolo pedagogico esercitato dalla famiglia e dalla scuola. Potrebbe risultare utile spiegare, ad esempio, attraverso il gioco ed un linguaggio elementare, che gli zuccheri sono buoni, dolci ed energetici ma, talvol-

ta, come piccoli passeggeri clandestini, tendono a nascondersi negli alimenti ed un loro consumo eccessivo può procurare seri rischi - carie, diabete e, appunto, obesità -. Ma non esageriamo con divieti assoluti.

Attribuiamo allo zucchero il giusto spazio in una dieta sana, bilanciata, varia ed equilibrata e non dimentichiamo che l'attrazione per il sapore dolce è innata negli esseri umani, viene da lontano, dal grembo materno.

Lo zucchero coccola, ras-



Controlli sempre più efficaci e diffondere una sana e corretta educazione alimentare



serena, lenisce, rende felici. E quindi, ogni tanto, da buoni Peter Pan, lasciamo che i nostri bambini godano appieno del gusto e della magia di una caramella o di un dolcetto.

Insegnare ai bambini a conoscere bene la piramide alimentare e le basi della dieta mediterranea

Gli orrori alimentari oggi...

Ricordo di aver provato un mix di sentimenti quando, un paio di anni fa, mi è fortuitamente capitato tra le mani il rapporto ufficiale diffuso dal Comando dei Carabinieri per la Tutela della Salute e riferito alle operazioni condotte per combattere l'agropirateria in Italia. Superciuk, Oasi, Fedro e LatteSpot. Pesce carico di metilmercurio e tossine, olio lampante colorato con betacarotene e clorofilla, vecchie farine imbianchite con perossido

di benzoile ed altri ossidanti, pomodori pelati con aggiunte di sostanze antiseptiche e scarti di lavorazione, carne di bovini imbottiti di testosterone e progesterone, mozzarella alla diossina e alla somatotropina.

Le operazioni illecite, subdole, vili ed inqualificabili di questi delinquenti sono purtroppo ancora drammaticamente diffuse e potenzialmente capaci di produrre effetti devastanti sulla salute.

Dobbiamo confidare nell'onestà dei più, auspicare

un'azione investigativa e repressiva delle autorità ancora più efficace e contribuire, nel nostro piccolo, a diffondere una sana e corretta educazione alimentare.

E se i pazienti del Policlinico attraversassero le tre fasi di cui parla nel suo romanzo, la fagoterapia, la fagofilia, arrivando alla fagofobia letale?

In "Uno strano morso" - che, intendiamoci, non è un saggio ma un romanzo, ovvero un insieme combinato e shakerato di osservazione, esperienza e molta fantasia - la fagoterapia è una cura rivoluzionaria, una specie di percorso catartico, secondo cui il consumo equilibrato e consapevole di cibo e bevande è capace di giovare non soltanto al corpo, ma anche alla psiche.

Rieducarsi e riappropriarsi razionalmente degli atti del cucinare e del mangiare e dei piaceri che da essi derivano.

Detta così, una qualche similitudine con il corso di cucina organizzato dal Dipartimento di Scienze Psichiatriche e di Medicina Psicologica non è poi così remota.

Quanto all'epilogo, invece, mi auguro - per la buona riuscita del corso e, soprattutto, per l'incolumità fisica e psichica dei pazienti - che il percorso conoscitivo ed esperienziale si interrompa felicemente e definitivamente allo stadio della fagofilia, ovvero ad una semplice e sana passione per il cibo. •



4 OTTOBRE 1951

Straordinario successo negli Stati Uniti per il musical di Vincente Minnelli "Un americano a Parigi".

8 OTTOBRE 1953

Usa e Gran Bretagna ritirano i propri militari dalla zona A del Libero territorio di Trieste. I poteri passano al governo italiano.

11 OTTOBRE 1962

I lavori del Concilio vaticano II vengono aperti da Papa Giovanni XXIII.



Papa Giovanni XXIII

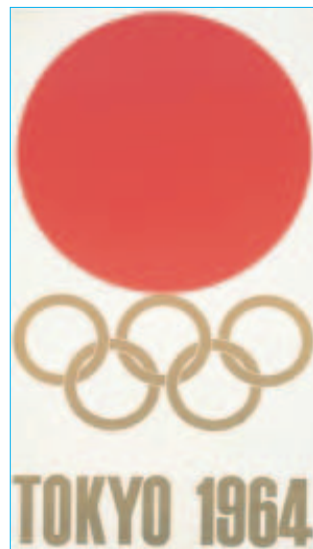
Ottobre e le sue storie...

Il ricordo della felicità non è più felicità; il ricordo del dolore è ancora dolore.

Byron (Marin Faliero doge di Venezia)

10 OTTOBRE 1964

Inaugurazione delle Olimpiadi di Tokio.



6 OTTOBRE 1973

Egitto e Siria attaccano Israele: ha inizio la guerra del Kippur.

17 OTTOBRE 1973

Gli Stati arabi accusano l'Occidente di sostenere Israele e di conseguenza viene interrotta la fornitura di petrolio.

6 OTTOBRE 1981

Anwar al-Sadat, presidente egiziano, viene ucciso nel corso di un attentato organizzato da fondamentalisti islamici.

31 OTTOBRE 1983

In Argentina Raúl Alfonsín vince le elezioni presidenziali che pongono fine alla dittatura.

21 OTTOBRE 1984

Niki Lauda su McLaren conquista in Portogallo il titolo di campione del mondo di Formula 1.



Niki Lauda

28 OTTOBRE 1987

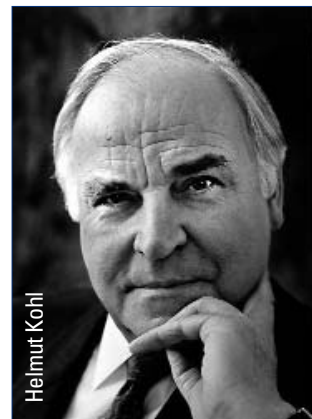
"Il cielo sopra Berlino", pellicola di Wim Wenders, dà il via alla rassegna del cinema di Berlino.

30 OTTOBRE 1974

Muhammad Ali riconquista il titolo mondiale dei pesi massimi strappandolo a George Foreman.

3 OTTOBRE 1990

La Germania si riunifica: alle elezioni politiche viene eletto cancelliere Helmut Kohl.



Helmut Kohl

12 OTTOBRE 1993

In Svezia l'inglese Richard Roberts e l'americano Philip Sharp vengono insigniti del premio Nobel per la medicina per le ricerche sui "geni discontinui".

12 OTTOBRE 1994

Viene pubblicato il libro di Giovanni Paolo II "Varcare la soglia della speranza".



Muhammad Ali



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.

Agopuntura e medicina cinese

Roma, 23 ottobre

Riservato: a 15 laureati in medicina e chirurgia e odontoiatria

Caratteristiche: il corso prevede incontri mensili organizzati nei fine settimana, ed è realizzato secondo le direttive della Federazione italiana delle società di agopuntura, che permette l'iscrizione nei registri di agopuntura dell'ordine dei medici; sono previste borse di studio

Informazioni : Segreteria tel. 06 56320525, 333 5768037, e-mail: corsi.xinshu@agopuntura.org, sito web: www.agopuntura.org

Ecm: previsti accreditamenti ecm

Congresso nazionale sulla medicina di genere

Padova, 21-23 ottobre

Alcuni argomenti: longevità e qualità della vita, il genere del dolore, demenze, alzheimer e depressione, osteoporosi e malattia reumatica cronica, tireopatie, diabete e sindrome metabolica, scompenso cardiaco, sindrome coronarica e ictus

Destinatari: medici del territorio, ospedalieri, esperti in nutrizione, infermieri, farmacisti, fisioterapisti

Informazioni: Segreteria Scientifica Giovannella Baggio, Direttore U.O.C. di medicina generale, Azienda Ospedaliera di Padova, Via Giustiniani 2, 35128 Padova, e-mail: medicinadigenere@sanita.padova.it

Segreteria Scientifico-Organizzativa Fondazione Giovanni Lorenzini, Medical Science Foundation, Via A. Appiani 7, 20121 Milano, tel. 02 29006267; 02 29005297, fax 02 29007018, e-mail: info@gendermedicine.org

Ecm: richiesti crediti ecm



Laboratorio di informatica – Dipartimento di Epidemiologia – Istituto di ricerche farmacologiche “Mario Negri” Internet in ambito medico

Milano, Via Giuseppe La Masa 19

2 novembre 2010 – La ricerca bibliografica su Medline e su altri database biomedici

3 novembre 2010 - Internet e l'aggiornamento professionale in ambito medico

4 novembre 2010 – Il web 2.0 al servizio della formazione e dell'aggiornamento del medico e dell'operatore sanitario

5 novembre 2010 – Twitter, Facebook, Youtube e i nuovi social media per l'aggiornamento del medico e dell'operatore sanitario

Informazioni: Segreteria Scientifica e Organizzativa Eugenio Santoro, Laboratorio di informatica medica

Dip. di epidemiologia Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri, Via Giuseppe La Masa 19, 20156 Milano,

tel. 02 39014562, fax 02 33200231, e-mail: eugenio.santoro@marionegri.it, sito web: www.marionegri.it

Ecm: per i quattro corsi è stato richiesto l'accreditamento nell'ambito del programma ecm della regione Lombardia; una volta rilasciati, i crediti avranno validità nazionale

Sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti a sostanze pericolose

Rende (Cs), 16-17 ottobre, Sala De Cardona centro direzionale Bcc Mediocrati

Responsabile Scientifico: dott. Francesco Martire

Obiettivi: l'evento rientra negli obiettivi di interesse specifico della categoria professionale dei medici competenti definiti dall'articolo 3 del D.L.vo n. 81 del 2008, comprendente medici specialisti in medicina del lavoro, medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica, igiene e medicina preventiva, medicina legale, medici con altre specializzazioni o medici generici in possesso dell'autorizzazione di cui all'articolo 55 del decreto legislativo 15 agosto 1991, n. 277

Informazioni: Segreteria Organizzativa dott. Daniele Perrelli, J&B srl, tel. 0984 837852, fax 0984 830987

Congress of psychosomatic obstetrics and gynecology

Venezia, 28-30 ottobre, Scuola Grande San Giovanni Evangelista

Argomenti: corpo e mente, organismo e psiche: questo binomio sembra essere sempre più stretto. Gli studi di neuroscienze mostrano dati sempre più interessanti sulle attività del cervello e su come questo possa pregiudicare le funzioni di tutti gli altri organi. Le varie sessioni del congresso tratteranno dell'impatto psicologico nella gravidanza fisiologica e patologica nella donna e nel contorno familiare, dei disordini mentali nella donna, dell'aspetto psico-emotivo nelle patologie croniche quali il cancro e la malattia pelvica. Particolare attenzione sarà rivolta alla sfera della sessualità con le sue ripercussioni nella vita di coppia e di relazione

Informazioni: Biomedical Technologies Srl, Via Metauro 19, 00198 Roma, tel. 06 8546198, fax 06 85389063, e-mail: marketing@biomedicaltechnologies.com

Posturologia

Ischia, 14-15-16 ottobre, centro congressi Hotel Continental Terme

Presidente: prof. Alberto Laino

Coordinatore scientifico: dott. Antonio Fimiani

Obiettivo: confrontare le consolidate acquisizioni scientifiche con le evidenze cliniche, nell'intento di poter concertare protocolli di intesa trasversali che interessino gli operatori dei diversi settori e permettano vantaggi operativi comuni

Informazioni ed iscrizioni: sito web: www.posturology.info, www.algasrl.com, email:

segreteria.ischia@posturology.info, tel./fax 081 3334526

Ecm: previsto accreditamento per medici, odontoiatri

Medicina estetica

Milano, 14-15-16 ottobre, centro congressi Milan Marriott Hotel, Via Washington 66

Alcuni argomenti: prevenzione dell'invecchiamento generale e cutaneo, inestetismi cutanei, resurfacing, dermal filler, peeling, rivitalizzazione, tossina botulinica, valutazione e trattamento della p.e.f.s., intradermoterapia (mesoterapia), diagnostica in medicina ad indirizzo estetico

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, fax 011 505976, e-mail: botto@mafservizi.it



Identità mediterranee: psicoanalisi e luoghi della negazione

Lecce, 30 ottobre, biblioteca Caracciolo, Via Imperatore Adriano 79

Coordinatore scientifico: Giuseppe Leo

Struttura: il congresso è suddiviso in quattro sezioni: negazione ed omertà nel campo analitico ed istituzionale; negare il genocidio; il negare ed il negativo; ambiguità, trauma e transculturalità

Informazioni: Segreteria Scientifica rivista di psicoanalisi Frenis Zero, sito web: www.identitacongress.tk, e-mail: assepsi@virgilio.it

Ecm: in attesa di accreditamento

La vita dietro il coma

Bra (Cn), 23 ottobre, teatro Politeama Boglione, Piazza Roma

Argomenti: il convegno affronterà i temi della vigilanza e dello stato di coscienza, le modalità di funzionamento del cervello, le condizioni morbose che possono condurre al coma, i quadri clinici che lo contraddistinguono, le più recenti modalità diagnostiche e le possibilità di riabilitazione più aggiornate ed i nuovi strumenti tecnologici che permettono la comunicazione con queste persone

Informazioni: Segreteria Organizzativa Gli amici di Daniela Onlus, strada San Michele 155, 12042 Bra (Cn), tel. 339 4366226, e-mail: info@amicididaniela.it, sito web: www.amicididaniela.it

Ortodonzia di base

Mazara del Vallo, 23-24 ottobre, via Palmiro Togliatti 38

Relatore: dott. Nicolò Asaro

Argomenti: il corso si propone di fornire agli odontoiatri gli strumenti di diagnosi e terapia delle malocclusioni sia in fase di prevenzione che di fine crescita

Informazioni: Unisat srl, Via Palmiro Togliatti 38, Mazara del Vallo, tel. 0923 946254, fax 0923 933454, e-mail: nicolasaro@tiscali.it

Ecografia internistica

Menaggio (Co), 14-17 ottobre, Grand Hotel Victoria

Direttore: dott. Maurizio Mancuso

Argomenti: il corso è teorico e pratico e specificatamente orientato alla medicina generale. Sono previsti due percorsi differenti a seconda che il partecipante sia assolutamente privo di formazione ecografica o abbia già una formazione di base

Informazioni ed iscrizioni: tel. 338 9909889, 02 4035069, sito web: www.snamid.org

Ecm: richiesto accreditamento ecm

Medicina legale: dipartimenti di emergenza-urgenza e sistemi 118

Serravalle di San Marino (Repubblica di San Marino), 15-16 ottobre

Direttore, coordinatore, responsabile: dott. Emilio Chiodo, dott. Danilo Bono

Obiettivi: fornire elementi di conoscenza utili al personale operante nell'ambito dell'emergenza sanitaria e della maxiemergenza, sia sulla responsabilità giuridica dei vari operatori, che sugli aspetti giuridici e psicologici di relazione, con particolare riferimento al mutato quadro normativo

Destinatari: medici, infermieri, operatori di centrali operative, volontari del soccorso e della protezione civile

Informazioni: Centro europeo di medicina delle catastrofi, Via Scialoja 1, c/o Ospedale di Stato 47893 Cailungo Repubblica di San Marino, tel. 0549 994535 / 994600, fax 0549 903706, e-mail: cemec@iss.sm, sito web: www.salute.sm

Agopuntura, riflessoterapia e tecniche complementari

Padova, 26 novembre

Argomenti: il programma è incentrato sull'agopuntura scientifica, la fisiopatologia e la terapia del dolore. La durata del Corso è di 4 anni, prevede lezioni frontali suddivise in 7 seminari annui, e frequenza dell'ambulatorio afferente alla scuola, in osservanza delle caratteristiche dei corsi contenute nella delibera N°51/98 dell'Ordine dei Medici di Roma. Oltre all'agopuntura somatica vengono illustrate le seguenti tecniche complementari: elettroagopuntura, tens, moxabustione, auricoloterapia, dermalgie riflesse di Jarricot, infiltrazione dei punti trigger, mesoterapia, neuraltherapie secondo Huneke, addominoagopuntura, tecniche miotensive

Informazioni: Sig.a Carla Pedone, tel. 337 521885, e-mail: info@airas.it, sito web: www.airas.it



Associazione chirurghi ospedalieri italiani

Metastasi addominali

Reggio Emilia, 23 ottobre, auditorium centro internazionale Loris Malaguzzi

Presidente: Stefano Bonilauri

Argomenti e obiettivi: il Congresso tratterà delle malattie neoplastiche a livello addominale. La scelta di un tema complesso, e squisitamente clinico, vuole ribadire l'impegno dell'associazione di curare con competenza e passione il malato

Informazioni: Segreteria Organizzativa Ali West Travel, Via N. Paganini 30/36, 50127 Firenze, tel. 055 4221201, fax 055 417165, e-mail: congressi@aliwest.com

Ecografia muscoloscheletrica

Camogli (Ge), 25-27 ottobre, Hotel Cenobio dei Dogi

Direttore: dott. Enzo Silvestri

Destinatari: medici che intendono imparare i fondamentali dell' ecografia muscolo scheletrica; il campus è a numero chiuso e limitato a soli 40 discenti

Informazioni: programma scientifico scaricabile su: www.radiologiascheletrica.org, Ecm Service srl, Via G. T. Invrea 9/13, 16129 Genova, tel. 010 505385, fax 010 8992719, cell. 335 1294826; sito web: www.ecmservice.it, e-mail: e.orengo@ecmservice.it

Ecm: richiesti crediti ecm

Paziente amputato: approfondimenti tecnologici e riabilitativi

Budrio, 04-05 novembre, Competence Center Otto Bock, Via Turati 5/7

Responsabile Scientifico: dott. Marco Traballesi

Obiettivi: fare acquisire conoscenze per la riabilitazione del paziente amputato di arto inferiore approfondendo i criteri per la scelta, la prescrizione, l'addestramento all'uso della protesi in relazione alle caratteristiche cliniche/morfologiche del paziente e alle più recenti tecnologie delle componenti della protesi

Destinatari: medici fisiatri, ortopedici, chirurghi vascolari, fisioterapisti, tecnici ortopedici

Informazioni: Segreteria Organizzativa Otto Bock Italia, Via Turati 5/7, Budrio, sig.ra Liverani Silvia, tel. 051 6924702, fax 051 6924730, e-mail: silvia.liverani@ottobock.com

Ecm: richiesti crediti ecm

Educazione alla salute tra medicina e psicologia

Roma, 12-13 novembre, aula della Scuola Medica Ospedaliera, Via Borgo S. Spirito 3

Docenti: dott.ssa Adriana Roncella; dott.ssa Oretta Di Carlo

Argomenti: la seconda edizione di questo breve corso di educazione alla salute, aperto a 10 medici e 20 psicologi, si articola in 2 incontri per un totale di 14 ore. Si rivolge a tutti gli operatori sanitari (medici, psichiatri, psicologi, psicoterapeuti) interessati ad apprendere le basi per un percorso di conoscenza olistica della persona, finalizzato ad una progressiva responsabilizzazione ed abilità nella gestione del proprio equilibrio psicofisico e del proprio benessere globale

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

Ecm: in fase di accreditamento

Società italiana della riproduzione

Infertilità e contraccezione

Taormina, 12-13 novembre

Presidenti: dott. P. G. Crosignani, dott. A. Volpe

Alcuni argomenti: società, stile di vita e fertilità, oligoastenospermie: cosa deve sapere il ginecologo, importanza clinica della riserva ovarica, endometriosi ed infertilità, infezione da chlamydia, fibromi ed infertilità

Iscrizioni: entro il 23 ottobre

Informazioni: Mkt Consulting, Via Cassia 1110, 00189 Roma, tel. 06 39746189, fax 06 45438292, e-mail: sidr@mkt-consulting.it, sito web: www.mkt-consulting.it

Ecm: è previsto l'accREDITAMENTO ecm da parte del ministero della Salute

Medici giustiziati, erano cristiani

Nuova tragedia in Afghanistan. Sono stati trucidati in otto più due interpreti. S'è salvato l'autista che leggeva versetti del Corano.

Curavano gli occhi malati di bambini, donne e anziani di quel mondo sempre più lontano

di Giuliano Crisalli

Una qualunque giornata di agosto in un "punto" dell'Afghanistan. Scariche di kalashnikov. Urla. E poi, silenzio. Sdraiati scompostamente sul terreno dieci cadaveri sporchi di sangue. Poco più in là un uomo, con il turbante, recita versetti del Corano.

Subito dopo un comunicato: "Abbiamo giustiziato dei missionari cristiani". È vero, nelle tasche delle giacche a vento le vittime tenevano la Bibbia, ma nelle borse appese al collo che gli assassini non hanno aperto, c'erano strumenti chirurgici, flaconi di disinfettante, antibiotici, garze, siringhe e bende. Erano otto occidentali, cinque uomini e una donna americani, più una tedesca e un inglese e due interpreti afgani. L'autista ha salvato la pelle perché stava pregando. Così dicono.

Da anni il gruppo andava a curare bambini e adulti con gli occhi malati. Facevano



Il dottor Tom Little

tutti parte di un'organizzazione internazionale, l'International Assistance Mission (Iam) che comprende medici, dentisti, oftalmologi, infermieri. Gente che è riuscita a far nascere quattro ospedali per curare e aiutare bambini, donne e vecchi ammalati.

Otto poveri cristiani che da tempo, fatta la pace con la parola "pericolo", avevano regalato spiragli di luce a centinaia e centinaia di infelici. Ad abbracciare i mitragliatori contro di loro uomini, come ha raccontato il superstite graziato, con "lunghe barbe rosse e lo sguardo pieno di odio". Il capo del gruppo era il dottor Tom Little, un americano che andò in Afghanistan per la prima volta

nel 1979, alla vigilia dell'invasione sovietica.

Little avrebbe potuto vivere nell'agiata New York invece, aiutato dalla moglie Libby, aveva scelto di curare i deboli di quel mondo lontano pieno di insidie. Una compagna, la moglie, che spesso il dottor Tom portava con sé insieme alle tre figlie che dovevano imparare a voler bene a chi soffre. Questa volta no.

Le ha lasciate sole mentre lui continuava a spostarsi da una località ad un'altra, da una montagna ad un'arida pianura, percorrendo strade quasi impraticabili insieme ai colleghi, tutti specialisti in varie branche della medicina. Più un'infermiera pacifista.

Nei momenti di stanchezza in questo lungo peregrinare, leggevano a turno brani della Bibbia.

Le loro voci flebili sono diventate un'unica voce che oggi rimbomba e continuerà a rimbombare in tutto il mondo anche in quella parte "civile" che, per paura, continua a vivere e a prosperare in un silenzio imbarazzato e imbarazzante. Tanti medici, in questi ultimi anni, sono morti nei territori in fiamme mai, però, giustiziati e, subito dopo, "celebrati", come missionari, dai loro assassini. Trucidati. Non hanno chiesto pietà. Si sono accontentati di alzare gli occhi al cielo prima che arrivasse la morte. E li chiamano eroi.

Onore a questi medici. •

Facevano parte di un'organizzazione internazionale che comprende medici, dentisti, oftalmologi e infermieri

Il lato oscuro della natura umana

Odio, invidia, inganno, desiderio di possesso trovano terreno fertile nella mancanza di un modello educativo volto alla comprensione e all'autodeterminazione. L'importanza dell'incontro con l'io

di **Maurizio Zomparelli (*)**

Quanti di noi giornalmente sono in contatto con la propria natura umana, intendo con i nostri istinti, che ci modulano le reazioni ed i nostri pensieri più reconditi, quelli che ci teniamo per noi e che non divulghiamo a nessuno, quelli dei nostri pregiudizi e giudizi, quando presi dalla nostra intransigenza, li mostriamo attraverso la nostra mimica.

Già, la natura umana, capace di preferire in giudizio un essere come Barabba a Gesù, la natura umana compassionevole a tal punto da sfruttare le povertà e le miserie umane delle genti sottomesse ad un crudele destino di morte e solitudine; quella natura umana capace di professare amore animalista e naturista e contemporaneamente dedicata alla cura epicurea del desco con tanto di "fiorentina" sul tavolo o qualche pasticcio di cervo o pernice da assaporare ed apprezzare come prelibatezza. Una natura umana incestuosa ed ingannevole, ipocrita a tal punto che a fin di bene, in-

vade un paese e distrugge un popolo con le sue idee e con le sue tradizioni in nome di un bene comune di sopravvivenza, altrettanto capace di commettere stragi di innocenti in nome di una religione, una natura umana incapace di avere pazienza e comprensione verso l'altrui od il diverso. Lo stesso, rappresenta la propria ignoranza e la propria incapacità di vedere ciò che non si immagina o meglio ciò che non si vuole essere.

Caino esisterebbe se non ci fosse di mezzo la sua natura umana? L'odio, l'invidia. Il desiderio del possesso e del dominio, quali rappresentazioni migliori per esprimere l'essenza della nostra natura mentale? Quella natura che ha partorito uomini, dittatori spietati, che hanno tentato di epurare intere razze e nazioni, quella natura che si sente eletta in nome di Dio e che combatte guerre sante. Quella natura che si è ribellata all'idea

del paradiso terrestre e che ha abiurato il suo Dio o meglio il suo creatore.

Tutto questo ha una genesi, infatti ci abitua alla competizione sin dall'infanzia, togliendoci la protezione sin lì messa a disposizione, amorevolmente e poi, successivamente, dagli stessi che ci proteggevano e ci fornivano amore e dedizione, riceviamo messaggi che ci spronano ad essere i migliori, a prevalere sugli altri, a non essere secondi a nessuno, a non piegarci a nessuna vicissitudine od attacco esterno, a combattere sempre, pena la nostra inettitudine ed incapacità, tanto da credere, in caso di fallimento degli obiettivi, che non siamo nulla e che non valiamo altrettanto.

Quanta confusione nell'elargire amore, protezione, consigli, contemporaneamente gli uni contrari agli altri? Quanti falsi credo che poi non hanno fondamenta solide nella realtà soggettiva? "Devi esse-

re di questa squadra, devi votare per questo partito ed avere questi ideali perché noi li abbiamo e sono giusti!". Idolatrie trasmesse, manipolazioni intellettuali perpetuate in nome dell'amore e del concetto: "Questo è giusto, perché io sono giusto e ci credo".

Da qui una domanda molto semplice: dove è finito il libero arbitrio? Ovvero la capacità di trasmettere ad un altro essere, nel rispetto dello stesso, l'amore. Dove è finita la capacità di comprendere le sue opinioni, seppure diverse o contrarie, ammettendo che lo stesso esista ed è capace di autogestirsi nella vita?

Il modello, ossia il modello della comprensione, del rispetto, della disponibilità al cambiamento. All'evoluzione, alla volontà di accettare l'altro, anche dissimile, a trovare le soluzioni per una sana comprensione reciproca ed una comunicazione diretta e sincera, quel modello, che dovremmo trasmettere alla nostra prole, per autodeterminarla, senza forgiarsi di attributi fatui ed inutili e che in lei ricerchiamo di riprodurre a nostra immagine e somiglianza, nel segno di una continuazione ideologica dell'io privo di autocritica ed anche frutto di un autolesionismo, quel modello che viene ad essere abortito, proprio dalla nostra stessa natura, egoista ed a volte malvagia.

Sarebbe auspicabile to-

Gli uomini che hanno ricercato se stessi e le loro qualità hanno tracciato la storia della nostra esistenza



glierci la maschera dell'immortalità, accettando i nostri limiti, senza rinunciare nulla alla ricerca ed alla conoscenza per arrivare allo scopo principale, al primo ed unico obiettivo della nostra esistenza. Quale? Ovvio, l'incontro con il nostro io, con noi stessi, per conoscersi, per accompagnarci in questo breve, ma intenso viaggio della vita quotidiana e del nostro cammino universale.

Quando leggo che l'infelicità dell'essere umano è quella di essere a conoscenza della propria mortalità e che questo ci differenzia dagli animali, ebbene rabbrivisco, perché tali considerazioni vengono da persone sicuramente illuminate e sapienti ma che guarda caso non sanno che

anche gli animali sono a conoscenza della loro mortalità, anche del tempo, oltre al fatto che riescono ad emozionarsi, persino a piangere per questo: beata l'ignoranza, che ci permette di rimediare e di ravvederci quando sbagliamo. Altrettanto viene scritto che sarebbe l'età, che corrisponde al nostro ciclo riproduttivo biologico, l'unico tempo, in cui ci sentiamo motivati ad andare avanti, formulando progetti e non cadendo nelle spire della nostra depressione esistenziale. Permettetemi, questo è un altro errore, perché in tal caso

sì che assomiglieremmo ai nostri amici animali.

La natura umana è capace, invece, di trovare altre soluzioni, infatti nell'incontro con l'io si possono sviluppare interazioni con noi stessi e con la metanalisi del pensiero e del linguaggio, attraverso l'introspezione, che ci autodetermina la personalità e ci identifica come esseri unici, irripetibili ed universali, in grado di sopravvivere oltre la vita sensoriale, attivando una comprensione della stessa energia vitale e mentale, tutta da conoscere ed esplorare. Questa non è solo una speranza,

ma anche una cosa su cui meditare.

Gli uomini che hanno ricercato se stessi e le loro qualità sono evidenti ai nostri occhi. Essi hanno tracciato la storia della nostra esistenza, quegli uomini che hanno dato segno di loro con opere, idee, definite geniali, ma che in realtà sono semplicemente il frutto di una intensa esplorazione dell'io e delle proprie capacità, finalmente espresse. La vita così diventa arte, espressione pura dell'opera più grande ed affascinante da realizzare nel corso della nostra esistenza, l'incontro e la conoscenza di se stessi. Poco importa se tutti non ci sentiamo grandi musicisti, pittori, manager, capi o guerrieri, quello che realmente conta è arrivare a se stessi e comprendere quanta materia e spiritualità abbiamo e siamo in grado di esprimere per sentirci non solo partecipi della nostra vita ma anche, e soprattutto, messaggeri della nostra futura espressione spirituale, perché, quella se la si ricerca, la si può trovare e può rappresentare per noi non una mera illusione, ma una vera e propria fonte di energia vitale. Non fermiamoci all'apparenza ed alla cruda realtà, apriamo, invece, un fronte all'esplorazione di noi stessi, solo così non ci sarà mai fine. •

Sin dall'infanzia riceviamo messaggi che ci spronano ad essere i migliori, a prevalere sugli altri, a non essere secondi a nessuno

(*) *Docente della Società medica di psicoterapia
Dirigente medico clinica addominale Eur di Roma*

Più vicini ai malati oltre l'impegno professionale



di Orfeo Notaristefano

Si entra nel Policlinico "Agostino Gemelli" di Roma, in un posto che non sembra un ospedale. E' dal 1964 che questa struttura ospedaliera della Capitale ha sfidato tutti, anche dal punto di vista architettonico. Si entra come nella hall di un hotel. Di fronte un box office per le informazioni. A sinistra un bar da far invidia ai migliori bar del centro storico di Roma. Accanto al bar, una postazione occupata da studenti dell'Università Cattolica del Sacro Cuore che spiegano con dei depliant i corsi di laurea attivi presso l'Ateneo. Più avanti una bellissima libreria ricca di titoli, recenti e passati, di libri di tutte le discipline, comprese quelle della politica, dell'economia e della sociologia del momento. Si entra nel Policlinico Gemelli e non si sta al piano terra. E' già il quarto piano. Ecco perché, dovendo

"Oggi il paziente ha maggiori esigenze di informazione. Noi mettiamo a disposizione strumenti diagnostici di avanguardia, ma il rapporto umano è insostituibile". Parola di Tommaso Pirroni, direttore di una delle Unità operative complesse di Radiologia del Policlinico Gemelli di Roma

scendere in Radiologia, la sensazione è di stare a -2, in realtà si sta a +2. E, nei tanti metri quadri della Radiologia, nelle stanze, nell'Auletta, nei laboratori con macchine di tecnologia avanzata, si impatta con il direttore di questa Unità complessa che fa parte del Dipartimento Bioimmagini e scienze radiologiche: il professor Tommaso Pirroni, 57 anni, Laurea in Medicina e Chirurgia, specializzazione in Radiologia. Dal 2006 al 2010 è stato Presidente della Sezione Radiologia Toracica della Società Italiana di Radiologia Medica. Attualmente è nel Consiglio Nazionale della SIRM e nella Giunta esecutiva.

"Qui si effettuano dai 200 ai 220 mila esami all'anno. Parliamo di ecografie, TAC, Risonanze magnetiche, Radiologia convenzionale e Radiologia interventistica". Esordisce così Tommaso Pirroni che aggiunge: "Ho alle spalle 32

anni di esperienza prevalentemente nelle malattie dell'apparato respiratorio. In questi 32 anni ho imparato che questa è un'attività molto tecnologica per cui aumenta il rischio che diventi tecnicistica. Invece è un'attività che può e deve creare un rapporto umano con il paziente".

Ma, si sa, il paziente del Terzo Millennio non è più come il paziente di 20-30 anni fa, quando il rapporto medico-paziente era unidirezionale. Il medico parlava, il paziente ascoltava, senza repliche. Oggi è diverso: i circuiti dell'informazione sono tanti, l'avvento di Internet ha cambiato qualsiasi approccio con qualsiasi disciplina, anche con la Medicina. Chi può si informa, va dal medico, come dire, preparato. "In effetti -spiega Pirroni- oggi è tutto cambiato. Sono aumentate le esigenze informative del paziente che chiede direttamente a noi se è affetto da tumore o da una malattia

non curabile. Queste oggi sono le domande. Penso che nell'etica del radiologo ci sia questo dovere di avere un rapporto professionale e umano, non solo tecnologico, con il paziente e la propria disciplina". Pirroni poi precisa: "Oggi la domanda è aumentata perché è aumentata l'incidenza delle malattie tumorali e delle malattie croniche, soprattutto enfisemi e bronchiti croniche. Ciò ha determinato l'esigenza di integrazione tra le diverse discipline. La radiologia è diventata così punto di attenzione delle altre discipline. Oggi si lavora in rete, si lavora insieme per ottenere risultati migliori per il paziente. Altrimenti aumenta il rischio di errore, errore che può comportare dei problemi al paziente e contraccolpi sulle famiglie, fino a casi di denunce e richieste di risarcimento.

Anche per questo l'esperienza mi ha insegnato che i casi complessi si studiano, i casi apparentemente semplici sono invece quelli più impegnativi perché possono nascondere delle insidie.

Il Policlinico Gemelli, per fare un esempio, esprime livelli di eccellenza nella cura delle malattie polmonari perché realizza, quotidianamente e ad alto livello, una buona integrazione tra il radiologo, il pneumologo, il chirurgo toracico, il radioterapista e l'oncologo. Questo è un momento di integrazione -spiega ancora Pirroni - che



consente di offrire ai pazienti una elevata qualità professionale, che si esprime in scelte plurispecialistiche condivise, che hanno come risvolto di offrire al paziente un'assistenza qualitativa molto elevata". Insomma, al piano apparentemente -2 del "Gemelli", in realtà +2, avviene tutto questo, si fa buona sanità e forse non molti lo sanno. E nel percorso tra i laboratori può capitare di entrare nella stanza del professor Pirronti. Si ha subito l'idea di una persona che ha la cultura dell'accoglienza, tipica del meridionale perbene. Nessun disagio. Questa stanza coniuga l'alta tecnologia con la visione umana della Medicina. Sulle pareti, tante immagini, foto, eventi, circostanze, targhe. Immagini di Papi, di Padre

Pio, di prelati e tante altre che riguardano l'Arma dei Carabinieri e del Corpo Forestale dello Stato. "Sì, perché ritengo che tutte le Istituzioni siano fondamentali: le esigenze delle Istituzioni devono essere prevalenti rispetto alle esigenze personali. Con l'Arma dei Carabinieri tutto è nato per il rapporto di affetto e di stima che avevo con il Generale Domenico Ribatti, un amico d'infanzia, direttore della sanità dell'Arma. Poi questo rapporto è proseguito con l'Istituzione: ho condiviso momenti di grande collaborazione e di coinvolgimento umano e professionale, che mi hanno consentito di estendere questo rapporto con numerosi appartenenti all'Arma, grazie al contributo volontario che ho fornito al Centro

Polispecialistico dell'Arma a Roma, svolgendo attività di assistenza sanitaria ai componenti l'Arma e ai loro familiari".

Quanti convegni sull'umanizzazione della medicina! Ma l'umanizzazione della medicina è qui, in questa stanza, dove le pareti parlano. Tra le tante foto, una è posta in modo che sia Tommaso Pirronti, sia il suo interlocutore non possono fare a meno di vedere.

"E' la foto di Padre Giovanni Vella, un mio amico – spiega Pirronti – un giudice della Sacra Rota, un carissimo amico, un punto di riferimento etico, morto a 50 anni, purtroppo". E si capisce che il legame di Tommaso Pirronti con il mondo cattolico è forte: "Da medico, da scienziato dico che, oltre a tutte le

nostre conoscenze scientifiche, esiste il valore della solidarietà: ho accompagnato malati in pellegrinaggio almeno venti volte, a Lourdes, a Loreto. Qui ho incontrato ripetutamente Sua Eccellenza Loris Capovilla, che è stato segretario particolare di Papa Giovanni XIII. Capovilla ricorda sempre il rapporto filiale, al di là dei ruoli, che aveva con Papa Giovanni".

E poi, tanti quadretti, dipinti a china, che raffigurano scorci di Andria, paese natale di Tommaso Pirronti. Mostra la sua casa in vicolo Arcamone, e tante altre immagini, compresa quella di Piazza Duomo. In alto campeggiano quelle di Castel del Monte. Ma i quadretti si vede che sono fatti ad uno ad uno con uno specifico significato. "Sì, questi li ha fatti fare un amico scomparso – dice Pirronti – una persona della quale mi sono occupato anche come medico, ma non c'è stato niente da fare".

Ma colpisce sotto il quadretto di vicolo Arcamone una scritta autografa: "Le cose, i muri, le strade, le stanze contengono e mantengono la memoria del passato, sono pieni di gioie e di dolori altrui che in qualche modo hanno una reazione chimica con il nostro presente". Il passato che si immerge nel presente, in vista di un futuro. Così è nella stanza del professor Tommaso Pirronti al Policlinico "Gemelli" di Roma. •

Libri ricevuti

di G. F. Barbalace



Imparare dagli animali

Il libro raccoglie gli articoli di argomento animalista che Stefano Cagno ha scritto tra il 2004 e il 2006 su la rivista "New Age Music & New Sound". Essi trattano una grande varietà di argomenti connessi con il mondo degli animali, tra gli altri: la vivisezione, l'abbandono degli amici dell'uomo, la pet-therapy, il vegetarianismo, la caccia. Questioni animaliste sono svolte anche in connessione a tematiche di largo respiro come la religione, la musica, la violenza, i mass media, o sviluppate con interviste a personaggi noti al pubblico anche per il loro impegno in questo settore, quali, ad esempio, Licia Colò, Peter Singer, Tom Regan.

I singoli temi, svolti nello spazio di un articolo giornalistico, ma ben argomentati, risulteranno adatti anche per quei lettori, interessati a queste problematiche, che verrebbero scoraggiati da troppo lunghe, monotematiche trattazioni.

Stefano Cagno

"Imparare dagli animali"

Alberto Perdisa Editore, Bologna - pp. 186, euro 15,00



Senza legami

Pasquale Romeo affronta un tema proprio della società di oggi: quello dei legami familiari, affettivi, sociali, che l'uomo moderno sembra voler recidere nella vana ricerca di una piena libertà individuale, che, a parere dell'autore, è solamente un infantile bisogno di onnipotenza. Con un discorso tra lo psicologico e il filosofico, egli discute e critica questo atteggiamento mentale, ormai imperante nella società, che, suggerendo di non accettare legami nell'illusione di evitare la sofferenza, spinge l'uomo moderno a preferire molteplici relazioni brevi e superficiali, finendo così per togliergli anche la capacità di amare compiutamente. L'uomo però, non a caso, è definito animale sociale. I suoi legami faticosamente conquistati e regolamentati nel tempo, sono l'essenza della società umana. Senza di essi l'uomo si svuota. Vivere e saper gestire legami significativi è segno di forza, non di debolezza.

Pasquale Romeo

"Senza legami"

Armando Editore, Roma - pp. 109, euro 11,00

La molecola di dio

Sergio Galluzzi ha scritto un saggio sul pensiero essendo rimasto affascinato da questa umana capacità, di cui, grazie al neurone, una molecola ricevuta da Dio, o forse sottratta al Creatore, solamente l'uomo è dotato. La trattazione prende le mosse dalla tradizione biblica per passare, con una dotta escursione, attraverso le conoscenze scientifiche di cui oggi possiamo disporre, alle congetture filosofiche antiche e moderne, nonché alle intuizioni dell'alta poesia. Sono così discusse, tra le altre cose, le teorie dell'evoluzionismo, il neurone e il Sistema neurologico centrale, il DNA, la parola e il linguaggio e, espressioni che avvicinano a Dio, la poesia e la musica. Con quest'opera sul pensiero umano, considerato la più sconcertante e misteriosa produzione dell'universo, Galluzzi vuole spingere il lettore ad interrogarsi sull'umana, meravigliosa capacità di pensare.

Sergio Galluzzi

"La molecola di dio"

I libri di Emil, Bologna - pp. 111, euro 12,00



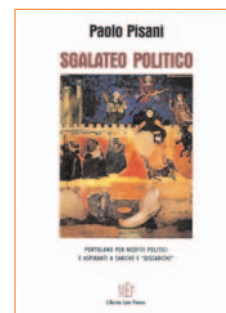
Sgalateo politico

Libretto molto divertente, che, come fa intuire il neologismo del titolo, raccoglie molti motti di spirito, giochi di parole e battute aventi per oggetto prevalentemente i politici e il mondo della politica. Paolo Pisani si è ispirato ai comportamenti, alle azioni e ai commenti di molti personaggi che, più o meno meritatamente, si "muovono nel bosco e nel sottobosco della politica nazionale", ovvero negli ambienti dove viene amministrata la gestione dello Stato: Parlamento, Regioni, Province, Comuni, enti vari e partiti. Il campo di raccolta è ampio, quasi sconfinato, ma l'opera è leggera e molto arguta. Nelle battute e nelle citazioni, tra nomi di uomini della politica e della letteratura, per la gioia del lettore amante della cultura e dell'umorismo, entrano in gioco motti latini ed espressioni in vari dialetti italiani.

Paolo Pisani

"Sgalateo politico"

L'Autore Libri Firenze - pp. 56, euro 7,10





L'ultima generazione

Arte e fantascienza si intrecciano con grande efficacia in questo romanzo di Andrea Chiavarini, nel quale un giornalista e critico d'arte, mentre è impegnato in una serie di interessanti ricerche miranti a rintracciare il perduto affresco della "Battaglia di Anghiari", che Leonardo da Vinci fece nel Palazzo Vecchio di Firenze, si imbatte nel ritrovamento di un ignoto codice

leonardesco contenente, fra le altre cose, la costruzione di specchi parabolici e, apparentemente, una macchina per la proiezione di immagini luminose. La ricerca artistica ha così un'improvvisa interruzione e il giornalista viene coinvolto in un'esperienza avveniristica di spionaggio scientifico nata da un moderno sviluppo dell'ultima macchina del genio toscano, che darà agli uomini la possibilità di allungarsi la vita e di clonarsi. Il libro si conclude con un commento etico sull'umana presunzione di potersi sostituire alla natura.

Andrea Chiavarini

"L'ultima generazione"

www.altromondoeditore.com - pp. 188, euro 15,00

Progetto informazione per creare un giornalismo di pace

Pensato per le scuole e le università, questo lavoro è un approfondito e ben argomentato saggio sulla funzione sociale dei giornali. Malgrado le ostentate posizioni di parte e di tifoseria politica dei quotidiani, Gloria Capuano riscontra nelle diverse testate una uniformità di contenuti che poco possono contribuire alla formazione di una valida apertura mentale della società. I reportage degli inviati speciali, gli articoli di bravura politologica, gli editoriali che insistono sulla contrapposizione, il protagonismo e ogni forma di violenza non bastano a differenziarli. Sembrano piuttosto renderli tutti uguali. Nel suo progetto giornalistico di trasformazione culturale, l'autrice auspica un nuovo giornalismo, che non sia quello d'oggi strillato, dedicato al sensazionalismo e alla cronaca dell'effimero, ma un giornalismo capace di promuovere la consapevolezza di sé e la pace tra gli uomini.

Gloria Capuano

"Progetto informazione per creare un giornalismo di pace"

Pubblicato in proprio, pp. 168 - g.capuano@relay.pronet.it



In breve

Bruno del Vaglio

PALCO DI VI FILA

L'autore rievoca i fatti della sua gioventù quando, appassionato di musica lirica frequentava il Teatro San Carlo come "claquer" e una volta anche come comparsa. Da queste pagine, assieme ai ricordi delle opere e delle belle voci ascoltate, tra date e fatti storici, aneddoti personali e notizie biografiche dei cantanti, trapela il grande amore e la passione che l'autore nutre per il bel canto.

Pubblicato in proprio, pp. 70 - Via Ricciardelli, 17, Caserta

Luciano Ferranti

FARFALLE DI GHIACCIO

Il libriccino di immagini fotografiche mostra un fenomeno che l'autore ha rivisto l'ultima volta nel 1988: la "galiverna", parola ferrarese che significa "brina". La brina forma con gli alberi, le foglie, i fiori, le erbe meravigliosi ricami di perle di ghiaccio, di cui l'autore con le sue immagini, in questo mondo in cui tutto cambia, ci ha voluto far dono.

Pubblicato in proprio, pp. 93

Corso Giovecca 192, Ferrara - Tel. 0532 207086

Salvatore Belmonte

FRAMMENTI DI VITA

I versi di queste poesie sgorgano dal cuore del poeta con la semplicità delle antiche filastrocche della nonna. Limpidi e zampillanti come acqua sorgiva, parlano di ricordi, di affetti familiari, di guerra, di giustizia, della natura, di gioia e di dolore. Pur chiari e comprensibili, sono tutti accompagnati da un breve commento in prosa.

Albatros Il Filo, Roma - pp.82, euro 11,50



Tutti in festa, qui in redazione, per i cento anni della **N. D. Elsa Adele Catalino**, mamma adorata del nostro prezioso collaboratore **Giovanni Francesco Barbalace**. Un avvenimento non consueto quello di celebrare il secolo di vita di una madre giovane (come mostra la foto) alla quale facciamo gli auguri più sinceri ed affettuosi, ricordando che la signora Catalino Barbalace discende da una nobile famiglia di medici di Fermo. Si può dire altri cento di questi giorni?

L'arroganza del cuore

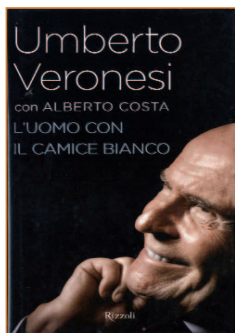
Nel libro di Claudio Calandra un principio sacrosanto, la voglia di lavorare al meglio e di non sbagliare mai, per Giulia prende una strada "paradossa": per lei il paziente non è il fine, ma il mezzo per dimostrare la propria abilità in sala operatoria e tenere alta la media dei propri successi. Poi un grave "incidente di percorso", i tribunali, i colleghi... E nel travaglio che sta vivendo scopre che il proprio padre, chirurgo di fama che lei ha sempre considerato all'acme dell'etica e della perizia professionale, da giovane è anche lui venuto a compromessi con il suo Maestro, per il buon prosieguo della carriera. Crollati i suoi sogni, Giulia prenderà delle drastiche decisioni.

Un saggio autentico e veritiero sull'angoscia che può cogliere chiunque di noi al pensiero di essere coinvolto in situazioni sgradevoli. Un libro impeccabile nello stile, garantito nelle sorprese e nelle emozioni. (L. Ster.)

Claudio Calandra

"L'arroganza del cuore"

Falzea Editore, Reggio Calabria – pp. 190, euro 13,00



L'uomo con il camice bianco

A chi gli rimprovera di non credere in nulla, Veronesi è solito rispondere: "C'è molto a cui credere: alla forza dei valori umani che con i millenni il cervello ha elaborato progressivamente per raggiungere una coscienza etica". Ecco cosa si nasconde dietro una vita di ricerca: una fiducia incondizionata nelle potenzialità dell'uomo. Quelle stesse potenzialità che hanno permesso a

Veronesi di sopravvivere a un devastante incidente di gioventù e di diventare la voce più autorevole nel campo della ricerca sui tumori. Questo libro è il racconto, ricco di aneddoti e di acute riflessioni personali, di una vita esemplare. E uno stimolo a cercare in se stessi e in chi ci circonda la forza di superare ogni difficoltà.

Umberto Veronesi, Alberto Costa

"L'uomo con il camice bianco"

RCS Libri, Milano – pp.216, euro 17,50

Scelte intelligenti per vincere il sovrappeso

Questo libro smaschera le trappole sociali e le distorsioni culturali che ci inducono a scialacquare denaro e divenire sempre più grassi, fornendo informazioni semplici ed essenziali per impostare con intelligenza una nuova vita. Vengono in-



trodotte e spiegate parole chiave tra le quali: obesità, sovrappeso, *food industry*, *diet industry*, disinformazione nutrizionale, "plagio ambientale", pubblicità alimentare per bambini, *sugar industry*, zucchero e carie, piramide alimentare, ecc. Un libro destinato al singolo che voglia avere una guida per intraprendere la strada del dimagrimento, ma anche un valido strumento per operatori sanitari, insegnanti o genitori che vogliano educare i loro ragazzi ad un corretto stile di vita affinché possano vivere più sereni, più sani e più magri.

Antonio Pratesi

"Scelte intelligenti per vincere il sovrappeso"

Mazzanti Editori, Venezia – pp. 264, euro 20,00

Disincanto

Disincanto è l'esito di parole distillate nel tempo, di immagini nell'anima dove lo scarto tra il visibile e l'invisibile si disvela fra musica e colore, suono e brusio del pensiero. A un ventennio dai versi extra ordinari di *Brusio*, con questo nitido poemetto Lidia Grillini conferma la forma di una voce determinata e che scolpisce il linguaggio; un dialogo che si manifesta, come ha scritto Niva

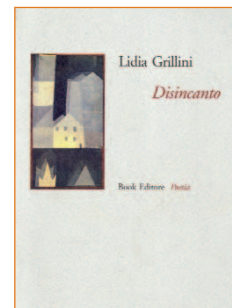
Lorenzini, in "una scansione controllata del verso che fa argine all'emozione e insieme la ispessisce".

Poesie dell'Autrice sono state pubblicate in "Città futura", "il Verri", "Anterem", "Il Volto e la Scena", "Trame della Parole", "Le Radici della Poesia".

Lidia Grillini

"Disincanto"

Book Editore, Ferrara – pp.68, euro 12,00



Mine terrestri e trappole esplosive della II Guerra mondiale

Nell'aprile 1945, dopo il passaggio del fronte, fu rinvenuto in una casa rurale dell'Appennino bolognese, un opuscolo in lingua inglese con illustrazioni a colori, mancante della copertina, evidentemente dimenticato dai soldati americani che avevano combattuto nella zona. Descriveva le più comuni mine e "booby traps" (letteralmente trappole per sciocchi) degli Stati Uniti, della Germania e del Giappone ed i metodi per neutralizzarle. L'opuscolo non risulta conosciuto in Italia ed ora viene riprodotto in forma anastatica, con traduzioni di alcune parti, ritenendolo di un certo interesse per i cultori di storia della seconda Guerra mondiale.

Ezio Trota

"Mine terrestri e trappole esplosive della II Guerra mondiale"

Edizioni Il Fiorino, Modena

pp. 80, euro 12,00



Manuale di medicina necroscopica

Qualunque sia stata la causa e quali che siano stati i mezzi che l'hanno prodotta, la morte riveste non solo importanza clinica, ma anche medico-legale e giuridica. Questo manuale vuole portare chiarezza sui principali aspetti dell'operatività quotidiana professionale medico-legale, sia ospedaliera che territoriale, al fine di acquisire conoscenze, approfondite ma pratiche, in tema di accertamento di morte, non solo agli specialisti della branca, ma anche ai tanti medici dell'area critica e dell'emergenza e delle direzioni sanitarie; nonché degli operatori funerari e degli uffici dello Stato civile. L'opera è corredata da numerose schede procedurali step by step e tabelle riassuntive, per ciascun argomento trattato, nonché dai principali Modelli necroscopici in uso.



Gianluigi Ferrigno

"Manuale di medicina necroscopica"

Editrice UNI Service, Trento – pp. 120, euro 15,00



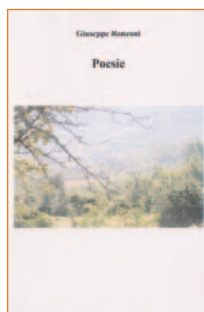
Cuore di guerriero

In un mondo di elfi, spiriti elementali, simpatici hobgoblins e piccole fatine, il principe Feredir Adan si trova a dover vivere una vita piena di avversità. "Cuore di guerriero", da cui è stata anche tratta una pièce teatrale, si inserisce sulla scia del filone fantasy, in modo del tutto originale: il protagonista combatte sì contro malvagi demoni e strani esseri fatati, ma questi sono la conseguenza di suoi atti, di sue scelte. La lotta tra il bene ed il male, inoltre, è un conflitto interiore e non tra due entità dicotomiche ed antagoniste. Ed ancora: il protagonista non è di nascita "semplice", e non deve salvare nessun mondo, se non se stesso. Infine, l'oggetto magico non deve essere trovato, ma "compreso": l'anello che compare nel romanzo non è il simbolo del male, ma lo strumento per raggiungere la saggezza e la fede.

Alex Collina

"Cuore di guerriero"

Edizioni Nezer – pp. 180, euro 10,00



Poesie

Giuseppe Ronzoni è un poeta. Gentile, sensibile, raffinato. Canta, con scrittura elegante, la vita ed i suoi aspetti; gli uomini e le donne che ha amato e ama, i boschi, i prati, la tristezza. I ricordi che affiorano durante le lunghe notti dove si affacciano bambine impaurite. Un

mondo tutto suo, dove Ronzoni si chiude geloso del bello e del brusio che diventano realtà sulla carta quasi fossero note musicali. Il tutto, un concerto che va ascoltato perché a leggere queste poesie rimane dentro di noi un suono leggero e gradevole.

Presentandosi al lettore lui scrive: "...è bello ritrovare nei versi la dimensione umana, l'equilibrio, l'armonia, le orme dei padri...".

Giuseppe Ronzoni

"Poesie"

pp. 492 – tel. 06 5691276, 328 0572825

Diagnostica per immagini in implantologia orale

Un testo agile e completo, realizzato da Paolo Diotallelli ed Enrico Moglioni con la collaborazione di altri affermati cultori della disciplina, nel quale nulla è tralasciato di quanto è indispensabile conoscere sull'argomento. Le varie tecniche sono esposte con obiettività, in modo da fornire utili elementi di giudizio sulle scelte da effettuare caso per caso. Il volume è corredata da una esauriente iconografia, nonché da una casistica mirata a mettere in guardia dalle insidie cliniche e diagnostiche, quotidianamente in agguato in questa particolare branca dell'odontoiatria. Il risultato è un testo veramente prezioso per quanti sono interessati alla materia.



Paolo Diotallelli, Enrico Moglioni

"Diagnostica per immagini in implantologia orale"

CIC Edizioni internazionali, Roma – pp. 186, euro 150,00

Il mestiere di medico

La prima medicina che il medico somministra al proprio paziente, come diceva lo psichiatra Balint, è la medicina medico. Tale medicina è alla base della relazione medico-paziente, dell'effetto placebo, dell'assistenza al malato che contatta la possibilità di morire. Adelio Artesani con questo libro vuole sottolineare come, affinché tale medicina funzioni, il medico, oltre a sapersi relazionare con i propri colleghi e responsabili, non deve cadere preda della sindrome da logoramento (*Burn Out Syndrome*) che spesso colpisce coloro che esercitano professioni di aiuto.



Adelio Artesani

"Il mestiere di medico"

ilmiolibro.it – pp.198, euro 14,00 - adeartesani@hotmail.it

Sa di cane bagnato? È un ottimo vino

di Ludovica Mariani

Lo dice uno studio dell'Università di Firenze: impiantare vigneti in città fa respirare e vivere meglio, perché le viti sono depuratori naturali in grado di assorbire grandi quantità di emissioni nocive. I numeri? Cento ettari assorbono 1.500 tonnellate di anidride carbonica e aiutano a mantenere l'aria pulita. Intanto, l'Ordine degli Architetti in collaborazione con Gambero Rosso e Inarch (Istituto nazionale di architettura) hanno promosso *Le Cattedrali del Vino*, premio internazionale (conclusosi lo scorso 9 settembre) ai progetti delle più belle cantine realizzate negli ultimi anni in Italia.

Da qualche anno a questa parte il vino sembra essere diventato qualcosa di terribilmente serio; oltre che un buon affare è soprattutto un fenomeno mediatico. Ubriacati, è il caso di dirlo, da decine di trasmissioni televisive, articoli, riviste specializzate, film che si occupano di vino e personaggi del cinema e dello spettacolo che lo producono, oltre a un proliferare continuo di guide e corsi per degustatori e sommelier, tutti noi ci sentiamo esperti. Eppure "c'era una volta il vino..." quello genuino che sapeva d'uva e quello cattivo di tappo. Oggi



gi chi oserebbe un commento così banale su un bicchiere del prezioso liquido?

"Ma chisseneimporta degli intenditori o di quelli che fingono di esserlo. Il vino come il cibo è un modo per conoscersi e stare insieme". E c'è da credergli se a parlare è Alessandro Scorsone, enologo e sommelier. Lui sì un vero esperto, noto al pubblico televisivo per la sua partecipazione a trasmissioni di grande successo come *La prova del cuoco* e *Uno Mattina*.

Ho partecipato a degustazioni dove ci è stato chiesto di sentire il sapore dei ciottoli di fiume, di pelliccia e cane bagnato e persino di giornale quotidiano – senza specificare l'orientamento politico – intriso di

pioggia autunnale e ho sentito super intenditori sorreggiare un vino e sentenziare: quest'uva ha preso la pioggia tra Pasqua e Pasquetta. Ma tutto questo non è assurdo?

"Altroché! Intanto tra Pasqua e Pasquetta il grappolo non c'è, c'è il fiore e per il vino non aggiunge e non toglie nulla. Il problema è che ormai la parola d'ordine è diventata stupire e con ogni mezzo. Le voglio raccontare un episodio: ero ad una degustazione molto riservata tenuta da un celebre relatore. Dopo aver sentito di un grande champagne al sapore di sedano siamo passati al vino col profumo di appetto quando si stira la camicia. Ma il momento straordinario si è raggiunto quando in un ot-

timo rosso toscano ci è stato detto di avvertire il sentore di coniglio morto sotto una frenata di pneumatico Michelin! Ci siamo guardati con gli altri partecipanti e se fino al coniglio morto ci potevamo pure stare, sotto lo pneumatico Michelin c'è sembrato veramente troppo. È a questo punto che capisci che hai sbagliato posto".

Per la nostra chiacchierata ci siamo incontrati in un delizioso piccolo ristorante nel cuore di Roma, e siamo davanti ad un bicchiere di vino rosso che, dopo il coniglio morto, guardo con un certo sospetto. Scorsone se ne accorge e sorride: "Non si preoccupi – mi dice – il vino è ben altro che gli effetti speciali dei falsi intenditori. È la storia dell'uomo, della terra e del lavoro. Di gente che ha addirittura rischiato il carcere per proteggere vitigni che erano stati messi fuori legge da assurde norme regionali!"

Ma siccome al ridicolo non c'è mai fine lo vedo prendere da uno scaffale una blasonata guida e cominciare a leggere: "Esplosione di pigmento nero violaceo di dolcezza fruttata densa di impressione tattile di frutto ipersaturo e freschissimo, croccante, buccioso, ceralacca, moka, boero, legno di rosa e guaiaco, cuoio rosso, kirsch, lo stesso caleidoscopio sensoriale che trasverbera... vino highlander. Ieratico e – concludendo con una sonora risata – nero come l'inchiostro di Mefistofele...! •

Bevi birra?

Attento alle zanzare

di Paolo Fantini

"Chi beve birra campa cent'anni" è stato per lungo tempo il tormentone pubblicitario che ha accompagnato il nostro consumo di birra.

Era il 1929 e i birrai italiani misero in campo la prima campagna pubblicitaria nazionale in grande stile. Dovevano fronteggiare la potente lobby dei produttori di vino che erano riusciti a far approvare dal governo imposte e divieti di vendita che, di fatto, tagliavano fuori dal consumo ampie masse popolari.

E lo slogan non finiva qui. Proseguiva, infatti: "Facilmente digeribile, contenente sostanze toniche e nutrienti, la birra è indicata durante i pasti, anche per le donne, vecchi e bambini. Assicura sonni tranquilli e umore lieto".

A parte la discutibile messa in gioco dei bambini, che peraltro nell'antico Egitto venivano svezzati proprio con birra e miele, un autentico peana che troverà nel corso dei decenni successivi ampi riscontri scientifici: dai tumori all'osteoporosi, dal diabete 2 alla gotta e al sistema immunitario, assunta in modiche quantità, la birra sembrerebbe un autentico toccasana.

"Il troppo stroppia", dice-



vano i nostri nonni, e questo adagio ben si applica ai risultati di un recente studio condotto dall'Università di Montpellier (consultabile su www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2832015) che proverebbe una stretta correlazione tra consumo di birra e punture di zanzare portatrici di malaria.

Accantonato il pensiero maligno che la zona di Montpellier comprende i migliori vini francesi delle colline della Linguadoca, vediamo perché le zanzare sarebbero ghiotte di orzo e luppolo. La ricerca è stata condotta in Burkina Faso, un paese dell'Africa occidentale tra i più colpiti dalla malaria provocata dalle zanzare *Anopheles gambiae*, esponendo 25 volontari consu-

matori di birra al contatto con 2.500 insetti e 18 bevitori di acqua alla presenza di 1.800 zanzare.

Gli odori emanati dal primo gruppo hanno attirato le zanzare che hanno invece pressoché ignorato il secondo portando i ricercatori ad affermare che il legame tra consumo di birra e diffusione della malaria esiste e che il problema dovrebbe essere tenuto in considerazione nelle politiche di sanità pubblica quando si discute di misure preventive e di controllo.

Ma i ricercatori sono spesso in disaccordo e infatti quelli dell'Università di Berkeley, California, hanno modificato geneticamente il *Saccharomyces cerevisiae* (il lievito di birra) e l'han-

no reso capace di produrre a basso costo l'acido artemisinico, base del principale farmaco antimalarico. L'artemisinina attualmente si estrae dalla *Artemisia annua*, una pianta la cui rarità giustifica l'alto costo del farmaco e ne limita la diffusione, nonostante sia molto utile, soprattutto perché risulta efficace anche contro i ceppi del parassita malarico, il *plasmodio falciparum*, divenuti resistenti ad altre medicine.

Bere o non bere, allora? Di certo, la birra non è mai stata solo una bevanda alcolica: già presso i Sumeri veniva definita "pane liquido", a significare l'alto contenuto di carboidrati e vitamine (gruppo B), e veniva persino usata come retribuzione dei lavoratori. Un affare serio al punto che il Codice di Hammurabi prevedeva per chi annacquava la bevanda la pena di morte per annegamento proprio nella birra. E del complesso mondo della birra si possono trovare insolite informazioni visitando, anche on line, il Guinness Storehouse, dal 1759 autentico tempio della bevanda in St. James's Gate a Dublino, da dove un tempo si partiva per i pellegrinaggi a Compostela in Spagna e le cataste di barili equivalevano ad un monumento nazionale.

In fondo, come diceva il grande chitarrista Frank Zappa: "Un Paese è veramente un Paese quando ha una compagnia aerea e una birra. E, alla fine, è di una bella birra che si ha più bisogno". •

ed esposizioni in Italia

a cura di Anna Leyda Cavalli

IL RITORNO DELLE DEE AIDONE (EN)

fino al 13 dicembre 2010

Le statue di Dèmetra 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*

EGITTO MAI VISTO. LE DIMORE ETERNE DI ASSIUT E GEBELEIN

FORLÌ – fino al 9 gennaio 2011

Oltre quattrocento reperti datati intorno al 2.000 a.C., tra i quali dodici straordinari sarcofagi in legno stuccato e dipinto con iscrizioni che tramandano formule d'offerta e rituali magico-religiosi.

*Complesso monumentale
di San Domenico
telefono: 0543 712659 – 199 757515
(prenotazioni)*

TEATRO DEL SOGNO. DA CHAGALL A FELLINI

PERUGIA – fino al 9 gennaio 2011

Il sogno è il tema di questa mostra che unisce gli artisti esposti e che intreccia il Simbolismo di inizio Novecento con l'arte contemporanea, con i vari Surrealismi e le espressioni più fantastiche e suggestive del cinema.

*Galleria Nazionale dell'Umbria
telefono: 0755 721009*

VINCENT VAN GOGH. CAMPAGNA SENZA TEMPO E CITTÀ MODERNA

ROMA - fino al 30 gennaio 2011

Oltre centodieci opere tra importanti dipinti, splendidi acquerelli e disegni illustrano l'intera carriera del maestro olandese mettendo in luce le due inclinazioni principali e dicotomiche: l'amore per la campagna e il legame per la città.

*Complesso del Vittoriano
telefono: 06 6780363*

RESPIRO VICENZA

dall'8 ottobre al 21 novembre 2010

Sheba Chhachhi, Masbedo, Nikos Navridis, Farid Rahimi e Vito Acconci presentano, in quattro importanti spazi della città di Vicenza, altrettanti video ispirati alla tematica del respiro umano, in occasione della manifestazione Vivere Sani, Vivere Bene. Il gruppo Zambon intende così proporre un interessante dialogo sul tema della salute in relazione al fenomeno artistico.

*Fondazione Zoé
telefono: 0444 325064
www.fondazionezoe.it*

FRANCIS BACON IL GUERCINO. I DISEGNI CENTO (FE)

fino all'8 novembre 2010

Questa mostra rappresenta l'occasione straordinaria per mettere a confronto alcuni dei più bei disegni del maestro inglese – i cosiddetti “disegni italiani” – con quelli del Guercino, nella Pinacoteca dedicata al maestro proprio nella sua città natale Cento.

*Pinacoteca Civica
telefono: 051 6843287
http://guercino.comune.cento.fe.it
Ingresso gratuito*



*Renato Guttuso, "L'atelier",
1975, olio su tela cm 162 x 130*

CHARDIN. IL PITTORE DEL SILENZIO

FERRARA – fino al 30 gennaio 2011

È la prima grande mostra dedicata in Italia a Chardin, artista francese del Settecento, uno dei pochi ad aver elevato gli oggetti d'uso quotidiano e le scene di vita domestica a materia di rappresentazione pittorica.

*Palazzo dei Diamanti
telefono: 0532 244949
www.palazzodiamanti.it*

GUTTUSO. PASSIONE E REALTÀ MAMIANO DI TRAVERSETOLO (PR) – fino all'8 dicembre 2010

Mostra antologica con una selezione di sessantacinque opere che documentano i momenti più significativi dell'attività artistica di Guttuso.

*Fondazione Magnani Rocca
telefono: 0521 848327 – 848148
www.magnanirocca.it*

GIAMBATTISTA TIEPOLO. TRA SCHERZO E CAPRICCIO

UDINE – fino al 31 ottobre 2010

Il corpus completo della magnifica produzione grafica dell'artista veneziano sarà esposto insieme ad un'attentissima selezione di suoi disegni, opere direttamente collegate ai temi delle incisioni.

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

GALILEO CHINI E LA TOSCANA. LA TOSCANA E GALILEO CHINI

VIAREGGIO – fino 5 dicembre 2010

La mostra è dedicata al pittore, ceramista e scenografo Galileo Chini, una delle figure di maggior rilievo nel panorama italiano e internazionale dell'Art nouveau.

*Galleria d'Arte Moderna
e Contemporanea
telefono: 0584 966343
www.gamc.it*

Lucas Cranach il vecchio: fra sacro e profano

di Riccardo Cenci

È il dualismo la cifra interpretativa dell'arte di Lucas Cranach il vecchio, costantemente divisa fra gli indirizzi dettati dall'ardente temperie religiosa dell'epoca e le pulsioni di una prepotente fantasia, estremamente varia e profondamente personale, in bilico fra l'eredità del passato e le nuove conquiste, segnata in maniera significativa dalla spiritualità luterana, eppure in grado di definire i canoni di una sensualità spiccatamente originale; una complessità che sovente ha nuociuto ad una corretta ricezione critica della sua opera. Profondamente peculiare il cammino della pittura del cinquecento germanico in confronto al Rinascimento italiano. Se Albrecht Dürer è comunemente considerato il più classico degli artisti tedeschi, Lucas Cranach matura uno stile del tutto diverso, comunque capace di imprimere un segno indelebile sulla cultura figurativa dell'Europa centrale ed orientale. La mostra, allestita nelle sale della Galleria Borghese (dal 15 ottobre 2010 al 13 febbraio 2011) ed articolata in sette differenti sezioni, intende far luce su una delle personalità più attraenti del XVI secolo, approfondendo

l'ardua questione del rapporto con l'arte rinascimentale italiana, offrendo al visitatore un'immagine il più possibile esaustiva. Dunque Cranach non solo interpreta sommo del luteranesimo, ma anche creatore di mitografie originali, geniale inventore di uno stile dal carattere inedito, sovente percorso da un ghigno grottesco, da una graffiante ironia e da un algido erotismo. La *Venere ed amore con un favo di miele*, parte della collezione Borghese, è l'esempio lampante di una bellezza dalle linee elegantissime, lontana dai modelli della statuaria antica, semmai più vicina al mondo gotico, seduttiva ed innocente, provocante e ammonitrice al tempo stesso, come ricorda il distico moraleggiante sulle sofferenze che inevitabilmente accompagnano gli effimeri piaceri della carne. L'eroti-

simo trova una propria declinazione anche nelle raffigurazioni più propriamente realistiche, venate da accenti comici i quali non escludono un monito severo; nell'uomo anziano che corteggia una giovane donna proveniente da Besançon, Cranach sottolinea con crudele ironia la bramosia del vecchio e l'interesse materiale della ragazza la quale, accarezzandone la pelliccia, sembra misurarne le ricchezze economiche. L'evento fondante della carriera artistica di Cranach è certo la chiamata a Wittenberg, avvenuta nel 1504, da parte dell'Elettore di Sassonia Federico il Saggio, un rapporto interrotto solo dalla morte dell'artista, avvenuta nel 1553. Al conferimento dell'incarico di pittore di corte segue la creazione di una florida bottega, polo d'attrazione per una committenza sempre più ampia, dai gusti estremamente differenziati. Accanto alle immagini venatorie, dal tono celebrativo particolarmente apprezzato a corte, si ravvisano dunque tutta una serie di soggetti di stampo mitico o umanistico, capaci di incontrare il favore della clientela. La ritrattistica, nella quale egli è maestro sin dal periodo del soggiorno viennese, riceve ora un ulteriore impulso. Il ruolo di pittore ufficiale della Riforma luterana, capace di ridefinire gli



Lucas Cranach, "Venere e Amore che reca il favo di miele", 1530, olio su tavola

scopi dell'iconografia religiosa, non esclude l'accettazione di commissioni da parte del mecenatismo cattolico, a testimoniare il carattere aperto e la mentalità imprenditoriale di Cranach. Uomo ricco e stimato, egli non si limita all'attività puramente pittorica, ma diviene uno degli incisori più importanti dell'epoca, esercitando nel contempo l'attività di farmacista e servendo quale membro nel consiglio della città. A testimoniare l'attualità del suo insegnamento basterebbero l'interesse dimostrato da Picasso nei confronti della sua opera ed i celebri girotondi danzanti di Matisse, la cui vitalità arcaica sembra richiamare le mitiche atmosfere dell'Età dell'oro. •



Lucas Cranach, "Giovane donna con anziano", 1525, olio su tavola

La via di Damasco

Moschea di Damasco



testo e foto
di Mauro Subrizi

Le numerose civiltà che si sono avvicinate in Siria hanno contribuito in varia misura a plasmare la complessa identità di questa regione, una terra dalle radici antiche e gloriose. I preziosi siti archeologici trasmettono la suggestione di un passato ancora palpitante e i souq medievali appaiono sospesi in un tempo antico e indefinito, scandito dall'incessante brusio di mercanti e clienti. Le città pulsano di vita a ogni ora del giorno e della notte. Quanto al paesaggio, esso offre rilievi montani, ammantati di fitte foreste di pini, cedri ed eucalipti, deserti lunari e pianure lussureggianti attraversate dai fiumi più illustri della storia, coste sinuose lambite dal Mediterraneo. Sin dall'Ottocento gli occidentali si avventuravano

lungo la "Via di Damasco" (quella su cui San Paolo si convertì al cristianesimo) per scoprire il fascino misterioso della Siria.

Il periodo migliore per visitarla è la primavera, quando il clima è mite e il paesaggio è un tripudio di fiori selvatici; le acque piovane hanno ingrossato i fiumi e a Hama si possono vedere le pale delle antiche noie di legno (ruote idrauliche) attingere l'acqua dall'Oronte, mentre a Damasco il Barada scorre gonfio di acqua pulita e fresca. Anche l'autunno, quando la calura estiva si è oramai attenuata, è in un buon periodo per visitare il paese.

DAMASCO

La capitale sorge sulle rive del fiume Barada e presso l'oasi Ghouta, che rende possibile la vita e lo sviluppo in una regione altrimenti inabitabile. Si pensa che Damasco sia la città più an-

tica del mondo tra quelle ancora abitate: i primi insediamenti risalgono al 5000 a.C.. Oggi il suo fascino deriva essenzialmente dai mi-

steriosi bazar e dalla bellezza di splendidi monumenti di arte islamica.

L'epicentro del suo fascino è la Città Vecchia, racchiusa da mura romane. Il principale mercato coperto è il souq al-Hamidiyeh, una strada acciottolata brulicante di acquirenti e venditori in perenne contrattazione. Di fronte all'uscita del mercato sorge la Moschea Omayyad, costruita nel 705 sul sito di vecchi templi e di una cattedrale cristiana.

A Damasco è sepolto Saladino, grande eroe della storia araba. Il suo Mausoleo, costruito nel 1193, è sormontato da una cupola rossa ed è al centro di un bel giardino presso il muro settentrionale della Moschea Omayyad. A sud della moschea si trova il Palazzo



San Simeone (dintorni Damasco)



Azem, nel quale è stato allestito il Museo delle arti e delle tradizioni popolari della Siria.

Tra le moschee siriane, una delle più belle è Takiyyeh as-Sulaymaniyyeh, che sorge poco a sud del fiume Barada. Costruita in stile ottomano nel 1554, è caratterizzata da strati alternati di pietre bianche e nere e da due sottili minareti.

KRAK DES CHEVALIERS

Sorge nel varco chiamato passo di Homs. T.E. Lawrence lo definì semplicemente "il più bel castello del mondo". È una delle attrattive più importanti della Siria, assolutamente da non

perdere. Immune al trascorrere del tempo, non doveva avere un aspetto molto diverso 800 anni fa e le sue dimensioni e l'integrità della struttura sono tali che si possono facilmente impiegare diverse ore per visitarlo interamente. Anche se la prima fortezza fu costruita nel 1031, fu l'elitario ordine dei Cavalieri Ospitalieri nel XII secolo ad ampliarlo, conferendogli la struttura visibile ancora oggi.

HAMA

Hama è una delle città siriane più affascinanti, con il fiume Oronte che la attraversa al centro, gli argini fiancheggiati da alberi e giardini e il cigolio delle antiche



norie di legno in sottofondo. L'atmosfera serena e la minuscola quanto affascinante città vecchia fanno di Hama un luogo molto gradevole in cui trascorrere un paio di giorni.

ALEPPO

Insieme a Palmira e a Damasco, Aleppo era uno dei più importanti crocevia sulla Via della Seta, l'antica rotta commerciale che collegava la Cina al Medio Oriente e all'Europa. Lungo la Via della Seta non viaggiavano soltanto merci destinate ai mercati: questa strada era una via di comunicazione di conoscenze, idee e religioni.

Oggi Aleppo non è più questo prospero crocevia, ma la relativa carenza di investimenti in questa città si è in realtà rivelato un punto

a favore. La città vecchia, Patrimonio dell'Umanità dell'Unesco, non ha ceduto alla modernizzazione, evitando così danni irreparabili e si sta progettando il restauro di tutti i suoi edifici storici.

PALMIRA

È un magnifico e vasto sito archeologico incastonato tra una lussureggiante oasi di palme da dattero e un maestoso castello arroccato sulla collina, nel cuore di un vasto deserto. A ovest scorre l'Oronte, a est l'Eufrate. Il sito, in gran parte risalente al II secolo d.C., si estende su un'area di quasi 50 ettari ed è stato oggetto di vaste campagne di scavo e di restauro. Il Tempio di Bel è il monumento più suggestivo oltre che il meglio conservato. •



Hama noire



Palmira

Resilienza, saper affrontare le avversità della vita

Le persone che ci stupiscono sono quelle che sanno rimettere nella loro vita l'ago della bilancia al centro nonostante questo sia spinto verso le difficoltà.

La capacità di tradurre in risorsa lo svantaggio

di Antonio Gulli

La resilienza è parte di un patrimonio che in potenza ogni uomo possiede. Se io avessi risposto a mia nonna, quando mi ha detto “non ti preoccupare, ogni male non viene per nuocere”, che mi stava insegnando la resilienza, questa dolce donna mi avrebbe sicuramente guardato strano e, forse, avrebbe maturato qualche dubbio sul fatto che proprio tutto il male non nuoce. Molto spesso le parole ci disorientano, mettendoci nella condizione di quasi incredulità sulla loro stessa esistenza. Tranne poi questi termini guadagnare l'attenzione dei grandi mass media e quindi diventare d'uso comune. Questo è quello che oramai capita da diverso tempo, appunto, alla parola resilienza. Che cosa

significa? Di cosa si tratta? È una fortuna ricevuta per sorte? È un modo di essere che si può imparare? Va subito detto che questo termine è stato mutuato dal modo con cui i fisici hanno definito il fenomeno relativo alla capacità dei metalli di resistere a urti improvvisi senza spezzarsi o perdere le proprie caratteristiche originarie. In sostanza, con questo termine si intende la “capacità di un materiale di resistere a deformazioni o rotture dinamiche” (cfr., UTET, 1995). Nelle scienze umane e sociali, in generale, con questa parola si intende “la capacità umana di affrontare le avversità della vita, superarle e uscirne rinforzato o, addirittura, trasformato” (Grotberg, 1996). Possiamo paragonarci ai metalli? Sicuramente no, però possiamo dimostrare di averne alcune caratteristiche. Per cogliere meglio il senso e il significato di questa potenzialità umana può risultare utile avvalerci dell'esempio di un infartuato. Fino a vent'anni fa coloro che soopravvivivano ad un attacco cardiaco pensavano di

dover fare una lunga convalescenza, di dover evitare qualsiasi stress, anche minimo, di essere costretti ad abbandonare la propria attività lavorativa e condurre un'esistenza all'ombra delle mura domestiche. Attualmente, sempre con una supervisione medica appropriata, molte persone che sono incorse in questo accidente ritornano a fare la vita normale e ad avere la sensazione di essere più “sani di prima”. Se è vero che tanti progressi sono dovuti alla medicina, molto è dovuto proprio a quel particolare stato d'animo, a quel modo tutto positivo che viene suggerito per affrontare il problema. In sostanza, l'affrontare la malattia senza per questo definirsi malati è un ottimo espediente. Già Montaigne nel '500 scriveva come “il sapore del bene e del male dipende in buona parte dall'opinione che ne abbiamo” e rivolgendosi al male scriveva: “Tu hai un bel fare, dolore, eppure io non dirò che tu sei male”. Attualmente molta parte della psicologia ha fatto proprie queste con-

vinzioni, istituendo dei veri e propri corsi in cui si può imparare ad affrontare gli accidenti e le disgrazie che la vita ci mette davanti in maniera da sfruttare questa nostra capacità. Sono dei corsi specifici in cui si può imparare a creare dei rapporti positivi con il prossimo e ad avere la capacità di chiedere aiuto e sostegno nei momenti di difficoltà; a evitare di vedere le crisi come problemi insormontabili; ad accettare il cambiamento come fattore costituente la vita stessa; a muoversi perseguendo dei propri obiettivi; ad agire con convinzione e non assumere atteggiamenti passivi; a imparare dal proprio passato anche quando questo si è presentato avverso; a prendersi cura di se stessi mantenendo una visione fiduciosa rispetto alla vita. In sostanza, a vedere le cose in prospettiva e a nutrire una visione positiva di se stessi. Le tecniche per conseguire questi obiettivi possono essere le più varie. Una di queste – al costo di un quaderno e di una penna – può essere quella di scrivere e raccontare ciò che accade, descrivendo, oltre il trauma e l'evento stressante, sentimenti e pensieri al riguardo. È utile aggiungere che il processo di oggettivazione messo in atto attraverso la scrittura permette di conoscerci meglio facendoci guadagnare un certo distacco.

Ma il modo sereno di vi-

Vedere le cose in prospettiva e nutrire una visione positiva di se stessi

vere gli eventi meno favorevoli della vita può presentarsi anche come un “dono”. Cioè essere l’espressione di uno “spirito ben nato” dal quale dipende la tranquillità nei momenti negativi o dal possesso di un’anima ben equilibrata che offre coraggio e fermezza nelle difficoltà della vita. Questo è facile constatarlo quando incontriamo un certo tipo di persone. La sensazione di stupore che apre all’ammirazione ci fa esclamare: “Che persona straordinaria!” E, in effetti, quando si incontrano queste persone il riconoscimento dell’eccellenza è quasi un dovere. Nel sentire le loro storie e nel vedere il modo con cui si comportano spesso ci avvertiamo stimolati e, rispetto al modo con cui affrontiamo i nostri problemi, anche “più piccoli”. Sono persone che vivono un successo profondo. Non quello consacrato dai rotocalchi e – una volta si diceva – dalla celluloid; non quello certificato dal conto in banca o da grandi acquisizioni di fette di potere.

E nemmeno dal possesso della fortuna di essere nati belli al punto di trovare consenso e “porte aperte” ovunque si rechino.

Le persone che ci stupiscono e a cui accordiamo e riconosciamo intimamente un livello di straordinarietà, al contrario, solo raramente sono “belli, ricchi e famosi”; nella stragrande maggioranza delle volte non sono famosi, sono scarsa-



mente belli e, purtroppo, preda di problemi di salute e largamente poveri. Sono persone che si possono incontrare ad ogni angolo di strada oppure in quella gran parte di mondo dove vivere è veramente più duro e spesso la vita è sempre in bilico. E allora: che cosa ci fa dire che sono persone meravigliose? Si può rispondere in maniera sinte-

tica: sono persone che sanno rimettere nella loro vita “l’ago della bilancia” al centro nonostante questo sia stato spinto verso il dolore e le difficoltà. Sono persone che chiaramente rivelano la loro natura del vivere attraverso la volontà dell’affermarsi; che sanno rapportarsi al mondo “sensibile” come “specchio”, sapendo esprimere

un rapporto con il proprio corpo, per esempio, come una manifestazione concreta di una volontà operante che sa andare al di là sia della sofferenza che del dolore che questo può infliggere. In pratica – sembra proprio per una sorte benevola – queste persone mettono in azione proprio quegli aspetti sopra indicati, sapendo tradurre in risorsa lo svantaggio; sapendo fronteggiare efficacemente le contrarietà e dare nuovo slancio alla propria esistenza. L’esposizione alle avversità sembra rafforzarle piuttosto che indebolirle. Esse tendenzialmente sono ottimiste, flessibili e creative; sanno lavorare in gruppo e fanno facilmente tesoro delle proprie e delle altrui esperienze. Ma bisogna stare attenti e riflettere sulle conseguenze che in alcune occasioni questa capacità può avere. Il rischio è di fare la fine dei marinai cui il filosofo Pirrone si rivolse quando, trovandosi su un battello preda di una tempesta, mostrava a quelli che vedeva più atterriti l’immagine del maiale imbarcato il quale non mostrava alcuna preoccupazione.

E con quell’esempio li incoraggiava. Dare dunque il giusto peso alle cose ci sembra sempre la strategia migliore; non per altro perché è facile vedere che – come scrive Montaigne – “ciò che acuisce in noi il dolore o il piacere sia solo l’acutezza del nostro intelletto”. •

Un medico in musica

L'idea di un festival rossiniano nasce nel 1969 al Teatro alla Scala di Milano, quando Gianfranco Mariotti, ginecologo e pediatra, assiste al *Barbiere di Siviglia* diretto da Claudio Abbado. Pur non abbandonando la medicina, riesce a realizzare il sogno di una manifestazione celebrativa dell'intera opera del musicista pesarese, che si svolge ormai da ben trentuno anni



Gianfranco Mariotti

di Paola Stefanucci

Dal 1980 nel cuore dell'estate si svolge a Pesaro il Rossini Opera Festival (ROF): un festival che nell'affollata ribalta delle manifestazioni festivaliere ha una sua precisa (e calamitante) identità, ed è ormai pari per importanza e prestigio a quelli storici, e ben più longevi, di Bayreuth (1876) e di Salisburgo (1877), dedicati (è forse superfluo ricordarlo) a Wagner e Mozart. La stagione 2010 del ROF è stata illuminata (come sempre) da una straordinaria parata di stelle: Michele Mariotti, conteso direttore d'orchestra italiano di ultima generazione che ha solo 31 anni ed è direttore

principale del Teatro Comunale di Bologna, Corrado Rovaris, direttore musicale della Philadelphia Opera Company e Yves Abel, direttore principale alla Deutsche Oper Berlin, il giovane, ma già osannato sulla scena internazionale, regista Damiano Michieletto, lo scenografo Paolo Fantin, la costumista Carla Teti, oltre a tanti talenti del belcanto. Inoltre in quest'ultima edizione sono state presentate, accanto ad un affascinante ventaglio di collaudati capolavori classici, due (sorprendenti) opere giovanili, poco note, di Rossini: *Sigismondo* e *Demetrio e Polibio*. Il festival rossiniano è animato, da 31 anni, dal suo fondatore e sovrintendente Gianfranco Ma-

riotti che ha profuso (e profonde tuttora) il suo impegno con altrettanto fervore anche nella professione medica. Così gli abbiamo rivolto alcune domande.

Gianfranco Mariotti, preferisce essere chiamato Maestro o Dottore?

Non so rispondere a questa domanda. La realtà è che le mie due professioni non sono mai entrate in conflitto fra loro, neppure mentalmente, e io ho potuto viverle entrambe in perfetta autonomia. Quando è diventato indispensabile, ho lasciato l'ospedale, ma ho continuato ad esercitare la professione come ginecologo libero professionista. Col tempo, fisiologicamente, gli impegni teatrali hanno preso il sopravvento, ma io non

ho mai chiuso lo studio (mi sarebbe parso di spretarmi!) e ancora oggi ci vado due volte la settimana, per una sorta di disponibilità affettuosa verso la mia clientela storica.

Quando è avvenuto il suo incontro con l'arte medica?

Non ricordo, ma credo di aver sempre saputo che avrei fatto il medico. Da piccolo non tremavo davanti alle iniezioni, non avevo paura del sangue, ho tolto le tonsille senza piangere, così tutti i miei parenti dicevano che avrei fatto il dottore... Insomma: una specie di quietta predestinazione.

Tesi di laurea?

Sperimentale, in medicina interna: "Studio sul metabolismo degli zuccheri nella malattia di Addison", qualcosa di completamente estraneo a quello che avrei fatto dopo.

Infatti, lei, tra l'altro si è specializzato in ginecologia ed ostetricia, nonché in pediatria e puericultura. Perché ha scelto di curare, in particolare, donne e bambini?

Non è proprio così: mi sono avvicinato alla ginecologia solo perché, mentre facevo pratica di volontario in ospedale, si era liberato un posto di assistente in quel reparto. Poi, è vero, mi sono innamorato all'istante di quel tipo di specialità, così completa, così complessa, così ricca d'imprevisti, così affascinante. Quanto a pediatria, è una specializzazione che ho preso in seguito solo perché nel reparto mi era stata affidata la sezione di neonatologia.

Cinquantuno anni al servizio di Ippocrate: di cosa va particolarmente fiero nel suo curriculum sanitario?

Di un'operazione legata alla terza specializzazione, quella in Oncologia, che mi consentì di organizzare, nel 1965, nell'Ospedale di Pesaro, un "Servizio per la prevenzione dei tumori femminili" basato sul Pap test e sulla mammografia. Fu il primo screening di massa, in Italia, realizzato attraverso gli enti locali, prima della cosiddetta riforma sanitaria dei primi anni settanta. L'intervento fu portato avanti da una struttura - inesistente in natura - formata da Comune, Provincia e ospedale: qualcosa che prefigurava la USL, ancora di là da venire. Il messaggio era che la difesa della salute competeva allo Stato, e per esso dalle sue articolazioni sul territorio. Sembra impossibile, ma allora era un concetto rivoluzionario. Fu una grande esperienza.

Lei, uomo che frequenta abitualmente il mondo di Esculapio e quello del pentagramma, cosa pensa dell'applicazione (ed efficacia) terapeutica della musica?

Non ho un'opinione precisa: la mia segretaria Alexia, esperta in naturopatia, ne sa molto più di me e spesso mi racconta cose interessanti. Quello che invece so per

certo è che la bellezza trasformata dalla musica (ma anche dalla poesia e dalle arti visive) è un ingrediente fondamentale della vita, che non serve a niente, ma è indispensabile.

Il suo primo incontro con Rossini?

A cinque anni, d'estate, con i miei genitori. Era il *Barbiere di Siviglia*, e ricordo benissimo che Don Basilio, nell'aria della calunnia, al momento del "colpo di cannon" mollava un pestone sul piede di Don Bartolo, che si metteva a saltellare dicendo *ahi, ahi*. Nel corso della mia vita credo di aver rivisto questa gag almeno un centinaio di volte. L'incontro col vero Rossini, quello che mi ha cambiato la vita, è invece avvenuto alla Scala di Milano, nel 1969, quando ho assistito (ancora) al *Barbiere di Siviglia* diretto da Claudio Abbado, nella prima edizione critica a cura di Alberto Zedda. Fu un'emozione travolgente: non avevo mai sentito Rossini eseguito così, cioè restituito a una trasparenza, eleganza e leggerezza mozartiane. Fu in quella occasione che ebbi la prima confusa idea di un Festival, inevitabilmente pesarese, che si proponesse di restituire al mondo tutto il

Rossini sconosciuto, recuperato alla lezione originale: qualcosa che potei trasformare in un progetto concreto - il Rossini Opera Festival - qualche anno dopo attraverso il collegamento strutturale con il lavoro scientifico della Fondazione Rossini.

Indubbiamente, il Genio di Pesaro è tra i compositori più eseguiti e amati nel mondo. Qual è, secondo lei, la ragione di un così alto e inossidabile gradimento?

Fino a 30 anni fa, di Rossini nel mondo si eseguivano pochissime opere oltre al *Barbiere*, donde l'equivoco di un autore maestro esclusivo dell'opera buffa. La riscoperta del Rossini drammatico, avvenuta dai palcoscenici pesaresi, ha restituito a tutti la sua vera immagine: quella di un autore assai poco latino, astratto, sperimentale, inafferrabile. La ragione del suo crescente successo, credo, sta nel fatto che un'epoca di grandi inquietudini riscopre uno

dei più enigmatici, affascinanti e inquietanti dei grandi musicisti.

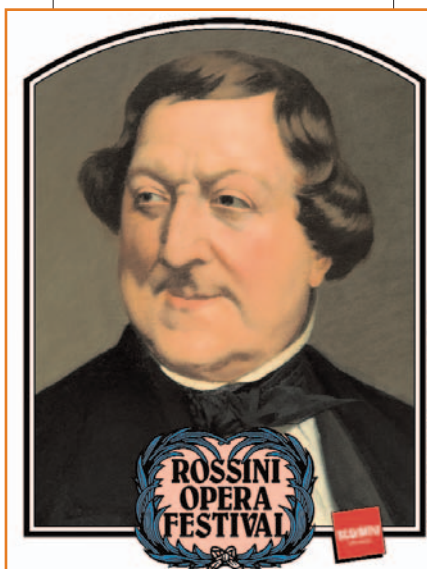
Il duplice marchio (cromosomico ed artistico) Mariotti si riferisce a lei, storico sovrintendente del ROF e a suo figlio Michele Mariotti, giovane e affermato direttore d'orchestra: ciò può anche calamitare pregiudizi sommarî e riduttivi. È successo?

Per fortuna, no. C'è da dire però che, proprio per evitare la banale etichetta di "figlio di", Michele ha deciso, d'accordo con noi, di intraprendere il suo percorso professionale lontano da Pesaro. In cinque anni di "esilio" ha poi costruito, con le sue sole forze, una carriera che lo ha portato nei maggiori teatri internazionali, fino alla Scala. Così quest'anno è entrato al Festival limpida-mente dalla porta principale, invitato e trattato come qualunque altro direttore degno della ribalta pesarese. Tutto qui: alle volte succede.

Suo figlio Michele ha 31 anni e, combinazione fatale, il Festival da lei fondato è alla XXXI edizione. Quali sono le sue aspettative per il futuro come padre e come sovrintendente?

La carriera di Michele è del tutto autonoma rispetto al sovrintendente del ROF; i miei sentimenti e le mie emozioni di padre appartengono esclusivamente alla sfera privata e personale. •

La riscoperta del Rossini drammatico ha restituito a tutti la sua vera immagine: un autore assai poco latino, astratto, sperimentale, inafferrabile



Pesaro, 9-21 agosto 2010

L'armonica jazz di Toots Thielemans

di Piero Bottali

“Ogni mattina alle 7,15 mia moglie mi porta a letto uno yogurt, ed a quell’ora io sto già suonando l’armonica a bocca”. Ecco, in questa breve confessione autobiografica e intimistica è compendiato Toots Thielemans, grande esecutore

che ha scelto l’armonica cromatica quale strumento preferito per esprimere la sua musica. Nato a Bruxelles, Belgio, nel 1922, Jean Baptiste “Toots” Thielemans è emigrato negli Stati Uniti d’America nel 1952. All’età di tre anni ha cominciato a suonare il piano e subito dopo l’armonica come passatempo, e più tardi la chitarra. Il suo primo idolo fu, non a caso, Django Reinhardt e più avanti Charlie Parker. La sua lunghissima, elettrizzante carriera d’artista si può semplicemente ridurre nella seguente frase: ha suonato con i più grandi artisti del mondo, da Ella Fitzgerald a Dizzie Gillespie, da Bill Evans a Pat Metheny, da Billy Joel a Jaco Pastorius, da Billy Ekstine a Oscar Peterson, da Quincy Jones a Franco Cerri. E anche con Mina, accompagnata nel 1974 nella trasmissione Milleluci nella canzone *Non gioco più*. La sua delicata armonica l’abbiamo ascoltata nella colonna sonora dei film *Un uomo da marciapiede*, *Getaway*, *Sugarland Express*, *Cinderella Liberty*, tanto per citare i più noti. Altrettanto corposa, e forse anche più, la sua produzione discografica, della quale non ci sentiamo di consigliare un cd piuttosto di un altro perché sempre di superba fattura. Innumerevoli i premi e i riconoscimenti da tutto il mondo. Musicista completo, Thielemans col suo strumento si avventura indifferentemente nei più diversi generi musicali, pur rimanendo sempre protagonista, e senza mai tradire la sua vena jazz che lo accompagna da quasi sessant’anni. Il suo jazz è un po’ come lui: discreto e carico di *sympathos*, dolce e pieno di gioia di vivere, niente esibizionismi o gigionerie o irritanti virtuosismi fatti solo per stupire. Ma che strumento è l’armonica a bocca cromatica? Non ci si faccia confondere dalla sua piccolezza: questo strumento può produrre ben tre ottave complete di semitoni, cioè quanto una chitarra, molto più di un violino e di un sacco di altri strumenti maggiormente appariscenti. Le dimensioni ridotte dell’armonica cromatica sono inversamente proporzionali alla difficoltà nel suonarla: la com-

plexa esecuzione, l’attenzione continua nel soffiare-aspirare per ottenere le note ‘normali’ (toni), il movimento rapidissimo del registro premuto con l’indice destro per cavare quelle ‘alterate’ (semitoni), uniti al controllo dell’intensità del fiato sulle delicate anse d’acciaio possono facilmente distogliere da una corretta esecuzione nonché dall’improvvisazione jazzistica. Non per Toots Thielemans: il ‘Grande Vecchio dell’armonica jazz’ suona il suo strumento con totale abbandono, passione, assoluta padronanza e solo apparente facilità, ottenuta a prezzo di assidua, rigorosa disciplina. Parlando della sua armonica e del suo suono, dice: “Io riesco a sentire il massimo di questo piccolo strumento che si trova fra il sorriso e il pianto”. Ricorrenti ma non prepotenti, a conclusione di una frase musicale, i suoi cluster, caratteristici grappoli di note di bell’effetto ma di quasi impossibile esecuzione con un’armonica a bocca. Con l’età sono cominciati gli acciacchi: in un video Thielemans racconta spiritosamente di aver tentato di sostituire i polmoni ammaccati col soffio di un asciugacapelli direttamente sull’armonica. Ora dice che i polmoni vanno bene ma va male la bolletta dell’elettricità... Come i Beatles, anche Thielemans è stato fatto barone per meriti musicali, non dalla regina Elisabetta ma da re Alberto II del Belgio. •

Io riesco a sentire il massimo di questo piccolo strumento che si trova fra il sorriso e il pianto



Toots Thielemans

L'Alzheimer sul grande schermo

di Maricla Tagliaferri

All'improvviso ti sfuggono le parole, ti inceppi, ti smarrisci. Chi ti ama ha una stretta al cuore: e se fosse qualcosa di grave? E se fosse Alzheimer? È così che questo devastante terzo incomodo entra nella vita di Lino e Chicca, giornalista

sportivo lui, docente universitaria lei, una meravigliosa coppia che ha saputo farsi una ragione della mancanza di figli. E che saprà affrontare anche la malattia di lui, la sua regressione, la sua aggressività, il suo definitivo perdersi in un altrove che altro non è se non la sua infanzia.

Di questo parla il nuovo film di Pupi Avati, clamorosamente assente dalla Mostra di Venezia. Si intitola "Una sconfinata giovinezza" e lo interpretano Fabrizio Bentivoglio e Francesca Neri.

Pupi Avati, una grande storia d'amore, ma tristissima.

Ma non disperata. Il film non è certo consolatorio, però ha una visione pacificatrice, per raccontare una malattia come l'Alzheimer non serve usare toni negativi. È un male che colpisce più i parenti che il malato, perso in un mondo tutto suo. Io credo che darà una sensazione di vicinanza, di affetto, ai molti che hanno una persona cara malata di Alzheimer.

Come entra Chicca nel mondo del marito?

Accogliendolo come il bimbo che non ha mai avuto, giocando con lui, andando al parco, comprandogli dei balocchi. Sapendo che finirà anche questa fase e accettandola.

È raro che si parli di malattia al cinema.

Veramente non se ne parla più da nessuna parte, né di malattia né di morte. Li abbiamo rimossi, siamo ormai tutti eternamente consumatori. E quando arriva una stangata, siamo impreparati. Invece l'unico modo che abbiamo per superare il dolore è parlarne e ancora parlarne. È così, per esempio, che ho superato il lutto per la morte di mia madre, una donna eccezionale che non ero pronto a perdere.

Perché proprio l'Alzheimer?

Perché è diversa da tutte le altre malattie, proprio per que-

sta regressione infantile che provoca. Ho avuto parecchi consulenti che mi hanno confortato nella mia ipotesi: la professoressa Luisa Bartorelli, presidente del Centro Alzheimer Riuniti, il professor Roberto Bernabei, primario geriatra al Gemelli di Roma, lo psichiatra Paolo Crepet. Era il ritorno all'infanzia che mi interessava di più.

Come mai?

Alla mia età sento il fascino del "ritorno a casa". A mio modo regredisco, riscopro cose che avevo abbandonato o dimenticato. Pensi che sono tornato a mangiare golosamente gelati, che non toccavo da almeno cinquant'anni. Il semiologo Noam Chomsky ha studiato le origini del linguaggio attraverso le forme regressive, fino ad arrivare al nocciolo della comunicazione. Nel mio piccolo, uso il "ritorno indietro" per capire meglio le persone. Le guardo e cerco di immaginarle com'erano da piccoli, cerco di vedere il bambino che sono state prima della professionalità, della durezza, della cosiddetta maturità. La regressione è un formidabile strumento di indagine umana. Ed è anche tranquillizzante: la gente ti fa meno paura se la guardi come quello che poteva essere e non è stato.

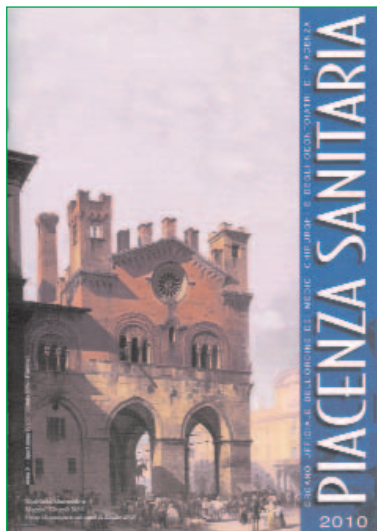
La malattia come occasione di conoscenza?

Ogni malattia è una rivoluzione, che rimette in gioco tutta la gerarchia dei tuoi valori. Io so cosa vuol dire ammalarsi. Nel 1988 ho avuto un infarto molto serio. Mentre mi portavano in ospedale sentivo gli infermieri che dicevano "questo non ce la fa". È stato terribile. Avevo paura e ancora, vivendo con un cuore più piccolo, la paura è rimasta. Ma ne sono uscito rafforzato. Anche dal punto di vista creativo: il mio pensiero va più a fondo, guardo il mondo con occhi diversi, sto più attento a cose che prima magari non avrei guardato. Sono orgoglioso del mio infarto. •



Francesca Neri e Fabrizio Bentivoglio in una scena del film "Una sconfinata giovinezza", di Pupi Avati

Piacenza



La specializzazione non giustifica errori diagnostici

La mancanza di una specifica specializzazione non può giustificare determinate carenze del medico di pronto soccorso il quale in quanto tale assume, nei confronti di tutti i pazienti sottoposti alle sue cure, una piena posizione di garanzia, versando in colpa (quanto meno colpa per assunzione) nell'omettere di svolgere appieno i suoi compiti e nel diagnosticare (in un primo tempo) una ingiustificata diagnosi non consona al comune appannaggio di ogni

esercente l'attività medica, secondo le più comuni e generalizzate *leges artis*.

Campobasso

Gli odontoiatri chiedono la completa autonomia dell'ordine professionale sancita con atti regolamentari chiari, espliciti e indiscutibili

È quanto chiedono, all'unanimità, i presidenti delle commissioni albo odontoiatri degli ordini dei medici e degli odontoiatri italiani, riuniti nel castello di Castelbrando, Cison Di Valmarino (TV), nel 'Consiglio nazionale Cao'. Oggi i dentisti fanno parte della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (Fnomceo). I dentisti, però, sottolineano che la professione odontoiatrica ha specificità diverse dalla professione medica. Per questo all'interno della Fnomceo vuole vedersi riconosciuta: 1) l'autogestione economica; 2) l'autonomia politico-decisionale nell'individuazione e indicazione dei propri rappresentanti in enti e istituzioni esterne all'ordine; 3) la rappresentatività in forma autonoma nell'ente di previdenza. "Il tutto - spiegano gli odontoiatri - non può non trovare

definizione in atti regolamentari che, a parere del Consiglio nazionale dei presidenti Cao, devono essere attuati nell'immediatezza, in quanto già disattese da troppo tempo". Altro punto approvato all'unanimità dei presenti la ricerca "della rappresentatività degli odontoiatri nei vari enti di previdenza, l'Enpam in primo luogo". Oggi gli odontoiatri non hanno il diritto di elettorato né attivo né passivo nelle elezioni per il rinnovo degli organi direttivi. Votano e sono votati solo i presidenti degli ordini. Quindi la rappresentatività della componente odontoiatrica è "a discrezione" dei presidenti d'ordine. Due obiettivi che saranno ottenuti "se costretti, anche attraverso azioni di rivendicazione nelle forme e nei termini consentiti dalla legge".

Pesaro e Urbino

Corso sulla sicurezza sul lavoro D.lgs. 81/80

Il D.Lgs.81/80 prevede che il datore di lavoro che intenda svolgere i compiti del servizio di prevenzione e protezione dei rischi debba frequentare corsi di formazione della durata di 16 ore (Rspp). L'Ordine dei Medici ha già organizzato lo scorso mese di gennaio un corso per Rspp al quale hanno partecipato circa 15 medici. I medici che devono ancora mettersi in regola con le attuali disposizioni di legge e volessero fare tale Corso sono pregati di comunicarlo anche telefonicamente alla segreteria dell'ordine. Si rammenta che l'apparato sanzionatorio previsto in caso di violazione delle disposizioni di cui sopra risulta essere particolarmente pesante (arresto da 4 a 8 mesi o ammenda da € 1.500,00 e € 6.000,00).

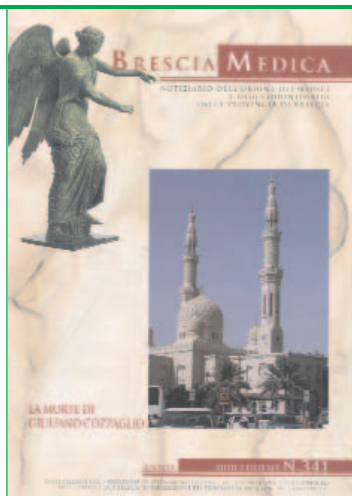


Brescia

Ai colleghi interessati all'invio on-line dei certificati di malattia

Cari Colleghi, è stato segnalato all'ordine che a molti lavoratori non viene consegnato da parte del medico di medicina generale la copia cartacea del certificato di malattia in-





viato on-line. Tale comportamento è al momento non rispettoso di quanto previsto a livello legislativo ove è previsto l'obbligo del sanitario di effettuare tale consegna.

È però da tener conto che ugualmente la legge dà la possibilità al datore di lavoro di collegarsi direttamente all'Inps per ottenere la suddetta

copia; sarà pertanto impegno dello scrivente ordine e, si pensa dei sindacati medici, di fare valide pressioni sulle aziende affinché nel più breve tempo possibile si avvalgano della suddetta facoltà che avrà per esse un riscontro positivo abolendo transazioni cartacee, uffici di ricevimento e ritardi.

Il Presidente: Raffaello Mancini

Firenze



Perché vaccinare gli adulti?

Gli adulti hanno bisogno della vaccinazione perché: potrebbero non aver ricevuto i vaccini nell'infanzia; nuovi vaccini si sono resi disponibili; l'immunità può decadere; gli anziani e/o i malati cronici possono essere più suscettibili alle malattie prevenibili mediante vaccino.

Vaccinazioni per proteggere gli adulti:

epatite A; epatite B; papilloma virus (hpv); influenza (flu); morbillo, parotite, rosolia (mpr); malattie meningococciche (meningite, sepsi); malattia pneumococcica (polmonite, meningite); tetano difterite, pertosse (tdp), varicella, zoster.

Chi ha bisogno di essere vaccinato?

Tutti gli adulti: a posto con le vaccinazioni quali varicella, mpr e tdp? Ricevuta una dose di vaccino influenzale annuale?

Gruppi speciali: rischio di esposizione al sangue sul lavoro? Sopra ai 50 anni? Malato cronico? Femmina?

Genova

Il "falso" registro italiano dei medici

Mettiamo in guardia i nostri iscritti dalla richiesta da parte del non meglio identificato "Registro italiano dei medici" di fornire dati per un aggiornamento dello stesso. Il contesto assolutamente non trasparente, fa credere di trovarsi di fronte ad un obbligo di legge, e non fa capire che l'operazione non è gratuita. Molti medici ed odontoiatri che hanno incautamente sottoscritto la modulistica, infatti, si vedono ora recapitare la richiesta di un esoso pagamento. La Federazione ha già provveduto ad inviare una denuncia istanza per reato di truffa (art. 640 cod. pen.) alla competente Procura della Repubblica e alla Polizia Postale. Consigliamo, pertanto, agli iscritti che si vedessero recapitare richieste di pagamento in conseguenza alla sottoscrizione della modulistica, di provvedere ad inviare, immediatamente, una diffida, sottolineando la nullità della sottoscrizione carpita in danno della buona fede dei destinatari.



Catania

Nuova commissione dell'ordine su salute e sicurezza del lavoro

In seguito all'approvazione da parte del Consiglio Direttivo, giovedì 29 aprile si è insediata la nuova Commissione dell'Ordine che dovrà occuparsi dei temi legati alla tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro il cui coordinamento è stato affidato al prof. Giansalvo Sciacchitano, vice-presidente dell'Ordine di Catania, è costituita dai colleghi: dr.

Ernesto Ramistella, dr. Santo De Luca, dr. Giuseppe Pollaci, prof.ssa Lidia Proietti, dr. Nando Rapisarda, dr. Giuseppe Saffioti, dr. Carlo Sciacchitano e dr. Alfonso Terrasi.

Si tratta di una commissione tecnica che vede la presenza di numerosi colleghi, specialisti in Medicina del Lavoro e altri esperti della materia, provenienti dai vari settori sanitari pubblici e privati della provincia.





DEVO CHIEDERE LA RICONGIUNZIONE DEI CONTRIBUTI?

Egregio Presidente,
vorrei, se possibile, alcune delucidazioni. Nato nel '45, laureato nel '72, specializzato nel '76, assistente ospi-

daliero dapprima incaricato poi di ruolo, convenzionato (medicina generale) con le varie Inadel-Enpas-Inam per poi passare nel '79 alla attuale convenzione del Ssn, riscattati i 6 anni di laurea, attività libero professionale dal '73. Devo chiedere la ricongiunzione dei contributi? O esistono altri istituti (es. totalizzazione) più convenienti per il mio caso? Allo stato attuale potrei andare in pensione? Quando devo fare domanda di pensione (vecchiaia e/o anzianità)? In ogni caso quale trattamento pensionistico percepirò mensilmente (specificando, se possibile, l'importo lordo e il netto)? Al compimento del 65° anno di età? Da pensionato, posso proseguire la mia attività professionale (al contempo in convenzione e libera)? Fino a che età? Se la pensione è compatibile con la prosecuzione dell'attività, quando percepirò la pensione, la mia retribuzione per l'attività convenzionata subirà conseguenze? In ultimo, mi merita chiedere la pensione al 65° anno di età o più tardi?

Con mille ringraziamenti porgo distinti saluti.

(lettera firmata)

Caro Collega,
in esito alle richieste informazioni, ti rappresento quanto segue.

Sulla posizione previdenziale in essere presso il Fondo dei Medici di Medicina Generale risultano accreditati contributi, dal febbraio '74 al novembre 2009, pari ad € 222.823,61.

Sulla scorta dei suesposti dati ti informo, preliminarmente, che potresti collocarti a riposo per anzianità da subito, avendo maturato tutti i prescritti requisiti.

Tuttavia ti suggerisco di attendere il compimento del 65° anno di età, nel mese di novembre p.v., presentando la domanda di pensione nell'imminenza di quella data al fine di poter usufruire del trattamento di quiescenza per vecchiaia a decorrere dal successivo mese di dicembre. Nel merito, è stata effettuata una stima che ne ha determinato l'entità in circa € 2.700,00 lordi mensili.

Ti faccio presente, inoltre, che risultano contabilizzati a tuo nome i contributi versati al Fondo di Previdenza Generale, sia quelli emessi annualmente a mezzo di ruoli esattoriali ed affluenti alla Quota A, sia quelli dovuti alla Quota B per l'esercizio dell'attività libero-professionale. Nella fattispecie tale ultima contribuzione viene versata con l'aliquota ridotta del 2%, avendone tu chiesto l'ammissione in quanto già titolare di copertura previdenziale obbligatoria presso l'Inpdap.

Il Fondo di Previdenza Generale, in ottemperanza alla normativa vigente, eroga solo le prestazioni di vecchiaia a decorrere dal 65° anno di età. Nel tuo caso, in costanza di contribuzione, garantirà un rateo mensile stimato, complessivamente, in circa € 320,00 lordi mensili.

Anche per tale gestione è richiesta la preventiva presentazione della domanda di pensione, all'approssimarsi dei 65 anni.

Ti rappresento che i trattamenti pensionistici erogati dalla Fondazione Enpam sono assoggettati alla ritenuta fiscale determinata dall'Inps, nella sua qualità di gestore del casellario pensionistico. Non è possibile, pertanto, determinare in questa sede l'aliquota da applicare agli importi lordi ipotizzati e darti conto di quelli netti che scaturiranno.

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

È pertanto opportuno che tu proceda, prima della cessazione del rapporto professionale, ad una ulteriore verifica presso il Servizio competente all'erogazione della pensione.

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

In ordine agli ulteriori quesiti da te posti, ti rendo noto che il pensionamento presso il Fondo dei Medici di Medicina Generale deve essere anticipato dalla definitiva cessazione dell'attività in convenzione. Tuttavia, l'iscritto può scegliere di proseguire l'attività di specie fino al compimento del 70° anno di età senza ulteriori proroghe, e godere del trattamento di quiescenza a seguire.

Presso il Fondo di Previdenza Generale, invece, al medico viene erogato mensilmente il rateo di pensione dall'età di 65 anni.

Egli può poi decidere di continuare a versare i contributi alla Quota A, fino, al massimo, al 70° anno di età, e/o di proseguire l'attività libero-professionale, senza limiti temporali, versando, obbligatoriamente, i corrispondenti contributi

alla Quota B con l'aliquota del 2%, salvo espressa richiesta di elevarla al 12,50%. Ogni triennio gli viene riconosciuto, d'ufficio, un supplemento di pensione.

In merito ai contributi versati per l'attività di dipendente ospedaliero, ti suggerisco di interrogare l'Inpdap circa la loro destinazione e, nello specifico, assumere informazioni sull'effettiva possibilità, anche in considerazione del riscatto effettuato, di trarne una rendita all'età pensionabile.

In caso di negativo esito di questo accertamento, ti consiglio di presentare a questa Fondazione la domanda per ricongiungere i contributi di specie presso il Fondo dei Medici di Medicina Generale.

Una volta effettuati i dovuti calcoli, ti verrà inviata una proposta, non vincolante, riportante le modalità di trasferimento dei contributi (eventuali oneri da sostenere ovvero operazione senza costi) e connessi benefici previdenziali.

Qualora, ulteriormente, l'operazione dovesse rivelarsi non vantaggiosa potrai, in alternativa, accedere alla totalizzazione dei periodi contributivi, istituto fruibile al verificarsi delle seguenti condizioni: cessazione dell'attività lavorativa; non essere titolare di alcun trattamento pensionistico;

aver compiuto 65 anni di età e 20 di anzianità contributiva cumulativa; aver maturato, in alternativa, 40 anni di anzianità contributiva a prescindere dall'età anagrafica. In presenza dei citati requisiti è possibile totalizzare, a titolo gratuito, gli spezzoni contributivi giacenti presso differenti gestioni previdenziali. Ogni Ente versa, pro

quota, la prestazione di spettanza all'Inps, istituto incaricato ex lege dell'erogazione del trattamento all'avente diritto.

Ti saluto cordialmente.

Eolo Parodi



QUESTI I TUOI CONTRIBUTI NEL FONDO DELLA LIBERA PROFESSIONE

Caro Presidente,

nata a Milano nel '55, e ivi residente, le chiedo gentilmente: un parere circa un eventuale ricongiunzione dei contributi diversi, un preventivo per ipotesi di riscatto di anni 3 di percorso studi, e un'ipotesi di importo pensione al compimento del 65° anno. Dal momento che lavorerò ancora come libero professionista, proseguirò con i versamenti Enpam; ma qualora volessi anticipare l'età pensionabile avrebbe senso ipotizzare un trasferimento dei contributi Enpam sui Fondi Inps e se fosse possibile cosa dovrei fare e quali oneri dovrei sostenere? Ci sono altre eventuali possibilità, visto che sulla previdenza escono leggi frequenti? Qualora decidessi di riscattare da uno a tre anni del mio corso di laurea/specializzazione, sarebbe possibile avere un preventivo degli importi da pagare e con quale rateizzazione? Qualora proseguissi i versamenti come libero professionista fino al compimento del 65° anno con un importo annuo compreso tra 5.500,00 e 6000,00 euro, a quanto ammontereb-

be la pensione mensile a partire dal settembre 2020 (avrei raggiunto 37 anni di contributi quota A e 29 anni di contributi quota B)?

Distinti saluti.

(lettera firmata)

Cara Collega, in esito alle richieste informazioni, ti rappresento, innanzitutto, che i contributi dovuti al Fondo di Previdenza Generale (sia quelli di Quota A, emessi a mezzo di ruoli esattoriali, che quelli derivanti dall'esercizio dell'attività libero professionale, affluenti alla Quota B) hanno, ex lege, natura obbligatoria. Non possono, pertanto, essere oggetto di ricongiunzione passiva presso altre gestioni previdenziali.

Per quanto riguarda, in particolare, la tua posizione previdenziale, ti informo che presso il Fondo della Libera Professione - Quota B risultano accreditati contributi per un totale di euro 75.382,62, versati per redditi dichiarati tra il 1990 ed il 2008.

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

Nel dettaglio, la stima effettuata ha determinato, per la Quota A, un trattamento mensile lordo di circa euro 300,00.

Per quanto riguarda la Quota B, i calcoli sono stati effettuati ipotizzando, come richiesto, una contribuzione annua costante di euro 5.500,00, con la vigente aliquota (12,50%), fino all'età del collocamento a riposo.

Ne è scaturito un rateo di circa euro 1.700,00 lordi mensili.

Inoltre, qualora fossi interessata al riscatto di 3 anni del corso di laurea, dovresti affrontare un onere stimato in circa euro 20.000,00, pagabili in unica soluzione, ovvero secondo un piano di ammortamento di tre, sei o nove rate.

In merito, ti rappresento che puoi presentare la relativa domanda, reperibile sul sito Internet www.enpam.it o presso l'Ordine provinciale. A seguire, gli uffici ti invieranno una proposta, non vincolante, con importi dettagliati e precisi piani rateali di versamento.

Pertanto, ti ricordo che risultano accreditati a tuo nome contributi sul Fondo degli Specialisti Ambulatoriali per euro 812,46.

Tali versamenti, effettuati complessivamente tra il 1989 ed il 1994, ti daranno diritto all'erogazione di un ulteriore trattamento pensionistico, sempre dal compimento dei 65 anni, di entità commisurata al montante contributivo versato.

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

È pertanto opportuno che tu proceda, prima della cessazione del rapporto professionale, ad una ulteriore verifica presso il Servizio competente all'erogazione della pensione.

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

Ti saluto cordialmente.

E. P.

di Gian Piero Ventura (*)

Il mondo filatelico sta scaldando i motori per questa nuova stagione, che è ripartita con molte emissioni dato che solo in questo mese di ottobre ne sono previste 15, specialmente negli ultimi giorni in concomitanza con la manifestazione *RomaFil*, prevista dal 29 al 31 presso il Palazzo dei Congressi all'Eur. Quest'anno, tra l'altro, l'evento sarà ancora più importante data la presenza tra i collezionisti in gara di tre squadre provenienti da Grecia, Regno Unito e Spagna. Così come internazionale sarà pure la giuria.

Un dato di crescita che si va ad affiancare a quelli presentati nell'ultima relazione semestrale di Poste Italiane, qui si evincono i numeri calanti del traffico postale dove gli invii sono diminuiti del 3,2%, passando da 3.100 milioni di pezzi a 3.002, in modo da far abbassare i ricavi del -1,6%, scendendo da 2.155 milioni di euro a 2.121.

Bisogna notare però che il dato economico comprende anche il risultato del settore filatelico che è invece aumentato passando da 94 milioni a 108 milioni. Un dato decisamente in controtendenza e di certo un titolo di merito per la Divisione Filatelia. In ogni caso, per chiudere con completezza l'informazione, il gruppo Poste Italiane ha dimostrato buona salute complessiva, visto che i ricavi totali sono saliti a 12.393 milioni di euro ri-

Francobolli nella capitale alla fine di ottobre

La manifestazione si svolgerà dal 29 al 31 presso il Palazzo dei Congressi all'Eur. La novità per i collezionisti in gara è la presenza di una giuria internazionale.

I numeri dell'ultima relazione semestrale di Poste Italiane



petto ai 9.373 milioni del primo semestre 2009.

Chi invece deve fare i conti con numeri certamente inferiori, e con l'incubo di future riduzioni è la lista dei 232 Enti cosiddetti "inutili", inseriti in un primo tempo tra i tagli della Finanziaria e in seguito stralciati, per essere successivamente rivalutati dal ministero dei Beni Culturali. Di

questo lungo elenco alcuni li conosciamo abbastanza bene e sappiamo che opera svolgano; tra i tanti citiamo ad esempio l'Istituto Luigi Sturzo, la Fondazione Luigi Einaudi, l'Istituto Carlo Cattaneo e l'Accademia Angelica Costantiniana. Ne esiste poi uno che riguarda più direttamente il mondo che ci appassiona, ovvero l'Istituto di Studi Storici e

Postali che ha sede nella città di Prato.

In una nota ufficiale infatti viene spiegato *"Se l'Istituto sarà costretto a chiudere per i tagli alla cultura, il sito www.issp.po.it verrà definitivamente oscurato. Non sarà più possibile effettuare ricerche bibliografiche nella biblioteca dell'Istituto; non sarà più possibile effettuare ricerche tramite il database dell'Istituto; non sarà più possibile consultare gratuitamente rare riviste specialistiche; non sarà più possibile leggere antiche guide postali e di viaggio; non sarà più possibile ascoltare le registrazioni delle lezioni tenute dai docenti nei passati seminari «Scrittura e comunicazione»; non sarà più possibile visionare carte stradali d'epoca e mappe di itinerari postali; non sarà più possibile consultare comodamente on-line l'inventario del fondo Poste custodito presso l'Archivio centrale dello Stato a Roma per prenotare la visione dei documenti"*.

Non possiamo che augurarci che questa, di storia, possa trovare un lieto fine.

(*) gp.ventura@enpam.it



Gli stand di RomaFil



A cura
dell'avv. Pasquale Dui (*)

Negli ultimi decenni le sentenze emesse dagli organi giudiziari (in particolar modo dalla Corte di Cassazione) unitamente agli orientamenti dottrinali dominanti in tema di colpa professionale hanno provveduto ad enunciare principi ed opinioni estremamente favorevoli nei confronti degli esercenti l'attività medica, nel senso che solo di fronte ad errori macroscopici si è ravvisata la sussistenza della responsabilità penale.

Un tale orientamento, con le debite eccezioni, si è mantenuto costante sin dalla prima metà del secolo scorso ma, per ragioni di brevità, possiamo limitare l'indagine agli ultimi anni, in quanto è in tal periodo più recente che vi è

Il medico, vittima o artefice del sistema giuridico italiano?

stata una evoluzione di un certo rilievo.

Può cominciarsi col dire che agli inizi degli anni ottanta ancora si ribadisce che nell'esercizio della professione sanitaria costituisce colpa penalmente rilevante non qualsiasi errore terapeutico o diagnostico, bensì l'errore inescusabile, conseguente alla violazione delle regole generali e fondamentali della scienza medica tenendosi peraltro presente, al momento della valutazione di tale errore, che le nozioni di imperizia, negligenza ed imprudenza presentano, nel campo medico, peculiari caratteristiche per il frequente insorgere del rischio e del fortuito.

Qualche tempo dopo i Supremi Giudici resero ancora più chiaro il loro pensiero affermando a chiare lettere che la colpa professionale deve essere valutata con larghezza di vedute e comprensione, sia perché la scienza medica non determina in ordine allo stes-

so male un unico criterio tassativo di cure, sia perché nell'arte medica l'errore di apprezzamento è sempre possibile. Successivamente la Suprema Corte introdusse nella materia in esame il concetto di colpa grave concetto mutuato dal diritto civile e inserito con decisione nell'ambito delle norme penali.

Tale colpa è da riscontrarsi nell'errore inescusabile che trova origine o nella mancata applicazione delle cognizioni generali e fondamentali attinenti alla professione o nel difetto di quel minimo di abilità e perizia tecnica nell'uso dei mezzi manuali o strumentali adoperati o, infine, nella mancanza di prudenza e diligenza. Gli stessi principi sono contenuti anche in altre decisioni che, in più, hanno precisato il concetto di cognizioni fondamentali nel senso che queste vanno rapportate alla specializzazione del medico. Per cui, nel caso di specialista, non può prescindere dal valutare la sussistenza delle cognizioni particolari e specifiche che quel sanitario deve necessariamente possedere e che fanno parte del suo campo di azione.

Da ricordare ancora una sentenza emessa di recente dalla Corte di Appello di Milano secondo la quale la discrezionalità del chirur-

go nella scelta delle modalità di intervento non è insuscettibile di controlli in sede penale; la difficoltà ed i rischi che comporta la tecnica cui il chirurgo fa ricorso, mentre impone un particolare rigore nell'esecuzione dell'intervento, soprattutto rende doverosa una particolare prudenza e diligenza. Il limite della colpa grave riguarda solo l'imperizia e non anche la negligenza e l'imprudenza. Nello stesso senso si è pronunciata anche la Cassazione: il prestatore di opera intellettuale è tenuto ad osservare le comuni norme di diligenza, di prudenza e di perizia e a rispettare le disposizioni di legge che disciplinano l'esercizio della sua attività professionale, con la conseguenza che egli è chiamato a rispondere dell'evento lesivo per colpa generica nel caso di una condotta professionale violatrice dei principi innanzi enunciati. Nell'ipotesi invece che la prestazione professionale implichi la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà la legge (art. 2236 C.C.) prevede un'attenuazione della normale responsabilità nel senso che il professionista risponde soltanto per dolo o colpa grave. •

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



Organi Collegiali

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

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

COMITATO ESECUTIVO

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

COLLEGIO SINDACALE

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

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

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. 8

DEL 21/09/2010

**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



Discovery Smile è una Associazione Onlus intitolata a Monica Cappelletti, medico anestesista deceduta nel marzo del 2008, a poco più di quaranta anni. Discovery Smile significa “alla scoperta di un sorriso”, non ha scopo di lucro, si pone esclusivamente finalità di solidarietà sociale, in particolare a favore dell’infanzia economicamente disagiata, abbandonata o priva di assistenza, in Italia e all’estero. L’intenzione è di soddisfare il più grande desiderio di Monica, quello di aiutare i bambini. Discovery Smile ha sposato il progetto per la costruzione della scuola materna nel Denden Camp di Asmara. Ci saranno due aule spaziose, uffici per le insegnanti, magazzino, cucinotto, laboratorio, biblioteca, servizi igienici. Dare ai bambini delle aule pulite e confortevoli, servizi igienici collegati alle fognature, cibo caldo al momento del pasto, rende più piacevole andare a scuola, imparare, prepararsi al futuro. Il nuovo asilo potrà ospitare 160 bimbi su due turni, suddivisi in classi per fasce di età; le maestre avranno l’opportunità di crescere professionalmente e usufruire di un posto di lavoro più salubre.

Discovery Smile onlus - Via Germanico 96 00192 Roma, tel. 06 97619837 - www.discoverysmile.it

Servizio Accoglienza Telefonica

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

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

NOTIZIE FLASH

Terremoto Abruzzo – Ulteriore sospensione dei termini di versamento

Ai sensi del comma 3, dell'art. 39 del Decreto Legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito con Legge 30 luglio 2010 n. 122, la sospensione del versamento dei contributi previdenziali ed assistenziali è stata ulteriormente prorogata **fino al 15 dicembre 2010 esclusivamente** nei confronti dei soggetti di cui all'art. 1, comma 1, dell'Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri del 30 dicembre 2009, n. 3837, **titolari di redditi di impresa o di lavoro autonomo, con volume d'affari non superiore a 200.000 euro.**

Quota A - pagamento contributi 2010

Il 30 settembre scade la terza rata del contributo di Quota A.

Quota B - redditi professionali 2009

Mancato ricevimento modello D personalizzato: coloro che non sono 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 l'Ordine provinciale di appartenenza.

Ricevimento del bollettino MAV: coloro che hanno inviato la dichiarazione (modello D) entro il 31 luglio riceveranno il bollettino MAV precompilato con scadenza 31 ottobre. Coloro che, invece, hanno presentato tale dichiarazione successivamente al 31 luglio dovranno attendere il bollettino MAV.

Pagamento del contributo: il pagamento dovrà essere effettuato non oltre il termine indicato sul bollettino MAV precompilato e dovrà essere effettuato in unica soluzione, **non sono ammesse rateazioni.** Il bollettino MAV è pagabile presso qualsiasi Istituto di Credito o Ufficio postale.

Mancato ricevimento del bollettino MAV: la mancata ricezione del bollettino MAV non esonera dall'obbligo del versamento. In tal caso è necessario contattare il numero verde della Banca Popolare di Sondrio 800.24.84.64 e chiedere un duplicato.

Sanzioni per il ritardato pagamento: il vigente regime sanzionatorio, in caso di pagamento dei contributi oltre il termine regolamentare, prevede:

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

Variazione dell'indirizzo

1. Medici pensionati ancora iscritti all'Albo

La variazione dell'indirizzo di residenza deve essere co-

municata al Servizio Prestazioni Fondo Generale esclusivamente tramite l'Ordine provinciale di appartenenza.

L'indirizzo di domicilio può invece essere comunicato direttamente con l'apposito modulo disponibile sul sito www.enpam.it (MOD.DOMICILIO PENSIONATI) a mezzo posta ordinaria alla Fondazione, via Torino 38, 00184 Roma oppure tramite fax al n. 06.48.294.648, corredato della copia di un documento di identità in corso di validità.

2. Medici pensionati non più iscritti all'Albo

La variazione dell'indirizzo di residenza deve essere comunicata direttamente con l'apposito modulo disponibile sul sito www.enpam.it (MOD.RESID.PENS. NON ISCRITTI ALL'ORDINE E SUP.) per posta ordinaria alla Fondazione, Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma oppure tramite fax al n. 06.48.294.648, corredato della copia di un documento di identità in corso di validità.

3. Superstiti (vedove, orfani, genitori, fratelli e sorelle dell'iscritto deceduto)

La variazione dell'indirizzo di residenza deve essere comunicata direttamente con l'apposito modulo disponibile sul sito www.enpam.it (MOD.RESID.PENS. NON ISCRITTI ALL'ORDINE E SUP.) per posta ordinaria alla Fondazione, Servizio Prestazioni Fondo Generale, via Torino 38, 00184 Roma oppure tramite fax al n. 06.48.294.648, corredato della copia di un documento di identità in corso di validità.

4. Iscritti attivi

La variazione di residenza deve essere inoltrata all'Ente esclusivamente tramite l'Ordine provinciale di appartenenza. L'eventuale elezione di domicilio può invece essere comunicata anche alla Fondazione mediante l'apposito modulo (MOD.DOM) disponibile sul sito www.enpam.it. La dichiarazione deve essere trasmessa a mezzo raccomandata o tramite fax al n. 06.48.294.913, corredata della copia di un documento d'identità in corso di validità.

Stampa dei duplicati MAV e RAV

Gli utenti registrati presso il portale www.enpam.it possono stampare dall'Area riservata i duplicati dei bollettini già emessi a loro carico.

Il pagamento potrà essere effettuato **esclusivamente** presso gli Istituti di credito oppure utilizzando le procedure on-line.

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

