

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



**2**

**PARODI**  
**Uniti**  
**di fronte**  
**alla crisi**

**3**

**ENPAM**  
**La Fondazione**  
**non costa nulla**  
**allo Stato**

**4**

**PREVIDENZA**  
**Autonomia**  
**in campo**  
**attuariale**

*periodico*

DCOER0953

Omologato

**Posteitaliane**

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

# un futuro di certezze.

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

## Sei giovane? sfrutta la capitalizzazione!

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

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

## Come pagare MENO TASSE

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

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



## Per aderire:

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



PER INFORMAZIONI:

Tel. 06 48294333 Sig.ra DANIELA BRIENZA

Tel. 06 48294337 Sig.ra PAOLA CINTIO

Fax 06/48294284 - E-mail: [segreteria@fondosanita.it](mailto:segreteria@fondosanita.it)

**www.fondosanita.it**

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

**in questo numero**

- 2** Uniti di fronte alla grande crisi
- 3** L'Enpam non costa nulla allo Stato
- 4** Manovra estiva e Casse privatizzate
- 5** Autonoma operatività in campo attuariale
- 6-7** Pensioni, la sfida demografica
- 8** A novembre il Convegno Enpam
- 9** Federspev
- 10** Quota "A": opportunità previdenziale
- 11** Progetto Giovani
- 12** Fnomceo: al via corso su Audit clinico
- 13** Medicina, notizie in breve
- 14-15** L'intervista/1: medici con le stellette
- 16-17** L'intervista/2: implantologia
- 18-19** L'intervista/3: Aids, trattare e prevenire
- 20-21** Social networking per lavorare insieme
- 22** Sifop: attività formativa a distanza
- 23** Al via l'annuale appuntamento Sir
- 24-25** Responsabilità sanitaria: prospettive extragiudiziarie
- 26** Vaccinazione Hpv
- 27** FondoSanità, come integrare la rendita pensionistica

- 28-29** Tecnologie ottiche per prevenzione al seno
- 30-31** Notizie
- 32-33** Giovani medici, antiche vocazioni
- 34** Accadde a... Ottobre
- 35-40** Congressi, convegni, corsi
- 41** Medici e sport: la canoa
- 42-43** Vita degli Ordini
- 44-45** Malati illustri: Carlo Alberto di Savoia
- 46-47** Lisa Sanders, il vero "dottor House"
- 48-49** Società e violenza giovanile
- 50-53** Recensioni libri
- 54-55** Antica osteria: l'Albergaccio del Machiavelli
- 56** Cracovia, capitale della musica barocca
- 57** Mostre ed esposizioni in Italia
- 58** Film: la fotografia
- 59** Paolo Conte, genio "sgangherato"
- 60-61** Lettere al Presidente
- 62** Filatelia
- 63** L'avvocato
- 64** È morto De Luca, primo d.g. Enpam



(Genova), già vincitore della scorsa edizione; "Un incoraggiamento imprevisto" di Fabrizio Bassani (Vimercate - Monza). Per la sezione poesia: "Crepuscolo" di Pasquale Di Fronzo (Bari); "1959" di Santi Adragna (Palermo), che è stata inviata dalla vedova dello psichiatra deceduto nel 2008; "Il treno di notte" di Sergio Galluzzi (Siena). Per maggiori informazioni: Segreteria Premio: Via di Tempagnano 854 - 55100 Lucca; tel. 0583952236, cell. 3477120653.

**Premio letterario 2011 "Il Treno"**

Il 6 agosto scorso, presso la piazzetta della chiesa S. Maria di Benabbio (Bagni di Lucca), si è tenuta la premiazione della terza edizione del concorso letterario "Il Treno", organizzato dall'associazione culturale "Il Muro Magico", di cui avevamo dato annuncio sul numero 3 della nostra rivista.

Quasi tutti medici gli autori dei racconti e delle poesie vincitrici. Per la sezione racconto: "La sorpresina" di Aldo Tedeschi (Roma); "Il mal di treno" di Giuseppe Pacini

## Uniti almeno di fronte alla grande crisi



**di Eolo Parodi**

**C**redo che l'umanità sia sconvolta dalle sfide che mettono in crisi la gestione autonoma e personale delle questioni e ci provocano momenti di vera paura.

Ci troviamo di fronte a qualcosa che spesso è peggio di una guerra, peggio di disastri diversi: giovani e vecchi ricorderanno queste giornate dove ci sentiamo indifesi, perdendo spesso il nostro abituale ottimismo che si trasforma

quasi in una stanchezza collettiva.

È necessario invece gestire questi momenti difficili, richiamando in ognuno di noi, nonostante tutto, ciò che accade quotidianamente senza più regole e principi.

Il punto essenziale è che essere presenti è l'unica arma che può farci sognare il ritorno ad una condizione di orgogliosa fiducia.

È questo un appello che faccio a tutti: ognuno vive questa situazione sentendone, minuto per minuto il peso sulle spalle, spesso nell'abbandono a momenti di vera preoccupazione. Ci si chiede: che cosa dobbiamo fare? Abbiamo solo la possibilità di pensare e lavorare per il futuro che vorremmo.

L'attuale situazione così pesante costringerà ciascuno di noi, entro i propri confini, a pagare sofferenze e paure. Perciò, ripeto, una parola sola, un unico programma: uniti contro tutto e tutti. •





di Alberto Oliveti (\*)

**B**locco o addirittura abolizione delle pensioni di anzianità, riscatti di laurea e di leva non più tenuti in conto: l'estate che ci siamo appena lasciati alle spalle ha visto approdare in Parlamento le proposte più disparate per mettere una toppa al gigantesco buco del sistema previdenziale pubblico italiano. Ogni volta, durante le ore concitate dei conciliaboli politici, abbiamo seguito con attenzione l'evolversi della situazione. Quasi ogni volta, per fortuna, abbiamo concluso la giornata tirando un sospiro di sollievo: le modifiche proposte non avrebbero riguardato il sistema delle Casse privatizzate al quale l'Enpam appartiene (si veda articolo a pagina 4). Se la nostra "cassaforte" continua a rimanere tutto sommato al riparo dagli assalti più aggressivi lo si deve a una ragione: a differenza di Inps e Inpdap, l'Enpam non costa nulla alle casse dello Stato. Da uno studio del prof. Massimo Angrisani, or-

Obiettivo: gradualità per la riforma 2012

## L'Enpam non costa nulla alle casse dello Stato

dinario di Tecnica attuariale della previdenza, emerge infatti che su ogni 100 euro di pensione pagati dall'Inps meno di 68 sono coperti dai contributi degli iscritti: il resto lo aggiungono i cittadini con le loro tasse. All'Inpdap va un po' meglio: lo Stato mette "solo" 14 euro ogni 100 versati ai pensionati. Nel caso della nostra Fondazione, invece, non solo il fisco non mette nulla ma addirittura prende, attraverso un'ingiusta (e purtroppo crescente) doppia tassazione. Il fatto che i nostri conti siano migliori rispetto a quelli degli enti pubblici non ci esonera però dalle riforme. Il nostro sistema infatti è anche più generoso rispetto agli altri e se vuole continuare ad esserlo deve adeguare le sue prestazioni all'aspettativa di vita reale. Tanto per fare un esempio: attualmente al compimento del sessantacinquesimo anno d'età un medico ospedaliero comincia a percepire dall'Inpdap 54 euro (di cui quasi 9 sono aggiunti dallo Stato) per ogni mille euro di contributi versati durante la sua vita professionale; a parità di contributi, invece, un medico di medicina generale riceve dall'Enpam 91 euro (per giunta a costo zero per la collettività dei contribuenti). Tuttavia il nostro sistema è parametrato su

un'aspettativa di vita non più realistica. Infatti, se un quarto di secolo fa si stimava che gli italiani vivessero fino a 74 anni, l'ultimo censimento ISTAT ci dice che gli uomini possono sperare di vivere fino a 83 anni e le donne fino a 87 e mezzo. Il camice bianco, oltretutto, allunga la vita: le statistiche Enpam dimostrano infatti che i medici e gli odontoiatri vivono un anno in più della media. La conseguenza è che dobbiamo pagare pensioni per un periodo più lungo. Come ci riusciremo? Abbiamo annunciato più volte che il 2012 sarà l'anno della nostra riforma pensionistica che porterà tranquillità e stabilità di lungo termine ai conti dell'Enpam. Questo vuol dire che **chi può dovrebbe cercare di andare in pensione entro il 31 dicembre 2011? No**, e lo possiamo dire serenamente. Abbiamo iniziato un viaggio per l'Italia per dibattere le linee della riforma. A novembre, inoltre, faremo una sintesi nel corso di un grande convegno a Roma e solo successivamente il Consiglio nazionale (cioè i 106 Presidenti degli ordini provinciali) voterà i cambiamenti. Abbiamo già assicurato che non vogliamo toccare le pensioni in essere, non vogliamo scoraggiare la generazione futura a contribuire al-

la Fondazione e lo faremo mantenendo il nostro sistema più conveniente rispetto a quello statale, non vogliamo intervenire sul valore già assegnato ai contributi pagati dai lavoratori attivi (principio del pro rata) per cui ogni intervento agirà sui contributi dovuti dopo la riforma, non vogliamo obbligare i medici e gli odontoiatri ad andare in pensione a una certa età ma ci teniamo a mantenere un sistema di vie d'uscita a partire dai 58 anni. Nelle prossime settimane, con in mano le complesse simulazioni fornite dagli attuari, saremo in grado di valutare gli effetti delle diverse opzioni che abbiamo preso in considerazione. Le spiegheremo nel dettaglio e ci confronteremo con tutti perché nessuno sia colto di sorpresa. Certo, non tutti i cambiamenti dipenderanno da noi: le riforme dovranno essere ratificate dai ministeri vigilanti. A fronte della richiesta di attuare interventi profondi nell'arco temporale più breve possibile, noi ce la stiamo mettendo tutta per ottenere il massimo della gradualità. Contiamo sulla compattezza della categoria per dare forza alle giuste richieste dei medici e degli odontoiatri. •

(\*) *vice-presidente  
vicario Enpam*

# Manovra estiva e Casse privatizzate

di Giampiero Malagnino (\*)

**L**e manovre estive hanno cambiato le regole relative alle pensioni degli iscritti all'Enpam e, più in generale, dei professionisti iscritti alle Casse di previdenza privatizzate? La risposta è: no!

Due "proposte" hanno agitato e preoccupato i professionisti: l'eliminazione del valore dei riscatti degli anni di laurea e del servizio militare per il conteggio degli anni di contribuzione validi per raggiungere il diritto di andare in quiescenza (veniva, ovviamente, mantenuto il montante maturato) e l'istituzione della "grande Inps", cioè l'accorpamento di tutti gli enti di previdenza. La prima è rimasta una proposta di cui i promotori si sono pentiti dopo appena una nottata a causa delle giustissime proteste arrivate da tutti e, soprattutto, dalla verifica che avrebbe portato pochissimo risparmio assolutamente ingiustificato considerando l'ingiustizia insita nella proposta: "ma come - hanno detto in molti - non si può aumentare dal 5 al 15-20% la tassazione per coloro che 'scudano' i patrimoni riportati dall'estero perché si infrange un patto che lo Stato ha fatto con i cittadini, scorretti, e un altro patto, fatto con cittadini cor-

retti che hanno riscattato con regole ben precise dettate sempre dallo Stato, lo si può infrangere?" Rima- ne, comunque, il dubbio che se il risparmio fosse stato più sostanzioso, forse...! Ma non si può fare il processo alle intenzioni. Abbiamo tranquillizzato in quella giornata in cui la proposta era viva, i colleghi che si lamentavano di aver accettato i nostri consigli di fare i riscatti che una legge stava per diminuirne i vantaggi: quella regola, anche in mancanza di un testo, non poteva valere per gli iscritti alle Casse privatizzate, che autonomamente stabiliscono le regole, ma solo per gli iscritti alle Casse pubbliche. Fortunatamente anche per i colleghi ospedalieri, la proposta è saltata. La seconda è diventata legge! I giornali e i telegiornali hanno riportato la notizia dicendo che gli Enti di previdenza debbono essere accorpati entro sei mesi con un decreto del ministero dell'Economia e Finanze, sentito il ministero del Welfare! Hanno tutti dimenticato di scrivere "pubblici", dopo Enti di previdenza! Il clima - possiamo dirlo? - di sospetto ha portato buona parte di noi a leggere la norma, prima di tranquillizzarsi! Io sono andato a leggere anche la relazione tecnica di accompagnamento ed ho tira-

to un sospiro di sollievo leggendo l'elenco degli Enti: erano solo i pubblici!

Anche un altro comma aveva messo in guardia alcuni presidenti di Casse privatizzate: quello che imponeva l'eliminazione degli enti con meno di 70 dipendenti: il testo era abbastanza ambiguo, per cui, a Ferragosto, abbiamo protestato: ci hanno detto che non ci riguardava, ma poi sono stati presentati emendamenti che chiarivano la norma! Emendamenti respinti, ma... "poco male!" si è di molto affievolita la norma, per cui le piccole Casse sono tranquillamente fuori da quella norma.

Le Casse sono state interessate dalle due manovre estive?

Sì! E pesantemente! Con tre provvedimenti:

1) la vigilanza sugli investimenti finanziari delle Casse sarà affidata alla Covip, con il solito decreto dell'Economia sentito il Welfare. Alberto Olivetti aveva dichiarato che Enpam era favorevole ad una riforma della vigilanza che riducesse il numero dei vigilanti e ne aumentasse l'efficacia: Adepp ha avuto la garanzia



dal ministro Sacconi che il decreto sarebbe stato scritto dopo aver valutato le proposte delle Casse. Le Casse hanno approvato un decalogo di principi che devono informare la governance degli Enti (ampiamente già adottata e rispettata dall'Enpam) e che dovrebbe essere il cuore del decreto. La Covip è l'autorità di vigilanza sui fondi pensione complementare (FondoSanità): ha quindi una cultura, una legislazione di riferimento ed una organizzazione lontana da quella delle Casse di previdenza obbligatoria, per cui dovremo lavorare molto. Vi terrò informati sulle novità!

2) La tassazione sulle rendite finanziarie passa dal 12.5 al 20%, con buona pace delle nostre richieste di eliminazione, o almeno attenuazione, della doppia tassazione! Il ministro Sacconi, alle rimozioni del presidente Camporese e mie, ha risposto, in luglio, dando garanzie che sarebbe stata

---

**La vigilanza sugli investimenti finanziari delle Casse sarà affidata alla Covip**

---

mantenuta al 12,5%, come del resto avviene per i fondi pensione complementari. Diciamo che non ci è riuscito, stretto dalle valutazioni tecniche della Ragioneria generale dello Stato (non c'è copertura) e la fretta con cui sono passate le due manovre: non siamo soddisfatti! Lo abbiamo detto e lo diremo ancora, nella speranza che ci ascoltino! 3) Per una malintesa direttiva europea siamo stati inseriti nell'elenco degli enti

che debbono effettuare una gara per tutte le spese per beni e servizi di cui hanno bisogno: per individuare l'albergo in cui fare il convegno del 4 e 5 novembre, l'Enpam dovrà fare una gara! E per pagare un fornitore, per una richiesta della DDA (Antimafia), la manovra prevede la tracciabilità del pagamento: per sostituire gli pneumatici dobbiamo ottenere dall'Autorità per gli appalti un codice legato ad un conto cor-

rente attraverso cui pagare. Essendo un decreto è già legge: le Casse più grandi si sono attrezzate (bisogna che almeno 3 o 4 persone si dedichino a queste procedure), l'Enpam per prima, ma sembra che l'autorità ancora non abbia aggiornato il suo software! Quando lo farà? Nel frattempo possiamo pagare i fornitori? E se il Paese ha bisogno di lavoro, è giusto allungare i tempi con gare europee per lavori di manutenzione

di poche migliaia di euro? È in linea con la necessità che tutti sostengono che il Pil cresca?

Modestamente, sommessamente ci permettiamo di dire che siamo pronti a dare una mano al Paese (lo abbiamo fatto lo faremmo con più convinzione), ma chiediamo una legislazione più coerente e più seria, meno abborracciata e estemporanea, in una parola chiediamo, pretendiamo serietà! •

(\*) *Vice presidente Enpam*

## Autonomia operativa in campo attuariale

di Ernesto del Sordo (\*)

**I**l Consiglio di Amministrazione svoltosi lo scorso 29 luglio ha dato il via al progetto di acquisire autonomia operativa in campo attuariale.

La Fondazione, dopo aver provveduto a dotarsi delle risorse umane necessarie allo scopo, ha definito il per-

corso per costruire all'interno dell'Ente un software in grado di effettuare le proiezioni attuariali. A tal fine le competenze interne si avvarranno della consulenza dello studio Attuariale Orrù per ottenere uno strumento il più possibile allineato ai risultati del bilancio tecnico triennale. Per la piena operatività del pro-

getto il tempo stimato è di 12-18 mesi; nelle more, però, si è convenuto che l'attuario dell'Ente avrà accesso al software attualmente utilizzato dallo studio Orrù al fine di poter soddisfare sin d'ora tutte le esigenze di simulazioni attuariali utili alla definizione dell'assetto di riordino dei Fondi.

Già per le riforme in can-

tiere, quindi, sarà possibile servirsi di simulazioni attuariali interne con il vantaggio che per le stesse non sarà necessario rivolgersi a consulenze esterne, con indubbi positivi risvolti sui costi e sui tempi di acquisizione delle simulazioni.

Per il futuro, inoltre, il ricorso ad uno studio attuariale sarà limitato solo a quelle situazioni che prevedono una certificazione da parte di un professionista abilitato, mentre sarà sempre possibile acquisire all'interno, con la dovuta tempestività, ogni occorrenda valutazione attuariale per soddisfare ogni esigenza di intervento sul sistema previdenziale dei fondi gestiti dall'Enpam che dovesse man mano concretizzarsi. Per un Ente di previdenza complesso come l'Enpam l'iniziativa concretizza un significativo momento di efficienza per il costante monitoraggio e lo sviluppo dell'assetto previdenziale delle gestioni. •

(\*) *Vice direttore Enpam*





## Pensioni, la sfida demografica

Secondo le stime Eurostat, nel 2060 in Europa vi saranno in media solo due persone in età lavorativa per ogni over 65. Le riforme necessarie per garantire la sostenibilità del sistema

**di Claudio Testuzza**

**S**e, da una parte, l'allungamento dell'aspettativa di vita rappresenta un grande successo per le società europee, dall'altra l'invecchiamento demografico pone sfide significative per le economie e, in particolare, per i regimi previdenziali. La transizione demografica viene considerata una delle principali sfide che l'UE è chiamata ad affrontare. Nei decenni a venire, tutti i paesi UE registreranno forti incrementi della quota di popolazione rappresentata dagli anziani e un calo signifi-

ficativo della quota rappresentata dai giovani e dalle persone in età lavorativa. Attualmente, un dato che potrebbe sembrare positivo per il futuro dei sistemi previdenziali è rappresentato dalla constatazione che nel complesso dei paesi membri dell'Unione europea vi sono quattro persone in età lavorativa per ogni ultra sessantacinquenne. Ma le stime Eurostat rivelano che i trend demografici e migratori faranno variare tale rapporto fino a raggiungere nel 2060 un valore dimezzato: due persone in età lavorativa per ogni over 65. Una prospet-

tiva questa che dovrà condizionare le politiche previdenziali nazionali, che saranno tenute a perseguire idonee riforme al fine di garantire la sostenibilità dei rispettivi sistemi nel lungo periodo.

Analizzando l'evoluzione dei dati elaborati dall'istituto di statistica europeo, emerge che la popolazione complessiva dell'Unione, 500 milioni di individui a gennaio 2010, arriverà a un massimo di 521 milioni nel 2035. Anno in cui si prevede che il tasso positivo di immigrazione regolare non sarà più sufficiente a compensare l'impatto negativo

provocato dalla progressiva diminuzione delle nascite, deficitarie rispetto al tasso di mortalità già a far tempo dal 2015. Tanto che per il 2060 si profila una popolazione europea di 506 milioni di persone: l'Italia, con i suoi 60 milioni di abitanti, risulterà il quarto paese più popoloso, preceduta nell'ordine da Gran Bretagna (76,6 milioni), Francia (72 milioni) e Germania (70,7 milioni). Più in generale, l'Eurostat stima che la popolazione dovrebbe far registrare una crescita in 13 paesi membri, mentre dovrebbe diminuire nei restanti 14.

Gli incrementi più rilevanti sono attesi per Cipro (+66%), Irlanda (+53%), Lussemburgo (+52%) e Gran Bretagna (+25%).

## Sarà necessario un maggiore sostegno alle famiglie per incrementare la natalità

Analizzando l'età media delle popolazioni, è sottolineato che l'invecchiamento dei cittadini europei continuerà a progredire. Gli over 65 passeranno nei paesi dell'Unione dall'attuale 17,1%, al 30% nel 2060, mentre la percentuale degli ultra ottantenni toccherà quota 12,1% contro il 4,4% del 2010. Il dibattito che si è sviluppato in questi ultimi anni a livello delle principali istituzioni comunitarie ha evidenziato alcune condizioni su cui è possibile agire onde evitare che le proiezioni più allarmanti si traducano in realtà irreversibili.

Prime fra tutte, un adeguamento dei sistemi pensionistici, nel rispetto del principio di solidarietà tra le generazioni, e misure atte a favorire il prolungamento della vita lavorativa e a scoraggiare i prepensionamenti.

Ma anche, maggiore sostegno alle famiglie, finalizzato ad incrementare il tasso di natalità, nonché politiche in materia di immigrazione coordinate tra gli Stati membri che regolino i flussi, elemento di importante riequilibrio demografico, e garantiscano agli immigrati parità di condizioni di vita e di lavoro. •

## FONDI PENSIONI PRIVATI: IMPARIAMO DAL CONFRONTO

In uno studio pubblicato e realizzato dalla Commissione europea per la protezione sociale (SPC, *Social Protection Committee*), viene confermata la tendenza verso un crescente ricorso ai fondi pensione gestiti privatamente. Ma si pone in evidenza, anche, la necessità di coperture integrative e livelli di pensione adeguati. Lo studio, intitolato "Il sistema delle pensioni gestite privatamente e il suo contributo all'adeguatezza e alla sostenibilità delle pensioni", individua notevoli differenze di copertura e contribuzione tra i paesi dell'Unione, corrispondenti alla diversità dei sistemi utilizzati.

L'analisi ha l'obiettivo di incentivare i paesi dell'Unione ad imparare dalla comparazione tra le diverse esperienze nazionali, in linea con il "metodo di coordinamento aperto", il sistema europeo basato su obiettivi comuni e sullo scambio dei dati e delle migliori prassi (*best practice*). La ricerca rivela che in mol-

ti dei paesi membri si è progettato di incrementare, nel corso dei prossimi decenni, i fondi statutari, in termini sia di copertura sia di contribuzione per i redditi pensionistici.

Si prevede che lo sviluppo di tali scelte fornirà un incremento dei redditi da pensione tale da raggiungere il 10% del tasso di sostituzione (rapporto fra ultimo stipendio e trattamento pensionistico) in Svezia, circa il 20% in Italia, il 25% in Ungheria e tra il 20% e il 50% del tasso di sostituzione complessivo in Estonia, Lituania, Lettonia, Polonia e Slovacchia. Più in generale, la pubblicazione conferma quanto già documentato in uno studio del 2005: da una parte il trend verso un ruolo crescente delle pensioni private nei sistemi pensionistici degli Stati membri dell'Unione e, dall'altra, la previsione secondo cui in quasi tutti gli Stati, il sistema pensionistico pubblico a ripartizione (cioè quello basato sull'utilizzo dei contributi

versati annualmente dai lavoratori per finanziare le prestazioni pensionistiche dei pensionati) continuerà a essere la principale fonte di finanziamento dei redditi pensionistici, soprattutto per i pensionati meno abbienti. Lo studio ribadisce l'impegno della Commissione nel continuare a monitorare l'evoluzione dello sviluppo delle pensioni private, in relazione all'adeguatezza e alla sostenibilità, rivolgendo particolare attenzione ai tassi di povertà futuri, alla distribuzione del reddito tra la popolazione più anziana e alla situazione di quella femminile.

In conclusione, la Commissione per la protezione sociale auspica che i rapporti sulle strategie nazionali e i dibattiti politici nazionali sul ruolo delle pensioni private tengano nel debito conto variabili quali l'accesso, la copertura, le contribuzioni e la loro consistenza, secondo quanto indicato nelle "Note guida" adottate dalla stessa Commissione.

C.T.

# A novembre gli Stati Generali della Fondazione

Ordini, CAO, Consiglieri di amministrazione, membri delle Consulte e vertici sindacali si confronteranno sulle strategie del cambiamento.

All'ordine del giorno: previdenza, patrimonio e statuto

**L**a massima partecipazione e il massimo coinvolgimento di tutti coloro che sono interessati al governo dell'Enpam: sono questi i principi che il Consiglio di amministrazione sin dalla sua candidatura, confortato dai Consigli Nazionali di novembre 2010 e, soprattutto, di giugno 2011, ha deciso di seguire per i cambiamenti che ci devono vedere protagonisti.

Le riforme dovranno toccare i regolamenti dei fondi, per raggiungere la **sostenibilità a trent'anni** che la legge e i ministeri ci impongono; lo **Statuto della Fondazione** e la sua **"governance"**. Quest'ultima intesa non solo come procedure decisionali e di controllo dei vari processi interni alla struttura (dagli investimenti alla gestione dell'Asset Allocation Strategica all'uso più efficiente del sistema informatico), ma anche esterni (comunicazione agli iscritti, agli stake holders e al mondo esterno: il governo, il parlamento, le altre casse ecc.).

Le scadenze sono vicine, alcune di queste quasi immediate: basti pensare al bilancio preventivo che, per Statuto, deve essere appro-

vato entro novembre e alle riforme dei regolamenti che i ministeri ci chiedono di varare nel giro di pochi mesi. Altre questioni, pur non legate a un calendario, richiedono quanto prima una riflessione approfondita e collegiale: pensiamo allo sconvolgimento delle Borse mondiali e alla crisi dei Titoli di Stato italiani ed esteri, all'andamento dei mercati mobiliari e immobiliari e alla giusta richiesta degli iscritti e del Governo di effettuare investimenti che non mettano a rischio il no-

stro capitale. Un patrimonio che, non dimentichiamo mai, è composto dal risparmio previdenziale dei medici e dei dentisti italiani.

Grandi sfide, quindi, e poco, pochissimo tempo per riflettere e decidere. Questo Consiglio di Amministrazione ha elaborato molto e molto ha deciso sui temi che riguardavano la sua diretta responsabilità. Molto deve essere ancora fatto e deciso sui temi più ampi che sono stati prima esposti. Di tutto ciò dobbiamo occuparci in un periodo già denso di im-

pegni e di avvenimenti: il rinnovo dei Consigli direttivi e delle commissioni per gli iscritti all'Albo degli odontoiatri, i vari congressi dei sindacati, gli impegni del Consiglio Nazionale della Fnomceo e i tanti incontri promossi dagli Ordini provinciali.

Per questo abbiamo pensato di sfruttare alcuni eventi già programmati per discutere anche di previdenza e di Enpam. La Fondazione ha così intrapreso un **viaggio per l'Italia** per incontrare medici e odontoiatri in una serie di **dibattiti aperti**. Il confronto culminerà a Roma, il 4 e il 5 novembre con il **convegno "Scenari professionali, demografici ed economici: le risposte dell'Enpam"**, che il Consiglio di amministrazione ha voluto di organizzare prima dell'approvazione delle riforme e del bilancio preventivo 2012. •

## Gli appuntamenti della Fondazione

- 9 settembre, **Ravenna**, incontro organizzato dall'Ordine provinciale
- 10 settembre, **Forlì**, incontro organizzato dall'Ordine provinciale
- 24 settembre, **Trani**, incontro organizzato dall'Ordine provinciale
- 24 settembre, **Mantova**, incontro organizzato dall'Ordine provinciale
- 24 settembre, **Matera**, incontro organizzato dall'Ordine provinciale
- 26 settembre, **Pesaro**, incontro organizzato dall'Ordine provinciale
- 29 settembre, **Torino**, Congresso Fimp
- 3-8 ottobre, **Villasimius (CA)**, a margine del Congresso Fimmg
- 8 ottobre, **Napoli**, a margine del Consiglio nazionale Fnomceo
- 15 ottobre, **Agrigento**, incontro organizzato dall'Ordine provinciale
- 18-21 ottobre, **San Benedetto del Tronto (AP)**, a margine del Congresso Sumai-Assoprof
- 15 ottobre, **Novara**, a margine del Congresso Andi
- 22 ottobre, **Venezia**, incontro organizzato dall'Ordine provinciale
- 27 ottobre, **Firenze**, incontro organizzato dall'Ordine provinciale
- 29 ottobre, **Pisa**, incontro organizzato dall'Ordine provinciale
- 12 novembre, **Pescara**, incontro organizzato dall'Ordine provinciale
- 3 dicembre, **Crotone**, incontro organizzato dall'Ordine provinciale

# Pensioni, continua spremitura

di Marco Perelli Ercolini (\*)

**Q**uando c'è da tirare fuori delle risorse economiche per qualche manovra finanziaria dove pescare se non dalle pensioni?

Ormai è una abitudine, una prassi consolidata. Una volta c'era la gabella sul macinato, ora si pesca dalle pensioni. Tanto i pensionati non insorgono con eclatanti manifestazioni di protesta, al massimo mugugnano.

Alcuni decenni fa gli ospedalieri avevano la Cassa pensioni sanitari che con minori aliquote contributive era una florida Cassa previdenziale basata sulla capitalizzazione bilanciata. Ma poi i capitali tesaurizzati per le future pensioni vennero fagocitati dall'Inpdap e bruciati per sanare il rosso di altre gestioni.

Ma facendo un po' di storia, una prima stoccata sui pensionati avvenne nel 1977: alla legge che prevedeva l'aggancio della pensione alla dinamica salariale dei colleghi in attività lavorativa non seguì mai il provvedimento di attuazione per questa forma di garanzia di aggancio al potere corrente di acquisto.

Seguì un'altra mazzata: la sterilizzazione della scala mobile, sostituita dalla così detta perequazione automatica agganciata all'indice Istat di svalutazione con meccanismo scalare per fasce di importi: questo me-

canismo perverso dopo pochi anni porta il valore della pensione a una notevole perdita del suo potere di acquisto.

Non parliamo poi di quando viene totalmente sospesa oppure come quest'anno, per non incorrere in problemi di anticostituzionalità, erogata per le cosiddette pensioni d'oro cioè quelle pari a tre volte il minimo Inps (circa 1400 euro lorde mensili) in un illusorio, perché veramente irrisorio, aggiornamento cioè il 70% dell'Indice Istat del costo della vita.

Altra stoccata: dall'agosto di quest'anno le pensioni, non le retribuzioni delle buste paga degli attivi, stanno già da subito subendo i tagli per le somme eccedenti il tetto dei 90.000 e 150.000 euro lordi annuale nel coacervo di tutti i trattamenti. Va tenuto poi presente come le finestre mobili comportino, oltre a un aumento dell'età pensionabile, nei casi di anzianità massima contributiva per i titolari di pensione retributiva un versamento contributivo a vuoto cioè a totale beneficio dell'ente previdenziale senza influenza alcuna sul quantum economico.

Che dire poi, tra le varie spremiture, dei coefficienti di calcolo per la quantizzazione delle pensioni degli ospedalieri che dal 1993 non vengono più effettuate in base ai coefficienti di rendimento stabiliti dalla legge

965/1965, ma per l'anzianità maturata successivamente al 31 dicembre 1992, in base alla media delle ultime retribuzioni pensionabili con aliquote di rendimento a scalare coll'aumento degli importi?

Per le pensioni, interamente o in parte, calcolate col sistema contributivo le aliquote di rendimento sono già state riviste prontamente al ribasso. E a proposito della rivalutazione del montante è previsto l'aggancio al Pil e non al costo vita e ben sappiamo come perdita del potere d'acquisto (costo vita) e Pil (Prodotto interno lordo cioè la ricchezza del Paese) non sempre vanno d'accordo!

Infine, ciliagina sul dolce, i tagli delle pensioni di reversibilità che per la legge Dini vengono drasticamente taglieggiate secondo i redditi del coniuge superstite.

Non dimentichiamo poi

quell'altalena di sentenze varie, con tanti sì e molti no, sul riconoscimento dell'indennità integrativa speciale nelle pensioni indirette e di reversibilità.

A tutti questi punti eclatanti ci sono state poi anche le varie riforme che hanno limato vieppiù le pensioni che però, attenzione, non sono un assegno elargito dallo Stato, ma un corrispettivo pattuito e per il quale sono stati versati fior di contributi in attività lavorativa, troppo spesso deviati impropriamente sul sociale i cui fondi andrebbero reperiti invece tramite la fiscalità. E così nel tempo le pensioni di annata diventano pensioni dannate! •

(\*) Vice Presidente  
vicario Federspev

**Info FEDER.S.P.EV.**  
(Federazione nazionale  
sanitari pensionati e vedove)  
tel. 06.3221087,  
06.3208812,  
fax 06.3224383,  
e-mail [federspev@tiscalinet.it](mailto:federspev@tiscalinet.it)  
[www.federspev.it](http://www.federspev.it)



“Il Risorgimento italiano, 1861 – 2011, 150° della nascita del Regno d'Italia” è un libro edito dalla Federspev, sezione di Ravenna, che gli interessati potranno reperire presso l'Ordine dei medici e degli odontoiatri di Ravenna (Via Alcide De Gasperi 19, cap 48121 – tel. 0544/212625). Autore del volume è il dottor Romano Pasi che ha alle spalle più di un centinaio di saggi.

# Quota "A" del Fondo generale, opportunità previdenziale

**I**l 31 dicembre 1995 (legge 335/95) fa da spartiacque tra pensioni retributive e pensioni contributive con un sistema di transizione in pro rata: per i lavoratori che alla data del 31 dicembre 1995 hanno un'anzianità contributiva inferiore a diciotto anni, la pensione è determinata dalla somma della quota di pensione corrispondente alle anzianità acquisite anteriormente al 31 dicembre 1995 calcolata, con riferimento alla data di decorrenza della pensione, secondo il sistema retributivo previsto dalla normativa vigente precedentemente alla predetta data e per i periodi dopo il 1° gennaio 1996 della quota di pensione corrispondente al trattamento pensionistico relativo alle ulteriori anzianità contributive calcolato secondo il sistema contributivo. Per i lavoratori già iscritti alle forme di previdenza obbligatoria (Ago e forme esonerative e sostitutive) che alla data del 31 dicembre 1995 possono far valere un'anzianità contributiva di almeno diciotto anni, la pensione è interamente liquidata secondo

la normativa vigente in base al sistema retributivo. In particolare, la locuzione "anzianità contributiva" va intesa come riferita a ogni contribuzione esistente presso qualsiasi gestione previdenziale; infatti non viene precisato che l'anzianità debba essere maturata nell'am-

o figurativa compresi i periodi di lavoro all'estero, la maternità obbligatoria al di fuori del rapporto di lavoro e il servizio militare di leva. Da cui il doppio vantaggio del riscatto dei periodi ammessi (laurea e specialità) se antecedenti temporalmente al 1° gennaio 1996: maggior

## La Quota A va intesa come contribuzione previdenziale obbligatoria seppur non derivata da attività lavorativa

bito di una sola di esse. Debbono pertanto essere considerati tutti i periodi coperti da contribuzione effettiva

anzianità contributiva per il calcolo economico del trattamento di pensione e diritto alla

pensione e, soprattutto, possibilità di aumentare l'anzianità contributiva ad un fondo di previdenza obbligatoria, utile per il calcolo col sistema retributivo.

Ai fini della applicazione il lavoratore dovrà far pervenire al proprio ente previdenziale tramite l'amministrazione o ente datore di lavoro una dichiarazione attestante l'eventuale esistenza di questi periodi e del loro arco temporale.

E' dunque logica una domanda: ai fini del computo dell'anzianità contributiva di almeno 18 anni alla data del 31 dicembre 1995 possono valere anche i periodi di iscrizione previdenziale obbligatoria alle Casse privatizzate dei professionisti e, in particolare per i medici, all'Enpam? Certamente, la Quota A va intesa come contribuzione previdenziale obbligatoria seppur non derivata da attività lavorativa.

Questa possibilità è molto utile e interessante per molti medici che soprattutto agli inizi carriera hanno parcheggiato in lavori non in dipendenza prima dell'accesso stabile in ospedale, potendo vedersi così valorizzato col sistema retributivo anziché misto il loro futuro previdenziale che ormai sta quasi alle soglie. In molti casi pochi mesi fanno scattare al retributivo! •

m.p.e.



# Tante vie per conoscere la Fondazione

a cura di Gian Piero Ventura Mazzuca (\*)

**C**i fa molto piacere che a seguito del nostro ultimo articolo, apparso sul n. 6 dal titolo "Informarsi da subito per costruire il futuro", siano stati davvero molti i giovani colleghi sollecitati a cercare informazioni più approfondite. Desideriamo ricordare che la finalità di Progetto Giovani è di operare per sviluppare una miglior comunicazione bidirezionale tra Enpam e nuove generazioni e non di dare risposte tecnico/previdenziali. Per questo esistono

diverse strutture preposte allo scopo: si può telefonare al Call Center 06.4829.4829 oppure scrivere al Sat sia per fax 06.4829.4444 che per e-mail [sat@enpam.it](mailto:sat@enpam.it), infine ci si può anche recare direttamente al nostro Ufficio accoglienza e relazioni con il pubblico di via Torino 100 a Roma. Maggiori indicazioni si possono trovare nella penultima pagina del Giornale della Previdenza, di cui tutti i numeri pubblicati sono presenti anche on line nel nuovo portale [www.enpam.it](http://www.enpam.it). Qui segnaliamo anche la presenza di un'ottima rassegna stampa gratuita quo-

tidiana a cura del Servizio Studi Previdenziali e Documentazione, con evidenziate tutte le ultime notizie generali e quelle che più possono interessare il vasto mondo della Sanità. Ovviamente nel sito è presente anche una parte dedicata al nostro Progetto, che abbiamo cercato di scrivere con un linguaggio chiaro e semplice, proprio per spiegare meglio responsabilità e opportunità. È di questo che possiamo parlare rispondendo alla nostra mail scritta in fondo all'articolo, non possiamo invece rispondere a domande tecniche, ad esempio su di un ipotetico riscatto di laurea.

L'invito comunque è sempre quello di approfondire la conoscenza dell'ente previdenziale che pensa al vostro futuro: la Fondazione Enpam. A tal proposito ci giunge un comunicato dal Segretariato Italiano Gio-

**Per quesiti inerenti la previdenza contattare il Servizio di accoglienza telefonico**

vani Medici, che informa di essere impegnato nello studio della complessa normativa previdenziale e di essersi fatto promotore di una proposta di legge parlamentare. Quest'ultima è volta al superamento del duplice inquadramento previdenziale dei medici in formazione specialistica, che li vede oggi contribuenti sia nella gestione separata Inps che in Enpam. Secondo la proposta, invece, gli specialisti dovrebbero versare i contributi esclusivamente al nostro Ente. Il SIGM ha poi pubblicato, col Patrocinio del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali e nell'ambito di una campagna di sensibilizzazione alla tematica previdenziale, un manuale dal titolo "Giovani Medici Previdenti: imparare a costruire il futuro pensionistico", che verrà prossimamente distribuito sul territorio nazionale a tutti i colleghi under 35. Ricordiamo a tutti i giovani medici e dentisti ed alle organizzazioni che li rappresentano, che la nostra mail è sempre pronta a ricevere notizie e proposte! •

(\*) Responsabile [progettogiovani@enpam.it](mailto:progettogiovani@enpam.it)



Tante le informazioni a disposizione sul sito dell'Enpam: oltre i servizi on line per gli iscritti, anche rassegne stampa dedicate al mondo della sanità, comunicati, news e la sezione dedicata a Progetto Giovani



# Al via il corso Fad sull'Audit clinico

**S**ulla piattaforma FadInMed è disponibile anche il secondo step, quello sull'**Audit clinico** (12 crediti Ecm), del Corso Fad sul Governo clinico, promosso da FNOMCeO in collaborazione con Ministero della Salute e Ispasvi. Anche questa iniziativa, come per la "RCA – Root Cause Analysis", viene proposta inizialmente solo in modalità web, ma nei prossimi mesi il corso potrà essere seguito anche su un volumetto da richiedere con procedura telefonica automatizzata alla Federazione, volumetto che conterrà il test di valutazione da inviare per fax.

## COME ACCEDERE A "FAD INMED"

Accedere a FadInMed è semplice. Chi ha già frequentato il corso sulla RCA può utilizzare lo stesso PIN per registrarsi all'Audit. Per coloro i quali accedono per la prima volta ai corsi Fad della FNOMCeO è **obbligatorio** passare dal sito della Federazione ([www.fnomceo.it](http://www.fnomceo.it)), dove si verrà riconosciuti e

dal quale si arriverà direttamente alla scheda di registrazione sulla piattaforma tecnologica.

Compilata la scheda, si riceveranno direttamente alla propria e-mail le password per entrare nel programma. Da questo momento in poi si potrà accedere direttamente alla piattaforma ([www.fadinmed.it](http://www.fadinmed.it)) senza più passare dal sito della Federazione.

Una volta entrati (dopo aver inserito la propria password) basta cliccare su "vai ai corsi" o direttamente su Audit Clinico (o nel caso su RCA-Root Cause Analysis) per svolgere le proprie attività formative. Si ricorda che è fondamentale seguire l'iter propedeutico consigliato per affrontare le varie attività proposte nel percorso Fad.

**Una volta terminato il corso si avrà la conferma del superamento direttamente dalla piattaforma.** Ciascun professionista potrà poi scaricare e stampare il proprio **attestato**, con i relativi crediti, che risulterà firmato dal presidente del proprio Ordine provinciale.

Non è previsto un termine



Il sito della Federazione: [www.fnomceo.it](http://www.fnomceo.it)

entro il quale concludere il percorso. L'unica scadenza è quella relativa al periodo di **validità online che è di un anno** (entro tale periodo pertanto dovrà essere concluso). In caso di esito negativo si può di nuovo accedere al corso in qualunque momento senza alcun bisogno di re-iscrizione.

"Sulla scia del gradimento registrato nei confronti del corso sulla "Root Cause Analysis" - ha detto Luigi Conte, Responsabile della Formazione Ecm della FNOMCeO - la Federazione degli Ordini mette a disposizione dei colleghi questo secondo corso che approfondisce alcu-

ni aspetti del governo clinico. Questa nuova iniziativa ECM intende sviluppare le varie fasi dell'audit clinico per offrire ai medici e agli odontoiatri italiani un'opportunità per impegnarsi, con il supporto di professionisti esperti, in un metodo di analisi volto al miglioramento della qualità delle cure, all'acquisizione di conoscenze e competenze, alla promozione della cultura della qualità e della sicurezza ed alla creazione di un clima di fiducia tra i professionisti".

"L'auspicio della Federazione - ha aggiunto Conte - è che in considerazione dei vantaggi offerti, l'applicazione dell'audit venga incoraggiata a tutti i livelli, locali, regionali e nazionali, al fine di sviluppare la capacità di valutare, di innovare e rispondere, rispetto ad una realtà in continuo cambiamento, alle aspettative dei pazienti e degli stessi professionisti". •

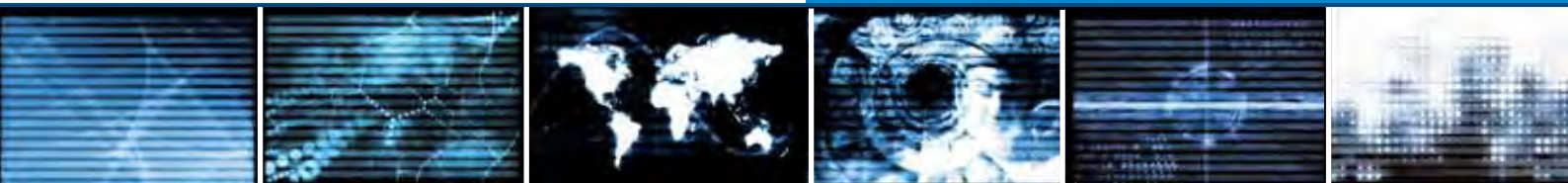
Sesto Francia

## DICEMBRE TERMINE ULTIMO PER PARTECIPARE AL CORSO FAD "RCA"

Scade a **dicembre 2011** il termine ultimo per partecipare al corso Fad - Blended "RCA - Root Cause Analysis", primo step del Corso sul governo clinico promosso da FNOMCeO in collaborazione con Ministero della Salute e Ispasvi.

Si ricorda che è possibile prendere parte a questa iniziativa di aggiornamento, che dà diritto a **12 crediti ECM** validi per il 2011, in tre diverse modalità:

- collegandosi sul web della Federazione degli Ordini ([www.fnomceo.it](http://www.fnomceo.it));
- partecipando ad eventi residenziali promossi dagli Ordini provinciali;
- mediante autoformazione sul relativo volume edito dalla FNOMCeO e inviando per fax l'allegato test di valutazione (il volume può essere richiesto in automatico attraverso il n° tel. 06 6841121).



a cura di Maurizio Zomparelli

**U**na notizia dalla Community Research and Development information service: ricercatori tedeschi hanno messo a punto una nuova diagnostica per immagini, utilizzando un nuovo microscopio elettronico in grado di dare quasi per sicura la diagnosi del melanoma cutaneo. Sono subito cominciate le polemiche da parte di chi utilizza altri sistemi diagnostici.

**U**no studio randomizzato su 1004 bambini tra i due mesi ed i dodici anni affetti da meningite purulenta da *s.pneumoniae* e da *h.influenzae* ai quali veniva somministrato il ceftriaxone, ha dimostrato che l'antibiotico è stato efficace a tal punto da potere essere interrotto al quinto giorno di terapia medica, con successo.

**I**l Center of Disease Control and Prevention pubblica dei dati positivi sulla pubblicità posta sui pacchetti delle sigarette in grado di esercitare una azione inibente sui fumatori; gli avvertimenti scritti sembrano effettivamente dare un monito sul consumo delle stesse.

**U**no studio portato a termine in Inghilterra ha dimostrato il beneficio dell'agopuntura sul dolore cronico: dai dati emersi sembra che dalla 26ª settimana di trattamento si evidenziano già sensibili miglioramenti della terapia analgica.

**U**na interazione farmacologica tra un antidepressivo ed un antidislipidemico sembra provocare un significativo aumento dei valori glicemici. Questo è emerso da uno studio dei ricercatori della Stanford University School of Medicine.

**U**na conferma sull'utilizzo di acidi grassi come gli omega 3 ha evidenziato e confermato la riduzione dei rischi di recidive di occlusione degli stent coronarici, sia nella dieta che nella somministrazione farmacologica.

**A**l congresso nazionale sulla sclerosi multipla, il ministro italiano Fazio ha presentato ed approvato lo studio Zamboni che prevede l'intervento sulle vene intra ed extra cerebrali.

**S**empre dal ministro della Salute Fazio un monito a ricercare metodiche terapeutiche diverse dal trapianto di organi, utilizzando gli esperimenti sulle staminali e le tecniche di rigenerazione degli organi, visto il numero ridotto dei donatori di organo. Questo è quanto è emerso dai lavori del congresso nazionale sulle donazioni d'organo.

**S**tudi che vengono dai ricercatori cinesi su oltre 350 mila casi hanno dimostrato una significativa incidenza dell'Herpes Zoster nella casistica della sclerosi multipla; una ricerca simile dell'Università di Granada ha evidenziato nel virus della mononucleosi, l'Epstein Barr virus, un altro ipotetico agente della stessa malattia.

**D**al New England Journal of Medicine una notizia su una nuova metodica diagnostica: il test PCR su campioni di saliva di neonati è in grado di dare un'alta specificità diagnostica del virus CMV.

**U**no studio dal centro di ricerca sul cancro di Houston, su 1400 donne operate di cancro della mammella, ha evidenziato una maggiore sopravvivenza delle donne che assumevano bloccanti per l'ipertensione; uno studio analogo, effettuato in Irlanda ha confermato gli stessi dati statistici.

**U**no studio durato nove anni, in America, ha evidenziato un'incidenza di 2,3 volte maggiore della chirurgia bariatrica sulle fratture ossee: questo sembrerebbe dovuto al minore assorbimento del calcio e della vitamina D3.

**L**a Fda ha approvato la commercializzazione di un gel in grado di combattere l'incontinenza fecale attraverso la stimolazione del tessuto muscolare del perineo anale, quando le altre opzioni terapeutiche costituiscono un fallimento.

NB. Si ribadisce, in merito a una precedente notizia, che la pet è e rimane una tecnica diagnostica della medicina nucleare.



Federico Marmo, Tenente Generale medico dell'Esercito, è attualmente il Capo dell'Ufficio Generale della Sanità militare alle dirette dipendenze del Capo di Stato maggiore della Difesa, con compiti di policy, programmazione e coordinamento tra i servizi sanitari di Esercito, Marina, Aeronautica e Arma dei Carabinieri. Ha frequentato l'Accademia di Sanità Militare in Firenze dove si è laureato in Medicina e Chirurgia e specializzato in Igiene ed in Oculistica. È stato insegnante di Igiene presso la Scuola di Sanità Militare, ha diretto gli ospedali militari di Udine, Verona e Padova; è stato Capo del Servizio Sanitario della Regione Militare Centro e della Regione Militare Nord. È stato Direttore del Centro Studi e Ricerche della Sanità dell'Esercito. Dal 2003 al 2010 è stato Capo del Dipartimento della Sanità dell'Esercito.

## Medici con le stellette, professionali e solidali

di Carlo Ciocci

**G**enerale Marmo parliamo un po' della Sanità militare?

La Sanità Militare è un'organizzazione complessa ma, al tempo stesso, snella e agile, che dispone di professionisti e tecnici altamente qualificati e di attrezzature e strumentazioni specialistiche moderne e sofisticate, finalizzata prioritariamente ad assicurare con tempestività ed efficacia la tutela della salute e l'assistenza sanitaria ai nostri militari ovunque impiegati. Compatibilmente con tale compito, nelle strutture territoriali possono essere assistiti anche i dipendenti della Pubblica Amministrazione. Inoltre, nelle missioni internazionali all'estero, la sanità militare non solo assiste i militari dei Paesi alleati ed amici, ma molto spesso offre assistenza alle

popolazioni civili locali, contribuendo in tal modo ad esportare l'immagine di un'Italia moderna, altruista e solidale.

**Con che spirito affrontate quelle popolazioni che in molti casi sono ridotte alla disperazione?**

La Sanità militare è stata sempre presente in tutte le missioni alle quali hanno preso parte le Forze Armate italiane (Albania, Mozambico, Timor Est, Somalia, Irak, Ciad, Haiti) ed è attualmente in Libano, Kosovo, Bosnia ed Afghanistan, dove molto spesso è stata svolta una grande attività assistenziale a favore di collettività locali talora in condizione di vera emergenza sanitaria per il dissesto socio-ambientale conseguente a conflitti bellici o a catastrofi naturali. In tutte queste occasioni i medici e gli infermieri militari non

solo hanno avuto modo di mettere alla prova fino in fondo le proprie capacità professionali (dovendo trattare spesso grandi numeri di pazienti e patologie ormai quasi scomparse nel nostro Paese) ma anche di sviluppare capacità di comunicazione e relazione con genti molto diverse per costumi, tradizioni, religione, spesso in situazioni di grande sofferenza e di grande disagio fisico e psichico. Per far questo è necessario un forte spirito di dedizione e una motivazione a servire il prossimo che peraltro sono insiti nella "cultura" del medico e del militare. È sempre un lavoro molto impegnativo ma altamente gratificante in quanto ciò che si riceve, non tanto sul piano professionale quanto a livello umano e spirituale è senz'altro molto più di quanto si riesca a dare. È appena il caso di

precisare che gli standards operativi con cui interveniamo in soccorso delle popolazioni civili di qualunque paese sono esattamente gli stessi con cui assistiamo i nostri connazionali.

**Torniamo ai nostri soldati.**

Innanzitutto c'è da dire che il medico e l'infermiere militare vivono costantemente a contatto con i soldati condividendo con loro le stesse condizioni di vita e soprattutto la buona e la cattiva sorte.

Il nostro compito al servizio delle truppe ha una duplice fisionomia. Il servizio in patria (in "guarnigione") è in prevalenza assimilabile alla medicina del lavoro anche se ci sono ampi spazi di attività clinica e medico-legale. In caserma il medico militare, "sorveglia" l'attività lavorativa dei militari provvedendo alla tutela della loro salute, anche mediante un'opera costante di educazione sanitaria, e a tutte le necessità di primo/pronto soccorso, tenendo presente che oggi giorno tutti i militari, in quanto "professionisti", godono dell'assistenza sanitaria da parte del Servizio Sanitario Nazionale.

Il servizio nelle missioni fuori dall'Italia ("fuori area") è decisamente più complesso non solo per le condizioni operative in cui viene svolto, ma soprattutto per la tipologia di problematiche cliniche, medico-preventive e medico-legali che esso comporta. Le attività medico-chirurgiche in emergenza-urgenza (talora per sta-

bilizzare/trattare politraumatizzati da scoppio di ordigni bellici o da altri mezzi d'offesa) e i provvedimenti di igiene e medicina preventiva, soprattutto in condizioni di maggior rischio epidemiologico, sono le sfide più difficili che dobbiamo affrontare. Poi c'è l'attività a favore delle popolazioni locali che abbraccia un po' tutta la patologia medica e chirurgica, soprattutto pediatrica, e che non di rado ci mette di fronte a patologie poco osservabili nel nostro Paese.

Sommessamente vorrei evidenziare che in queste condizioni non basta possedere un adeguato "sapere" e "saper fare" (ossia le giuste cognizioni dottrinali e capacità tecniche) ma occorre un assolutamente necessario "saper essere", ossia la capacità di saper agire sotto stress, di saper prendere decisioni rapide ed efficaci, di saper dominare l'ansia e la paura, di saper adeguare i propri comportamenti alle persone ed alle circostanze, in sintesi di saper bene operare anche in condizioni critiche.

### **Come si svolgono le attività sul campo?**

L'attività sanitaria campale è primariamente finalizzata ad assicurare il soccorso più efficace e tempestivo ai feriti e le necessarie cure agli eventuali ammalati. In quest'ottica qualunque missione è preceduta da un'analisi che tiene conto di una serie di fattori (distanza dalla madrepatria, tempi e politica degli sgomberi sanita-

ri, presenza in loco di strutture sanitarie, situazione climatica ed epidemiologica, entità delle forze in campo, etc.) per determinare la consistenza quali-quantitativa della struttura sanitaria da schierare (mission tailoring). La nostra dottrina, in analogia a quanto attuato dagli altri Paesi della Nato, prevede un'organizzazione sanitaria campale su quattro livelli o "Role" 1, 2, 3 e 4 che esprimono quattro diverse unità operative, dalla più semplice alla più complessa. In estrema sintesi, il Role 1 è il posto di primo pronto soccorso che per primo riceve il paziente, sia esso un ferito o un malato. Il Role 2 è una struttura più ampia, è un ospedale da campo con sala operatoria, sala rianimazione e tende di ricovero per il pre ed il post operatorio, svolge una chirurgia iniziale che non risolve il caso nella sua completezza, a meno che si tratti di lesioni non particolarmente gravi, ma inizia il controllo del danno per consentire il passaggio al Role 3, ospedale da campo polispecialistico, o il trasferimento al Role 4. Quest'ultima struttura è un normale ospedale: in Italia è l'ospedale militare del Celio che ha sede in Roma. Una tale organizzazione si fonda su alcuni principi e presupposti, tra cui la damage control surgery, la tempestività del primo intervento, l'efficienza del sistema di sgombero.

### **Data la peculiare attività che svolgete all'estero vi è**



### **di aiuto la telemedicina?**

La telemedicina è un settore per noi molto importante. Si tratta della possibilità di stabilire un collegamento ("teleconsulto") via satellite tra unità sanitarie campali o infermerie a bordo di navi ed un centro polispecialistico, nel nostro caso l'Ospedale del Celio, che consente in tempo reale a un medico, da qualunque angolo del mondo, di poter avere una consulenza da uno specialista al quale è possibile inviare immagini ad altissima risoluzione di radiografie, ecografie ed altro. Una tale possibilità è ovviamente una grande risorsa per qualsiasi malato che ha virtualmente a disposizione un pool di esperti sempre pronti ad intervenire in suo aiuto ma è anche un fattore di tranquillità per tutti quei medici militari che molto spesso si trovano ad operare in condizioni estreme e soli.

### **Come si diventa medico militare?**

Per diventare medico militare innanzitutto bisogna diventare "medico-chirurgo" seguendo il normale iter previsto dagli ordinamenti universitari italiani, così come viene fatto presso le Accademie Militari che formano gli ufficiali medici in servizio permanente.

Poi, ovviamente, è necessaria una "vocazione" specifica per la vita militare avendo la consapevolezza che il medico militare soggiace ad un doppio giuramento, quello di Ippocrate e quello di fedeltà alla Patria. Questa vocazione è indispensabile non solo per poter raggiungere un'adeguata formazione militare che consenta di assimilare lo stile e la disciplina del mondo con le stellette, ma anche per poter affrontare con determinazione e convinzione i sacrifici che la vita militare comporta. •



Claudio Gatti è specialista in odontoiatria e stomatologia. Past President dell'associazione "Dentistimilano: etica e professione". Esperto nella riabilitazione perio-implanto-protesica di casi avanzati è stato tra i primi in Italia ad occuparsi del carico immediato in implantologia, argomento sul quale ha iniziato nel 1994 a tenere corsi e conferenze e a pubblicare in Italia e all'estero. Coautore di alcuni libri in odontoiatria, fra i quali quello edito da Masson nel 2006: "Manuale illustrato di implantologia orale: diagnosi, chirurgia e protesi". Autore di oltre 100 pubblicazioni su riviste nazionali ed internazionali e relatore a numerosi congressi in Italia e all'estero

## Quale implantologia oggi?

a cura della redazione

**L**a popolazione è frastornata da messaggi pubblicitari che promuovono vari tipi di trattamenti implantari, alcuni paiono decisamente obsoleti e privi di seri presupposti scientifici. Come scegliere?

È sotto gli occhi di tutti la presenza, in questi ultimi tempi, di una massiccia campagna pubblicitaria in tema di trattamenti implantari.

Vengono promosse e magnificate terapie implanto-protesiche che dovrebbero "riabilitare tutti i pazienti in modo sicuro, semplice, indolore e a basso costo".

Non è così! La realtà è ben diversa. Non tutti i trattamenti proposti rispettano le caratteristiche che qualsiasi terapia medica dovrebbe rispettare: terapie ben collaudate con lunghi follow-up di controllo, accettate e validate dalla comunità scientifica odontoiatrica internazionale.

**Quali sono i criteri di base che una terapia implantare dovrebbe seguire?**

"Primum non nocere". Se le condizioni di salute generale del paziente lo consentono, la terapia implantare prevede obbligatoriamente la valutazione preliminare delle condizioni parodontali del paziente: in presenza di parodontite (piorrea) è molto scorretto trattare il paziente senza prima curare e guarire la malattia parodontale.

L'industria odontoiatrica ci dice che la maggioranza dei dentisti italiani ha le attrezzature per inserire gli impianti, mentre non tutti hanno lo strumento più semplice ed economico indispensabile per diagnosticare la presenza di parodontite: la sonda parodontale. Trattare i pazienti ammalati di parodontite con impianti determina una alta percentuale di insuccessi condannandoli a convivere con una infezione permanente, a volte grave, nel cavo orale. Questo, in con-

corso con altri fattori predisponenti come il fumo e l'obesità, può favorire la comparsa di altre gravi patologie che coinvolgono la salute generale e la vita del paziente (infarti cardiaci ecc.). Proprio su queste importantissime tematiche si basa la campagna di informazione nazionale, tuttora in corso, denominata "STILI DI VITA", promossa dalla più importante società scientifica italiana in campo odontostomatologico: la SIDP (Società Italiana di Parodontologia). A Società scientifiche di questo tipo (oltre che alla parte migliore dell'Università italiana e in Italia di ottime università ce ne sono!) ci si deve riferire per individuare il comportamento terapeutico con impianti più corretto.

**È sempre così semplice e privo di rischi l'intervento di implantologia, così come viene pubblicizzato?**

Nei casi in cui solo pochi denti vengono sostituiti da

impianti, in presenza di quantità e qualità ottimale dell'osso residuo, dopo una attenta diagnosi ed un corretto piano di trattamento (naturalmente in assenza di malattia parodontale attiva) l'intervento è semplice, poco invasivo e sicuro.

In tutti gli altri casi (sostituzione di tutti i denti di una arcata dentaria, poco osso disponibile, scarsa qualità ossea) invece l'intervento è più complesso ed espone il paziente ad alcuni rischi (complicanze chirurgiche immediate e tardive, complicanze biologiche e biomeccaniche tardive) e di questo il paziente deve essere ben consapevole.

È sbagliato ed ingannevole asserire che "l'intervento implantologico nei casi di edentulia completa e in presenza di poco osso residuo si realizza con una semplice anestesia locale in sedazione". Noi medici sappiamo con certezza che una sedazione intravenosa deve essere condotta da un esperto anestesista e che non si tratta affatto di un trattamento semplice che si può sminuire agli occhi dei pazienti.

È sbagliato ed ingannevole asserire che "l'impianto iuxtaosseo previene l'invalidità dentale". Sarebbe come dire che si previene l'infarto con il trapianto di cuore. I cardiologi italiani sarebbero d'accordo con una affermazione del genere? L'invalidità dentale si previene curando la carie e la malattia parodontale.

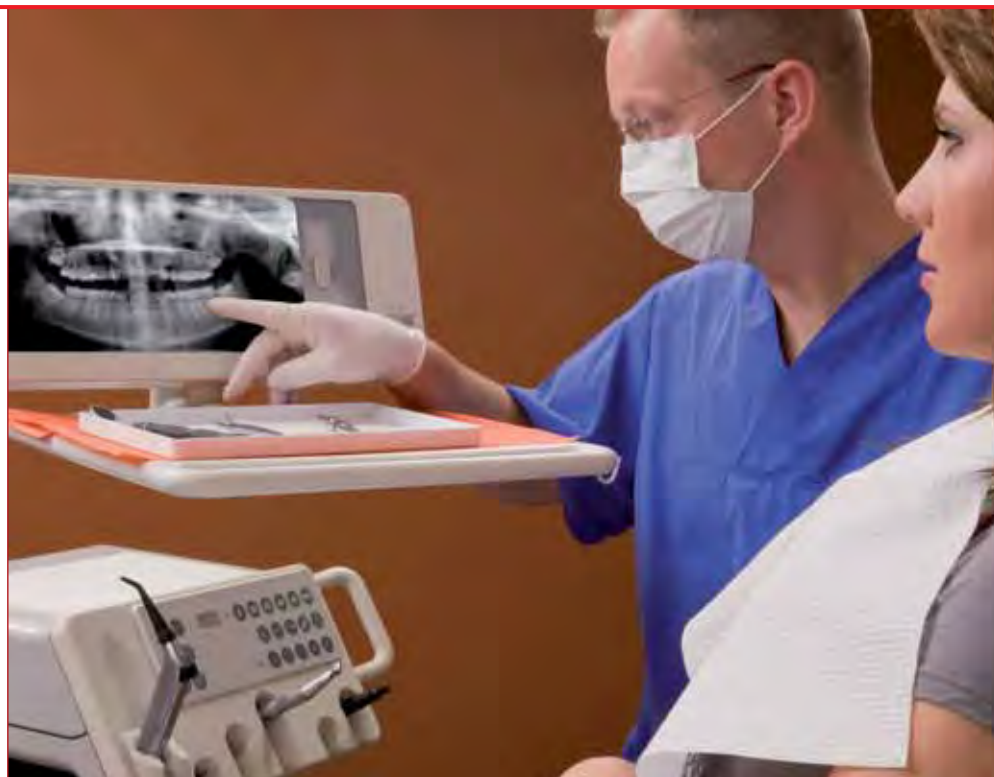
È sbagliato ed ingannevole asserire che "gli impianti, anche nei casi dif-

ficili, hanno percentuali di successo del 97-98%". Questi dati devono essere validati da pubblicazioni serie su riviste "impattate" dove esista un reale e serio controllo da parte di anonimi revisori privi di conflitti di interesse.

È sbagliato ed ingannevole asserire che *"si possono sempre trattare i pazienti con il carico immediato degli impianti"*. Non è sempre così. Anzi nella maggior parte dei casi è necessario attendere un congruo periodo di tempo prima di utilizzare gli impianti con il "carico" protesico.

### **Quali sono i presupposti scientifici che deve avere una metodica implantare?**

Anzitutto la metodica proposta non deve essere autoreferenziale. Se un autore che propone una tecnica chirurgica, magari anche datata e obsoleta, cita solo se stesso (e anche questo è avvenuto in un recente articolo-intervista comparso su questo giornale dove l'autore nella bibliografia consigliata citava per ben 5 volte solo se stesso) è evidente che qualcosa non va. Sappiamo bene che in medicina è sempre necessario che un farmaco o un tipo di intervento (prima di poter essere usato sul paziente) deve essere ben collaudato da più centri di ricerca e per un congruo periodo di tempo. Cito un episodio significativo personale. Nel 1994 ho introdotto in Italia dalla Svizzera la metodica, messa a punto dal professor Philip Ledermann di Berna,



del carico immediato degli impianti con barra per la riabilitazione della mandibola completamente edentula. Giustamente per anni sono stato messo sotto osservazione dalla comunità scientifica italiana e solo quando molti altri centri di ricerca in Italia e nel mondo hanno potuto convalidare nel tempo la metodica proposta sono stati sciolti i dubbi sulla correttezza del trattamento.

Oggi in Italia vengono anche proposte ed utilizzate una quantità di tipologie implantari (viti endosse, impianti iuxtaossei e simili) prive di qualunque serio presupposto scientifico. E ciò è molto grave perché nella nostra professione abbiamo il dovere di tutelare la salute del paziente. È necessario affidarsi solo a tecniche collaudate dalla comunità scientifica interna-

zionale e a prodotti di qualità che devono aver superato tutti i controlli che la legislazione vigente impone e che l'etica medica obbliga ad ottemperare.

### **Si può trattare a basso costo un paziente con impianti?**

Non sempre. L'implantologia di qualità ha costi elevati, così come la riabilitazione protesica di qualità sugli impianti. Scegliere soluzioni complesse a basso costo può dare origine a una situazione clinica che nel tempo può compromettere lo stato di salute orale e generale del paziente.

È invece sempre necessario valutare insieme al paziente la eventuale possibilità di terapie alternative a quelle considerate ottimali (ricostruzioni ossee, protesi fisse su un numero elevato di impianti ecc.). La qualità del trattamento può essere

rispettata anche con soluzioni semplici che possono essere di grande soddisfazione per il paziente (protesi complete ben eseguite, protesi rimovibili sostenute da un numero ridotto di impianti, protesi fisse estese con ridotto numero di impianti, impianti corti, impianti inclinati ecc.). La scelta finale va assolutamente condivisa con il paziente, in base alle sue esigenze e alle sue possibilità economiche. Chi propone sempre e solo una soluzione implantare complessa e costosa (e in certi casi, come abbiamo visto, anche decisamente superata e affatto sicura), in più magari magnificando i risultati e nascondendo le complicanze, commette un grave errore di comportamento etico e nessun medico dovrebbe mai incorrere in una simile colpa. •



Michel Kazatchkine è un medico francese che ha dedicato 30 anni della sua vita a combattere l'AIDS, prima come insigne ricercatore e scienziato, poi dal febbraio 2007 come Presidente del *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*. Laureatosi in Medicina a Parigi, si è specializzato in immunologia presso l'Istituto Pasteur della stessa città. Nel 1985 ha fondato a Parigi una clinica specializzata nel trattamento delle persone con AIDS. Dal 1998 al 2005 ha diretto l'Agenzia Nazionale Francese per la Ricerca sull'AIDS. È membro di *Médecins du Monde* ed è stato uno dei fondatori di Nova Dona, un'organizzazione no profit che si occupa di problemi di tossicodipendenza a Parigi. Dal 2005 è approdato al Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, diventandone Presidente nel 2007.

## AIDS, trattare significa anche prevenire

di Andrea Sermonti

**L**a principale novità scientifica emersa dal congresso dell'*International Aids Society* (IAS), tenutosi lo scorso luglio a Roma, è riassumibile in una sorta di slogan: "Il trattamento è prevenzione". Assumere precocemente la terapia anti-AIDS, in altre parole, sembra funzionare molto bene anche come misura preventiva nei confronti della diffusione del contagio. Questa nuova evidenza scientifica potrebbe dunque rappresentare un nuovo e prezioso strumento per arginare il dilagare della malattia. Abbiamo intervistato in esclusiva Michel Kazatchkine, uno dei massimi esperti in materia, dal 2006 presidente del *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*, per sapere cosa ne pensa.

**Ritiene praticabile e appli-**

**cabile questa strategia anche ai Paesi in via di sviluppo?**

Credo che dovremmo essere cauti a questo riguardo. Non penso che siamo pronti per linee guida che prevedano il trattamento di tutti i soggetti HIV positivi della Terra. Questi risultati così eccitanti scaturiscono da uno studio clinico e quindi vanno letti nel contesto di un trial clinico controllato. Si tratta di risultati incredibili, che documentano una protezione per i partner pari a quasi il 100 per cento, ottenuta grazie all'inizio del trattamento precoce nei soggetti con infezione da HIV. Questo non significa che in un contesto real life, a livello di popolazione questo debba tradursi nel trattamento di tutti, anche perché, al di là di problemi di sostenibilità, potrebbe creare problemi di resistenza del virus ai trattamenti, problemi legati agli effetti collaterali del trattamento, all'organizzazione del follow up e

tutto in nome del bene della salute pubblica che noi trasliamo come risultato da un modello, ma che non è ancora contemplato nelle linee guida. Alcuni esperti hanno già messo in guardia ad esempio dai pericoli dell'interruzione della terapia, dalla possibilità che la prevenzione attraverso la terapia metta a rischio alcuni degli strumenti tradizionali, di collaudata efficacia, quali condom, cambiamento dei comportamenti a rischio, riduzione del rischio nei tossicodipendenti.

E tutto questo, per questa sorta di "invaghimento" da trattamento. Noi abbiamo sempre sostenuto e finanziato delle strategie di prevenzione nell'AIDS e promosso la responsabilità sociale nei confronti degli altri e delle reti di interazione. Resta il fatto che lo studio presentato a questo congresso ha dato risultati straordinari (96% di protezio-

ne conferito dal trattamento dei soggetti HIV nei confronti del partner); è dunque una ragione in più per fare *advocacy* a fare del trattamento. Ma tutto ciò non è ancora sufficiente per affermare che tutti dovrebbero essere messi in trattamento e magari in nome di questo, trascurare gli interventi di prevenzione tradizionali.

**Come immagina che questo studio possa influenzare le prossime linee guida?**

Non è facile fare previsioni in questo momento. Di certo nei Paesi industrializzati la soglia per l'inizio del trattamento è stata già innalzata da 350 a 500 linfociti T CD4+ /mm<sup>3</sup>. Prima che questa linea guida venga cambiata c'è bisogno di altre conferme e di più *modeling*, prima di travasare i risultati e le conclusioni di questo studio a livello di popolazione generale. Lo studio HPTN 052 (HIV Prevention Trial Network) ha dimostrato l'*efficacy* preventiva della terapia, ma non abbiamo ancora alcuna evidenza dell'*effectiveness*, che è quella a livello di più ampio di popolazione. Si tratta quindi di un risultato ancora puramente di *modeling* e concettuale; è necessario condurre altre ricerche prima di traslare questo risultato a livello di popolazione. La strada da percorrere è la stessa di quando, 6-7 anni fa, sono usciti i primi dati sulla concisione. Un trial aveva dato risultati molto impressionanti, che evidenziavano

un'efficacia preventiva del 65% per i maschi rispetto all'acquisizione di un'infezione da HIV. Tre diversi trial suggerivano lo stesso risultato e quindi questa pratica della circoncisione è diventata una raccomandazione nelle linee guida; ma i primi dati della sua *effectiveness* a livello di popolazione sono arrivati solo oggi, e sono stati presentati a questo congresso. Ci sono voluti 6-7 anni per arrivare a questa "consacrazione" sul campo. Per questo dico che sono molto colpito da questi dati sull'efficacia preventiva del trattamento, ma non siamo ancora pronti per tradurli in una raccomandazione. C'è poi tanta ricerca di base che cerca di aprire la strada ad un'eradicazione cioè alla "cura" definitiva dell'infezione da HIV. E questa è una grande sfida.

### **Cosa vede nel futuro della popolazione HIV positiva, nel mondo in via di sviluppo?**

Al momento non tutte le persone, anche al di sotto della soglia dei 350 CD4+, ricevono il trattamento, come dovrebbero. C'è un gap di 6-9 milioni di persone non trattate, anche se al momento ne abbiamo ben 6,6 milioni in trattamento, che è un numero enorme e che rappresenta un progresso enorme rispetto ad appena 6 anni fa. Ma siamo ancora ad una copertura di appena il 40%. Dunque, secondo me, la principale priorità è quella di aumentare la copertura di trattamento a quelli che

ne avrebbero bisogno secondo le attuali linee guida e portare la percentuale dei trattati almeno al 80-90%. La priorità è applicare, implementare le linee guida attuali, prima di farne altre. La vera priorità è portare il trattamento a queste persone che, se non trattate, rischiano di morire entro 2 anni. Questa è la priorità del Global Fund e del programma statunitense PEPFAR; ognuno di noi finanzia circa il 50% di questi programmi. Il Global Fund attualmente supporta il trattamento ARV per 3,2 milioni di persone nei Paesi in via di sviluppo.

### **Com'è la vita del *Global Fund* al tempo di questa crisi economica globale?**

Sono tempi molto duri perché ci sono grossi tagli di budget da parte dei governi

contribuenti; alcuni governi hanno ufficialmente tagliato i loro fondi agli aiuti umanitari ma alla fine dipende tutto dalle decisioni politiche. Io cerco di vedere anche il bicchiere mezzo pieno. Lo scorso ottobre, quando abbiamo fatto la nostra *Replenishment Conference* per il triennio 2011-2013, in piena crisi economica, Usa, Gran Bretagna, Francia, Norvegia e Australia hanno aumentato i loro contributi. Tre settimane fa ho anche sentito il discorso di David Cameron che ha detto che quando Tony Blair ha definito i target del Gleneagles (Dal 6 all'8 luglio 2005 si è tenuto presso Il Gleneagles Hotel, ad Auchtermarder in Scozia il 31° summit del G8, ospitato dall'allora Primo Ministro inglese Tony Blair, n.d.r.)

nel 1995 lui ne era stato entusiasta e che ritiene che la Gran Bretagna debba mantenere questi obiettivi. Ha anche assicurato che il budget per lo sviluppo non verrà toccato mentre, come è noto, ci sono drastici tagli in corso in altri settori in questo Paese. Sto parlando di *leader* che hanno la determinazione politica per promuovere lo sviluppo della salute globale. Al contrario altri Stati contribuenti come l'Italia, stanno affrontando una crisi molto dura. Io penso che la loro scelta in questo caso sia stata di fare tagli sulla pelle di tante persone che aspettano un trattamento nel mondo in via di sviluppo.

Credo che sia una triste ironia, perché siamo nel 2011, esattamente a 10 anni dal primo contributo al *Global Fund*, che è arrivato dal G8 di Genova nel 2001.

Dieci anni dopo, abbiamo la conferenza mondiale dell'IAS e l'Italia scompare dallo schermo radar dei Paesi donatori.

### **Cosa pensa del vostro principale contribuente, gli Usa, che sta fronteggiando questa grave crisi economica?**

Dobbiamo affrontare con loro la discussione del budget 2012. Per quanto riguarda quello del 2011, abbiamo avuto un momento di grave crisi a marzo di quest'anno e alla fine comunque Repubblicani e Democratici sono arrivati alla decisione congiunta e unanime di non fare tagli. È un altro esempio di volontà politica... •



# Social networking per lavorare insieme

di Claudia Furlanetto

**“Già nelle intenzioni di uno dei “costruttori” della Rete, Tim Berners Lee, l’obiettivo sarebbe dovuto essere non regalare al mondo un nuovo giocattolo, ma “aiutare la gente a lavorare insieme”. Se ci convinciamo che sia così, la gestione delle in-**

**formazioni da parte** del medico diventa meno difficile”. Ne è convinto Luca De Fiore, consulente per la Formazione continua del personale sanitario di diverse istituzioni sanitarie italiane, autore dei libri “Conoscere e usare Google – Percorsi e scorciatoie per trovare ciò che cerchiamo” e “Le mappe della salute” (entrambi editi dal Pensiero Scientifico).

**Quando si parla di informazione oggi si pensa spesso al cosiddetto “sovraccarico cognitivo”, meglio conosciuto come *information overload*.**

Sapere che sulle riviste scientifiche escono ogni mese più di 100mila nuovi articoli può infondere ansia; per superare questa sensazione di impotenza dobbiamo essere consapevoli che ciascun dato di letteratura non rappresenta che un semplice mattone che solo insieme a molti altri potrà contribuire alla costruzione di un solido “sapere scientifico”. Già le “informazioni” rappresentano qualcosa di diverso e più strutturato: sono dati arricchiti da commenti, annotazioni o dall’esperienza. In concreto, in una rivista scientifica, i dati di uno studio presentati in un articolo originale acquistano valore se considerati insieme ai risultati delle sperimentazioni precedenti e contestualizzati dalla lettura dell’editoriale o delle lettere di commento.

**In questa prospettiva quale valore dobbiamo attribuire alle evidenze scientifiche?**

Le necessarie precauzioni nell’uso del dato non devono essere viste come il desiderio di ridimensionare il valore delle “evidenze” nel processo decisionale. Al contrario le informazioni possono sì essere considerate più utili dei dati, ma per sostenerlo è proprio dei dati che abbiamo bisogno.

Se prendiamo in considerazione il percorso del cosiddetto *knowledge management* vediamo che dai dati arriviamo alla “conoscenza” attraverso lo scambio, le interazioni, il confronto. Dati e informazioni devono essere messe alla prova del contesto e il contributo dell’esperienza è quasi altrettanto importante. In definitiva, l’unico antidoto all’*information overload* è nella gestione partecipata dei dati e delle informazioni che ci assediano sulle riviste, sui quotidiani, ai congressi. Del resto, i gradini del *knowledge management* sono molto simili a quelli della medicina basata sulle evidenze: ricer-

ca delle informazioni, valutazione dei dati, condivisione e riflessione/valutazione sull’utilità/correttezza del percorso compiuto.

**Collaborazione, condivisione, partecipazione. È questo il futuro?**

Che la collaborazione tra pari sia una componente essenziale della Medicina di oggi lo vediamo confermato dal numero sempre maggiore di funzionalità collaborative presenti sulle risorse web più usate dal medico. Sono un esempio le *Clinical Queries* di PubMed ([www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/clinical](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/clinical)) – stringhe predefinite che guidano alle più frequenti ricerche di documentazione in Medline – o la funzione *MyNCBI* ([www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/myncbi](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/myncbi)), che permette la condivisione di bibliografie tematiche. Così come le diverse opportunità di sharing che troviamo in siti peraltro molto rigorosi, come quello della Cochrane Collaboration. Alcuni periodici, come il BMJ, puntano molto sulla interazione con i lettori e già da diversi anni ha perfezionato il sistema delle *Rapid Responses*, completamente informatizzato. Le “risposte rapide” sono proposte ai lettori dopo una verifica dei soli aspetti formali, così che da questa condivisione dei pareri in tempo (quasi) reale nasce un confronto molto aperto e di fatto autogestito dagli utenti. Tra le funzionalità basate sulla condivisione anche quella dei *Most viewed* e *Most cited*, presente in molte edizioni online di riviste internazionali. Consultando que-



Anche siti rigorosi come quello della Cochrane Collaboration ([www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)) offrono molte possibilità di “sharing”

sti “sommari alternativi” ci vediamo suggerite delle letture da altri che, come noi, hanno sfogliato quella stessa rivista scaricando gli articoli (nel primo caso) o citandoli su altri paper pubblicati su riviste indicizzate. Questa funzionalità svolge un ruolo ancora più importante nelle riviste *online only*, come per esempio PLOS Medicine, dal momento che sostituiscono di fatto le tradizionali *Table of Contents*, che hanno poco senso in periodici elettronici trasformati in spazi di aggregazione quotidiana di contenuti. **Sono tanti i siti a disposizione degli utenti. Quali le risorse più utili per i medici?**

Delicious ([www.delicious.com](http://www.delicious.com)) è utile per condividere i propri siti “preferiti”. Agli utenti registrati offre la possibilità di avere accesso all’insieme dei propri bookmark da qualsiasi computer. Condividere significa non soltanto far conoscere agli altri i nostri riferimenti, ma poter apprezzare e accedere alle risorse consigliate da persone che hanno i nostri stessi interessi: seguendo i collegamenti dai tag che classificano i siti selezionati da altri utenti è possibile ricostruire utilissime linkografie capaci di completare al meglio le nostre. Queste raccolte di siti utili possono essere sia curate individualmente, sia da gruppi di clinici e ricercatori raccolti in un network.

Per quanto riguarda la bibliografia, Connotea ([www.connotea.org](http://www.connotea.org)) è lo strumento ideale: nata per iniziativa del gruppo editoriale della rivista Nature, agli utenti che si registrano gratuitamente consente di archiviare nel proprio “scaffale” virtuale qualsiasi documento scaricato dal web; in assenza del testo completo, è ovviamente possibile memorizzare il record bibliografico. Per archiviare è sufficiente seguire il link che troviamo in calce agli articoli pubblicati sulle principali riviste internazionali.

Una risorsa come Connotea è straordinariamente utile: permette infatti di redigere bibliografie pronte per essere a loro volta integrate in un articolo, essendo compatibile con i principali software di reference management. È una ri-

## Le risorse in rete possono fornire gli strumenti per districarsi nella miriade di informazioni e dati, contando soprattutto sulla collaborazione tra pari

sorsa che ha reinventato qualcosa che esiste da tempo – lo scambio di copie di documenti – aggiornandola in maniera da renderla molto più efficiente.

### Dove si incontrano i medici per “parlare”?

Su LinkedIn ([www.linkedin.com](http://www.linkedin.com)) per esempio. Nato esplicitamente per scopo di lavoro, si sta progressivamente ridefinendosi come luogo di discussione di tematiche di attualità professionale. Un progetto come la Public Library of Medicine sfrutta la piattaforma di LinkedIn – oltre che per segnalare opportunità di lavoro – anche per suggerire approfondimenti, interventi sui blog collegati alla rivista, articoli appena pubblicati in uno dei diversi aggregatori di contenuti della Library.

Gli utenti di LinkedIn, inoltre, danno vita a gruppi di discussione talvolta molto dinamici, che in diversi casi raccolgono ex allievi di prestigiose università o di Master di specializzazione. Questa “selezione” a monte rende la partecipazione molto qualificata e interessante.

### Parliamo di Facebook.

Oltre a essere stato già sperimentato come strumento per la conduzione di studi sperimentali multicentrici, è ormai routinariamente usato come vetrina e spazio di discussione da parte di enti e istituzioni.

Un esempio: la pagina della Stanford University, una delle più prestigiose istituzioni formative del mondo. Basta visitarla per avere conferma che il social web vive di ... storie. Storcerà il naso chi, lavorando in Medicina, fosse abituato a sostenere piuttosto il primato del dato quantitativo su quello qualitativo – nella forse troppo pubblicizzata alternativa tra Medicina di popolazione e Medicina individuale.

Eppure, sono sempre maggiori le evidenze che ci convincono come una Sanità migliore, perché più efficiente, efficace e – soprattutto – più equa, non possa non tenere in massima considerazione il dato biografico accanto a quello biologico. Allo stesso modo, sempre più spesso accade che le “evidenze” siano solo formalmente tali e che solo “le storie dietro le prove” – amplificate, condizionate o, più semplicemente, fabbricate – possono riuscire a ridimensionarne la portata.

In conclusione, l’attività di social networking e – più in generale – il rendersi disponibili a fare rete sembrano proporsi come “il” modo per esporre i dati e le informazioni alla discussione, al confronto, all’approfondimento condito e libero da condizionamenti gerarchici. •



Connotea ([www.connotea.org](http://www.connotea.org)) è uno strumento ideale per la gestione della bibliografia

# La formazione degli specialisti ambulatoriali

Promuovere la formazione e l'aggiornamento professionale anche attraverso l'attività formativa a distanza.  
La collaborazione con le associazioni dei pazienti

di Alessandro Ciocci (\*)

**L**a SIFoP (1986) e prima ancora il Cip, Comitato di iniziativa e programmazione Fnomceo-Sumai originano, quali naturali eredi di un sommerso bisogno culturale e scientifico, in seno ad una categoria di medici, gli ambulatoriali, in quel tempo molto frastagliata seppure tendente all'unione. Già col passare degli anni andava maturando tra i medici l'idea della necessità di progredire con mezzi e forme autonome nella Formazione Permanente (FP). Era il momento di iniziare a trovare strategie alternative all'istruzione, ancora data in modo tradizionale e in via di obsolescenza per gli enormi sviluppi della tecnologia. L'apprendimento, era ormai chiaro, doveva essere un processo continuo per tutta la durata della vita professionale e... anche oltre, per un puro piacere intellettuale. In base all'elaborato dell'Unesco nel 1970-71 nasce così la Formazione Permanente (FP). Il ministero della Sanità nel 1975 emanò opportunamente un decreto affinché potesse partire l'organizzazione pratica dell'aggiornamento professionale.

Questo Decreto però non ebbe attuazione pratica per varie questioni per cui nel 1976 il Comitato Centrale della Fnomceo istituì il Comitato di iniziativa e programmazione Fnom-Sumai (CIP) paritetico e gestito presso la Fnomceo alla guida del quale si sono succeduti nel corso degli anni il dottor Guido Testa, il professor Paolo Michele Erede ed il sottoscritto.

Fu fatto un grande sforzo organizzativo per istituire corsi nazionali per animatori di formazione allo scopo di preparare i delegati regionali, i vice e i quadri territoriali per i futuri compiti organizzativi.

Fin dai primi passi del CIP nella FP, impareggiabile ed entusiasta promotore è stato il dottor Giuseppe Barillaro segretario dei vari Con-

## Particolare attenzione va rivolta al tema dell'educazione terapeutica del paziente con patologie croniche

Hanno così inizio i corsi di FP degli specialisti ambulatoriali avvalendosi di una "Guida pratica" elaborata dall'anzidetto Comitato dove si davano precise indicazioni per l'organizzazione e lo svolgimento dei corsi. La perfetta intesa tra Fnomceo e Sumai permise una proficua attività, la cui validità fu fatta propria dalle Convenzioni uniche in occasione dei rinnovi contrattuali, anche nel giusto convincimento che l'accrescimento culturale continuo dei medici fosse di interesse generale oltre che dal punto di vista sanitario anche di quello sociale.

sigli direttivi che si sono succeduti.

Poiché si riscontrarono oggettive difficoltà, per una difficile corrispondenza di intenti fra gli organi responsabili dell'aggiornamento della classe medica, il 15 aprile 1986, il dottor Benito Meledandri, presidente dell'Ordine dei medici di Roma, con atto notarile, fondava la SIFoP (Società italiana di formazione permanente per la medicina specialistica) con la finalità di promuovere l'attività di FP ed aggiornamento professionale, anche attraverso l'attività formativa a distanza (modalità che sarà poi adottata dal ministe-

ro della Salute). Io fui eletto presidente. La Società è diretta da un Consiglio direttivo nazionale ed è strutturata a livello periferico in Comitati regionali che eleggono i responsabili regionali ai quali spetta il compito della organizzazione e realizzazione dei corsi regionali, provinciali ed aziendali di educazione terapeutica e FP. Garante della qualità delle attività della SIFoP è il Comitato scientifico.

La SIFoP, nel 1998, è stata una delle prime Società scientifiche a collaborare con l'iniziativa della Fnomceo nel realizzare la Consulta Fnomceo-Società scientifiche ed a costituire un Comitato di coordinamento con molte Società scientifiche.

Dal 2001, con l'introduzione del sistema formativo ECM, la SIFoP – accogliendo favorevolmente le direttive del ministero della Salute – ha voluto rendersi parte attiva di questo nuovo metodo di aggiornamento iscrivendosi, in data 7/9/2001, come provider.

Dal 2002 inoltre la SIFoP ha ritenuto opportuno, per vari motivi, svolgere i suoi Congressi Nazionali (giunti alla decima edizione) subito prima di quelli del Sumai pur continuando a realizzare in varie sedi congressi formativi attinenti specificatamente alla FP.

Nel 2003, per sopraggiunti motivi di incompatibilità, decisi di non partecipare alle elezioni per il rinnovo delle cariche sociali. Venne eletto presidente il dottor Giuseppe Sanfilippo che nell'anno successivo si dimise e gli suc-

# Al via l'annuale appuntamento della SIR

di Giovanni Minisola (\*)

cedette il dottor Francesco Losurdo riconfermato per il quadriennio 2008-2011 che potenzia l'operatività della Società provvedendo a coinvolgere attivamente tutti gli iscritti alla SIFoP con le modifiche statutarie del 2008 per la realizzazione dei settori specialistici e del nuovo Comitato scientifico.

Si è portata particolare attenzione all'Educazione terapeutica ed alla aggregazione funzionale plurispecialistica per le patologie croniche ai quali temi sono stati dedicati gli ultimi congressi nazionali.

Proseguendo nella linea tracciata dai precedenti Consigli direttivi si è confermata la collaborazione con le associazioni dei pazienti anche al fine di incrementare l'educazione terapeutica che favorisce, fra l'altro, una migliore relazione fra medici e pazienti e fra specialista e medico di medicina generale.

In data 7 aprile 2011, si è svolta a Roma la giornata di presentazione del "Progetto SIFoP/METIS per migliorare l'assistenza ai malati cronici". Con questo progetto, si intende formare i propri iscritti a lavorare insieme alle altre componenti mediche per favorire lo sviluppo di una assistenza territoriale che garantisca la copertura di tutte le necessità dei malati cronici nelle cure primarie e ciò potrà contribuire – e non è cosa di poco conto – anche a ridurre il pesante onere assistenziale che condiziona il nostro SSN. •

(\*) Comitato scientifico SIFoP

**D**al 23 al 26 novembre prossimi si terrà a Rimini il Congresso della Società italiana di Reumatologia. Un appuntamento che vuole essere non solo evento scientifico di sicuro rilievo, ma anche favorevole occasione di incontro e di scambio culturale per tutte le componenti della Reumatologia italiana e per tutti i colleghi cultori della Reumatologia e interessati alle malattie reumatiche.

Al fine di migliorare la manifestazione e per dare risposte concrete alle aspettative dei Reumatologi italiani, tutti i soci SIR sono stati interpellati affinché dessero indicazioni e suggerimenti. Questa iniziativa aveva l'obiettivo di favorire la realizzazione di un congresso nazionale che fosse il più possibile il "congresso dei soci" e non il congresso del Consiglio direttivo o del Presidente della SIR. Con questo spirito e tenendo conto delle segnalazioni giunte, si è definita una progettualità congressuale che ci auguriamo sia il più possibile condivisa.

Anche nel 2011 si

terrà il *Review Course*, in considerazione del successo degli anni precedenti; articolato in due giornate, è concepito per approfondire tematiche di particolare interesse, affidandone la trattazione a esperti della materia.

Quest'anno vedranno la luce tre *Corsi di Formazione Intensiva* a numero chiuso sui seguenti temi: Imaging in Reumatologia, Statistica biomedica e metodologia progettuale di studi clinici, Terapia intra-articolare. Ciascun corso avrà carattere essenzialmente pratico e sarà articolato in tre segmenti didattici, tra loro collegati, previsti nei giorni di giovedì, venerdì e sabato.

Nelle parti centrali del Con-

gresso saranno posizionati Simposi e Letture istituzionali su temi di grande attualità, senza peraltro trascurare argomenti della pratica clinica quotidiana, come richiesto da molti.

Le Aziende organizzeranno Simposi e Letture i cui contenuti, particolarmente interessanti, saranno complementari a quelli previsti negli spazi istituzionali.

Naturalmente vi saranno sessioni per comunicazioni orali e poster e anche quest'anno è stata programmata una sessione di comunicazioni in inglese intitolata "Verso EULAR 2012".

I giovani avranno ampio spazio e a loro saranno affidate per la prima volta le tre Letture istituzionali SIR intitolate a tre grandi reumatologi italiani del passato, nel segno di una continuità ideale tra figure carismatiche di ieri e concrete promesse di oggi.

Secondo una tradizione consolidata, sono stati programmati il corso di formazione avanzata per gli infermieri che operano presso strutture reumatologiche e la sessione riservata all'Associazione nazionale dei malati reumatici. •

(\*) Presidente SIR



# Responsabilità sanitaria, prospettive extragiudiziarie

di Massimo Terziani (\*)

**A** sottolineare l'importanza del fenomeno si evidenzia come da metà degli anni '90 le denunce di presunti casi di "malpractice medica" siano aumentate in modo vertiginoso.

Malgrado i tratti preoccupanti del fenomeno ed i numerosi segnali che ne indicano la presenza, la diffusione e la progressiva estensione, in Italia (a dispetto di altri Paesi Comunitari) non esiste un sistema di monitoraggio ufficiale, completo e aggiornato che permetterebbe non solo di "censire eventi" e di "misurare l'evoluzione", ma soprattutto di "prevenirne" gli effetti mediante l'istituzione obbligatoria nelle strutture sanitarie pubbliche e accreditate di un nucleo di "risk management" connesse in rete. La quali-quantificazione degli errori medici è infatti un compito arduo per la mancanza e/o la disaggregazione di dati, statisticamente e storicamente rilevanti.

In una relazione ufficiale, l'Associazione Nazionale Imprese Assicuratrici (ANIA) ha "fotografato" il periodo 1994/2002 caratterizzato da un incremento vertiginoso delle denunce di sinistri che sono passate dalle circa 8 mila del 1994 alle circa 15 mi-

la del 2002 onnicomprensive della responsabilità civile del medico e di quella della struttura sanitaria; ovvio che le imprese assicurative tendano a uscire da questa tipologia di mercato, ovvero ad aumentare i premi.

Per questi motivi si assiste, sempre più ed in maniera generalizzata, allo sviluppo della cosiddetta "medicina difensiva" nelle sua variante "attiva" (eccesso di esami inutili) e "passiva" (astensione di provvedimenti terapeutici). D'altra parte tali atteggiamenti sono comprensibili tenuto conto che in Italia le denunce penali contro medici ammontano complessivamente a circa diecimila all'anno, che la richiesta di risarcimento da parte del danneggiato non è formulata direttamente alla società assicurativa (come nel caso della RC auto) ma alla struttura sanitaria o al professionista medico ed infine che la struttura sanitaria può rivalersi sul professionista dipendente in taluni casi di colpa di quest'ultimo.

Ad aggravare la situazione contribuisce la stampa scandalistica fornendo cifre sulla "malpractice" medica sicuramente "gonfiate" visto che solo il 20% dei casi risultano poi dimostrati in giudizio.

Proprio il decreto della Me-

diazione Conciliativa ai profani sembrava essere la panacea di tutti i mali, non dovendosi le parti avventurare obbligatoriamente in processi civili costosi e di esito incerto. Tuttavia già nel convegno della FAMLI (Federazione delle Associazioni Medico Legali Italiane) tenutosi a Salice Terme nell'ottobre 2010 con medici-legali, avvocati, giuristi e magistrati, il primo in Italia inerente la Mediazione Conciliativa in tema di responsabilità sanitaria, erano emersi quegli aspetti critici che avrebbero poi comportato l'investitura della Corte Costituzionale da parte del TAR Lazio (n.3202 del 12/4/2011) sulla eventuale incostituzionalità di diversi articoli del D.lgs 28/2010.

Il cardine delle multiple criticità è rappresentato dalla

al sistema giudiziario". Nel caso infatti della "mediazione all'italiana" la possibilità di ricorrere al Giudice è condizionata dal tentativo obbligato di conciliazione che, nel particolare ambito della responsabilità sanitaria, risulta di assai improbabile "riuscita" laddove si consideri che le parti coinvolte sono sempre più di due (vedi danneggiato, medico e/o medici in équipe, azienda e/o aziende sanitarie, società assicurativa e/o società assicurative, etc.) con interessi diversi e varie strategie di azione anche contrattualmente predefinite. In que-



**In Italia le denunce penali contro i medici ammontano a circa diecimila all'anno**

obbligatorietà dell'istituto, a dispetto dello spirito della direttiva comunitaria 52/2008 caratterizzato dall'aspetto volontario della mediazione al fine di non impedire alle parti "di esercitare il diritto di accesso



sto particolare ambito la mediazione conciliativa non è fattibile e soprattutto comporta costi non indifferenti per le parti, le quali dovranno farsi assistere da consulenti medici legali in “scene processuali” che il legislatore delegato italiano si proponeva di arginare evitando il contenzioso giudiziario nell’ottica di una mediazione “deflattiva” piuttosto che “conciliativa”; il fallimento del tentativo conciliativo produce poi un allungamento dei tempi della Causa Civile (già lenti e tortuosi in Italia) nella quale, tra l’altro, tutte le procedure (vedi consulenze, etc.) effettuate nella fase pregiudiziarica non potranno essere utilizzate, come espressamente previsto nel D.vo 28/2010.

Tali considerazioni chiariscono la posizione di molti medici-legali i quali, non “appiattendosi” a logiche di profitto “cavalcate” da altre associazioni medico-giuridiche (in caso contrario il neonato istituto sarebbe visto come mera opportunità di incrementare le loro consulenze o di accreditarsi come mediatori al Ministero), ritengono maggiormente proficuo per il bene comune dei colleghi e degli utenti una riformulazione della responsabilità professionale medica e sanitaria che valorizzi il ruolo medico-legale nella gestione-prevenzione del rischio clinico e che “passi” attraverso un iter legislativo peraltro già in fieri, identificabile nel disegno di legge n. 50, presentato al Senato il 29 apr-

le 2008, ma fermo dall’8 luglio 2009. Nello specifico, tale disegno di legge, ispirandosi chiaramente al modello dell’assicurazione obbligatoria della responsabilità-civile-auto e della procedura liquidativa prevista dal Codice delle Assicurazioni Private per i sinistri stradali, propone l’adozione di uno schema realmente innovativo retto sui seguenti punti:

- istituzione dell’obbligo per “tutte le strutture sanitarie ospedaliere pubbliche e private” di assicurarsi per la responsabilità civile nei confronti degli assistiti. Facoltà per ciascuna regione di “istituire un apposito fondo di garanzia per la responsabilità civile del personale di tutte le aziende sanitarie ubicate sul territorio regionale, sostitutivo delle polizze assicurative, attribuendo al fondo direttamente le risorse finanziarie necessarie”;

- previsione dell’azione diretta (senza litisconsorzio necessario fra impresa assicuratrice e strutture sanitarie e/o medici);

- introduzione di una vera e propria procedura liquidativa così articolata:

- a) invio della richiesta di risarcimento;

- b) *spatium deliberandi* di novanta giorni: “L’offerta definitiva deve essere comunicata entro novanta giorni dalla data in cui il danneggiato informa l’assicuratore riguardo il consolidamento dei postumi. Se il danneggiato dichiara di accettare la somma offerta gli, l’assicuratore deve



provvedere al pagamento entro venti giorni dal ricevimento per iscritto dell’accettazione.

Qualora la somma offerta sia inferiore a quella richiesta e il danneggiato non si dichiara soddisfatto del risarcimento, l’impresa deve comunque corrispondere tale somma entro venti giorni.

Tale somma verrà imputata nella liquidazione definitiva del danno”.

Tale modello, che potrebbe essere perfezionato (non si precisa infatti se anche verso il fondo regionale di garanzia si possa fare azione diretta), comporterebbe uno schema uniforme delle varie strategie alternati-

ve attuate “a macchia di leopardo” in alcune regioni in questi ultimi anni. L’approvazione del descritto disegno di legge colmerebbe l’assenza di un efficace ed efficiente “sistema” nazionale per la copertura dei costi della responsabilità civile medico-sanitaria e per la gestione del contenzioso, “alleggerendo il peso della malpractice” che allo stato attuale grava in modo preponderante e distraente sui medici e sulle strutture sanitarie. •

(\*) *Presidente Associazione medico legale pavese  
Delegato nazionale  
Federazione associazioni  
medico legali italiane*

# Vaccinazione HPV, evidenze e prospettive

di Walter Pasini

**A**tre anni dalla partenza della campagna vaccinale contro il Papillomavirus umano (HPV), molte sono le nuove evidenze scientifiche che permettono di confermare l'efficacia della vaccinazione e di prospettare nuovi scenari di offerta vaccinale.

Ormai è noto che i Papillomavirus (HPV) sono virus molto diffusi che si trasmettono attraverso i rapporti sessuali e che colpiscono sia donne che uomini.

Oltre al cancro del collo dell'utero, i Papillomavirus sono responsabili di numerose patologie come il cancro della vulva, della vagina, dell'ano, del pene, dell'orofaringe ed i condilomi acuminati.

Per avere un'idea dell'impatto delle patologie da HPV in Italia, basti pensare che ogni anno 3.500 donne sono colpite dal cancro del collo dell'utero, con oltre mille decessi e che nella sola popolazione femminile si stimano ogni anno circa 120 mila casi di condilomi genitali.

A differenza di quanto accade per le altre malattie sessualmente trasmesse, per l'HPV, l'utilizzo del preservativo diminuisce ma non riduce il rischio di contagio. Ecco perché la vaccinazione svolge un ruolo chiave

nella prevenzione primaria di queste patologie.

Due i vaccini disponibili: il bivalente e il quadrivalente. Il vaccino bivalente è indicato per la prevenzione delle lesioni precancerose della cervice uterina e del cancro del collo dell'utero causati dai tipi di Papillomavirus 16 e 18 in bambine e donne dai 10 ai 25 anni.

Il vaccino quadrivalente è indicato per la prevenzione del cancro del collo dell'utero, delle lesioni precancerose del collo dell'utero,

Dallo stesso studio emerge che il 70% delle donne arruolate era ancora naive ai 4 tipi vaccinali, ovvero non aveva ancora incontrato i tipi di HPV contenuti nel vaccino. Questo è un dato estremamente importante, che evidenzia come la maggior parte delle donne adulte possa ottenere pieno beneficio dalla vaccinazione contro l'HPV.

Se per osservare l'efficacia della vaccinazione sul cancro del collo dell'utero sarà necessario attendere alcuni

---

**Al momento in Italia  
la vaccinazione HPV  
è gratuita e raccomandata  
per le ragazze dodicenni**

---

della vulva e della vagina e dei condilomi acuminati causati dai tipi di Papillomavirus 6, 11, 16 e 18, nelle donne dai 9 ai 45 anni e nei maschi dai 9 ai 15 anni. L'estensione delle indicazioni del vaccino quadrivalente nelle donne adulte è stata approvata dall'EMA alla luce dei risultati di uno studio clinico di fase III, pubblicato su *Vaccine* nel 2009, che ha confermato l'efficacia del vaccino nel prevenire oltre il 90% delle infezioni persistenti e delle lesioni HPV correlate nelle donne fino a 45 anni d'età.

decenni per l'evoluzione stessa della malattia, per la prevenzione dei condilomi genitali, è già possibile registrare i primi risultati dalla "vita reale" ottenuti a seguito dell'attuazione del primo programma di vaccinazione con il vaccino quadrivalente in Australia.

Uno studio osservazionale condotto presso il Centro di Salute Sessuale di Melbourne ha mostrato che, dopo un solo anno di campagna di vaccinazione con il vaccino quadrivalente, i nuovi casi di condilomi genitali sono diminuiti di circa il 50 per cento nella fa-

scia di popolazione coinvolta nel programma vaccinale (donne <28 anni). Una riduzione del 20% dei condilomi genitali è stata riscontrata anche negli uomini eterosessuali non coinvolti nel programma vaccinale, segno questo di un effetto di *herd immunity* (immunità di gregge) indotto dalla vaccinazione.

Recenti dati hanno confermato per il vaccino quadrivalente un'efficacia clinica superiore al 90% nella prevenzione delle lesioni genitali esterne nei maschi dai 16 ai 26 anni.

Questi dati potrebbero rappresentare la base per lo sviluppo di ulteriori studi che confermino i benefici della vaccinazione nella popolazione maschile.

Sono queste le principali evidenze scientifiche che confermano ed estendono i benefici della vaccinazione HPV, prospettandone in futuro l'accesso anche ad altre categorie.

Al momento in Italia la vaccinazione HPV è gratuita e raccomandata per le ragazze dodicenni.

Per favorire l'accesso anche alle donne per le quali la vaccinazione è indicata ma che non rientrano nella gratuità, in molte Regioni è stato avviato il "social price" o prezzo agevolato, che consiste nell'offerta presso le ASL (in Lombardia presso i centri ospedalieri) della vaccinazione anti-HPV ad un prezzo sostanzialmente ridotto (circa il 60% in meno) rispetto a quello praticato in farmacia. •

# FondoSanità, come integrare la rendita pensionistica

**C**ome abbiamo pubblicato nello scorso numero, il 27 maggio è stato rinnovato il Consiglio di Amministrazione di FondoSanità. Il presidente è Luigi Daleffe. A lui il Giornale della Previdenza ha rivolto alcune domande.

**Possiamo approfondire il concetto di previdenza complementare? Secondo alcuni c'è concorrenza con quella obbligatoria.**

L'assunto è assolutamente non condivisibile: la previdenza complementare nasce proprio per "supportare" quella obbligatoria che, a causa degli andamenti demografici, è destinata a garantire ai pensionandi un tasso di sostituzione - rapporto tra ultima retribuzione e prima rendita pensionistica - più basso di quello fin qui loro assicurato. Il problema è squisitamente numerico: la diminuzione delle nascite - per l'Enpam il numero programmato a medicina ha comportato una enorme diminuzione dei giovani medici - e l'aumento dell'aspettativa di vita hanno squilibrato i conti previdenziali, per cui anche le Casse previdenziali dovranno rifare i conti, come ha già fatto lo Stato, per assicurare l'equilibrio di lungo termine delle gestioni. Pensate che il passaggio dal metodo retributivo a

quello contributivo - chi ha iniziato a lavorare dopo il 1° gennaio 1996 avrà solo il contributivo - operato per gli Enti pubblici determinerà una diminuzione del tasso di sostituzione di quasi il 40%.

**Come si inserisce la previdenza complementare in questo percorso?**

L'obiettivo della previdenza complementare è quello di fornire ai lavoratori, utilizzando una serie di vantaggi fiscali, la possibilità di integrare la rendita pensionistica di primo pilastro, al fine di garantire loro una soddisfacente tutela economica per l'età post lavorativa. Il vantaggio fiscale è presente in entrata, come deducibilità dal reddito, durante i versamenti contributivi in quanto la fiscalità sui rendimenti è solo dell'11%, ed in uscita poiché la rendita vitalizia è tassata con aliquote fra il 9 ed il 15%. La gestione multicomparto di FondoSanità, inoltre, permette agli iscritti meno giovani di preservare il proprio patrimonio, mentre agli aderenti giovani dà la possibilità di scegliere un comparto più aggressivo, per conseguire rendimenti maggiori nel lungo periodo.

**Può delineare meglio questo concetto?**

La gestione finanziaria di

FondoSanità è suddivisa in quattro comparti: uno garantito, uno puramente obbligazionario, uno con una percentuale fino al 30% di azioni ed uno con una parte azionaria fino al 75%. L'iscritto ha la possibilità di scegliere un solo comparto o frazionare la propria contribuzione fra più comparti; può inoltre decidere di cambiare gratuitamente comparto una volta l'anno.

L'iscritto meno giovane, vicino all'età della pensione, ha quindi la possibilità di scegliere un comparto tranquillo che non metta a rischio il suo capitale godendo nel contempo dei vantaggi fiscali; i giovani aderenti potranno, invece, scegliere il comparto azionario che, diluendo il rischio dell'investimento su un orizzonte temporale più lungo, potrà assicurare loro un maggiore rendimento al termine del percorso assicurativo.

**Quali altre caratteristiche positive possiamo individuare in FondoSanità?**

Per gli esperti del settore siamo un'ottima realtà: siamo stati positivamente citati anche nell'ultima relazione annuale del presidente della COVIP, la Commissione di vigilanza sui Fondi pensione. Orgogliosamente possiamo dire

che, lavorando con passione, siamo sempre stati "avanti" fra i fondi chiusi: siamo stati i primi per la gestione multicomparto, i primi per il Long Term Care, i primi per la possibilità offerta agli aderenti di poter iscrivere al Fondo anche i famigliari a carico.

Un altro aspetto molto importante è quello dei costi che, in confronto a quelli dei fondi aperti sono ridottissimi: dai dati ufficiali rilevati dal sito COVIP emerge che, proprio in virtù dei bassi costi di gestione, gli iscritti a FondoSanità possono risparmiare, in 30 anni, dai 12 mila ai 38 mila euro. Anche per quanto riguarda i rendimenti fin qui conseguiti, i dati ufficiali espongono risultanze senza dubbio positive per il Fondo. Potremmo essere ancora più competitivi, nel senso di costare meno, se il numero degli iscritti aumentasse considerevolmente, come è lecito auspicare sulla base della consistenza della platea dei potenziali aderenti.

**Concetti da chiarire?**

Il multicomparto l'ho già spiegato; il Long Term Care (LTC) comporta il raddoppio della rendita vitalizia nel caso di sopravvivenza non autosufficienza, mentre la possibilità di iscrivere i famigliari a carico è estremamente importante per i nostri figli perché ci permette di costruire loro da subito un futuro previdenziale. •

(a cura della redazione)

# Tecnologie ottiche per prevenzione al seno

di Daniele Romano

**L**a salute delle donne ha un nuovo prezioso alleato nella lotta al tumore alla mammella, che è ancora la prima causa di morte: l'incidenza è di circa 40.000 nuovi casi l'anno. L'American Cancer Society rileva che nel mondo, ogni anno, 1.3 milioni di donne si ammalano di tumore alla mammella e quasi mezzo milione muore. Tuttavia, la probabilità di guarire è maggiore in caso di diagnosi precoce, mentre in fase avanzata questa malattia risulta ancora poco curabile.

“Si può stimare- secondo il dottor Giovanni M. Ciuffo, responsabile del Centro di senologia ICZ di Monza - che nel nostro Paese vivano attualmente oltre 400.000 donne curate per patologia mammaria aggressiva e il tasso di incidenza di tale patologia è oramai prossimo al 10 %.” E afferma allarmato, “fino ad oggi non era possibile l'esecuzione di una reale prevenzione nei confronti della patologia aggressiva del seno”.

L'innovazione tecnologica con dieci anni di sperimentazione internazionale abbinata ai contenuti della medicina predittiva oggi consente di effettuare una diagnosi realmente precoce, preclinica, individuando la zona dove si svilup-

peranno i tessuti precancerosi. È stato definito dai più importanti responsabili di società scientifiche strutturate ospedaliere, un “ultrascreening per il tumore mammario” che allarga incredibilmente la finestra diagnostica consentita dagli strumenti attuali, effettuando la diagnosi precoce preclinica prima che insorgano i sintomi legati alla malattia, in soggetti apparentemente sani. L'indagine ottica dinamica del seno (metodica DOBI Dynamical Optical Breast Imaging) usa parametri biologici predittivi correlati all'angiogenesi. L'apparecchiatura Comfortscan utilizza dei markers prognostici e predittivi, dai dati elaborati dal comitato scientifico “DOBI GROUP” con una sensibilità del 95% e una specificità del 80%. Le cellule tumorali si sviluppano creando una rete di capillari che le alimenta, consentendo di crescere sempre più celermente con una modifica della vascolarizzazione chiamata neoangiogenesi e riferita già a tessuti precancerosi.

Comfortscan è stato progettato per individuare questa rete di capillari e le minime distorsioni parenchimali e ottenere una significativa diagnosi tumorale di primo livello con protocolli clinici che prevedono un'integrazione ecografica.

Totalmente digitale, Comfortscan utilizza la lunghezza d'onda della luce rossa monocromatica, aprendo nuove prospettive ai tecnici radiologici sempre più orientati dal progresso alle tecniche dell'imaging.

L'apparecchio non usa raggi X ma una luce rossa prodotta da un led, e una videocamera in grado di visualizzare la situazione della zona investita dalla luce e, a differenza della radiografia, non è invasivo e non è un esame doloroso, non comportando lo schiacciamento della mammella.

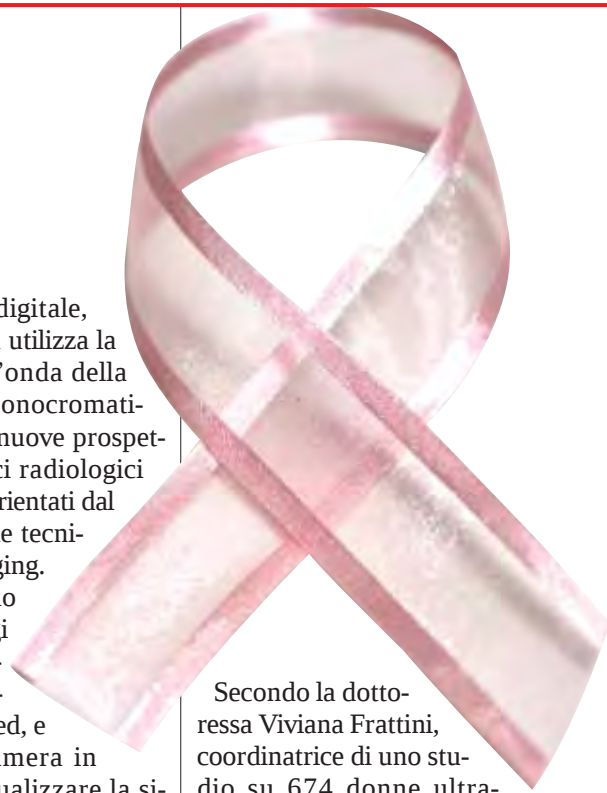
Non ha limiti di utilizzo e l'operatore vede immediatamente il risultato, grazie alla telecamera e non ha bisogno di una formazione lunga o complessa per imparare a usare l'apparecchio.

Per il professor Francesco Schittulli, chirurgo senologo e presidente nazionale della Lega italiana per la lotta ai tumori (LILT) “questo sistema integrabile con altri approcci diagnostici, consente esami veloci e fornisce nuovi dati fisiologici funzionali che fino ad oggi nessuno ha offerto al medico: il processo di neoformazione di vasi sanguigni nei tessuti precancerosi e ovviamente nelle masse tumorali.”

Secondo la dottoressa Viviana Frattini, coordinatrice di uno studio su 674 donne ultratrentenni presso il Centro medico Monterosa a Milano, “la possibilità di identificare territori precancerosi consente la rimozione chirurgica con un anticipo di ben 5-8 anni prima che le lesioni si rendano visibili con le metodiche convenzionali, evitando l'impatto della chemioterapia e delle terapie demolitive”.

Un guadagno sociale di vita, un risparmio di sofferenze e budget rilevanti per il sistema sanitario se l'ultrascreening venisse esteso su vasta scala.

La Mammografia, oltre ai limiti di una finestra diagnostica molto più ristretta nella quale la massa tumorale è formata e visibile, ha problemi nelle donne con un seno denso, in cui lo scarso contrasto intrinseco dei tessuti non consente un'accuratezza diagnostica. Quando la mammografia e l'eco-



## **Tecnica di imaging non invasiva che misura l'assorbimento della luce all'interno dei tessuti**

grafia non possono determinare se una lesione sospetta al seno è maligna o benigno, l'esame standard è il prelievo di campioni di tessuto. Nel 70-80% dei casi, tuttavia, le biopsie rivelano lesioni benigne, creando paure ingiustificate nella donne e costi diagnostici più elevati.

Secondo i risultati di uno studio sull'efficacia della tomografia ottica eco-guidata pubblicati sulla rivista *Radiology*, la combinazione

di due tecnologie basate su ultrasuoni e onde luminose potrebbe ridurre il ricorso alla biopsia al seno in caso di sospetto tumore, evitando spese inutili e maggiori ansie per le donne.

“L'obiettivo dello studio - spiega Qing Zhu, bioingegnere dell'Università del Connecticut, negli Usa - è stato indagare le potenzialità della tomografia ottica guidata dagli ultrasuoni come mezzo per differenziare i tumori in fase iniziale dalle lesioni benigne”. I ricercatori hanno utilizzato la nuova metodica su 178 donne tra 21 e 89 anni alle quali erano state in precedenza diagnosticate lesioni solide, seguite da una biopsia. L'uso della tomografia ottica ha permesso di rile-

vare lesioni benigne in 114 casi, circa il 65% del totale, 35 carcinomi al primo stadio, 24 casi di neoplasie superiori ai due centimetri. Per valorizzare le potenzialità di questa tecnologia e favorire l'integrazione del DOBI ComfortScan nella diagnostica senologica esistente la Socrate Medical ha promosso la costituzione spontanea del DOBI GROUP. Si tratta di un gruppo scientifico interdisciplinare e multicentrico di professionisti coordinato dal Professor Aldo Vecchione - Direttore scientifico dell'Istituto nazionale dei tumori di Napoli, con la supervisione dell'Istituto europeo di oncologia. Al gruppo partecipano anche altri centri nazio-

## **Individuare i livelli di emoglobina può aiutare a distinguere lesioni maligne da quelle benigne**

nali quali: la Clinica Mangiagalli di Milano, Ospedale Fatebenefratelli di Milano, Istituti clinici Zucchi di Monza del Gruppo San Donato, la LILT di Bologna, oltre ad una serie di medici senologi e radiologi territoriali.

La tomografia ottica è una tecnica di imaging non invasiva che misura l'assorbimento della luce all'interno dei tessuti per quantificare il livello di emoglobina e di ossigeno nel sangue. Poiché le lesioni cancerose hanno molti più vasi sanguigni di un tessuto normale, individuare i livelli di emoglobina può aiutare a distinguere lesioni maligne da lesioni benigne. “Entrambi i livelli medi di emoglobina massima e totale - spiega Zhu - erano significativamente più elevati nel gruppo con carcinoma rispetto al gruppo con la lesione benigna carcinoma rispetto al gruppo”. Il Parlamento Europeo ha stabilito il diritto delle donne affette da neoplasia mammaria ad essere curate presso un Centro che presenti caratteristiche di qualità e figure dedicate a questa malattia. E una tecnologia fortemente innovativa prodotta e distribuita dallo sforzo di tecnici e imprenditori italiani è un bel primato. •



## A virologa italiana prestigioso premio USA



Ilaria Capua

**L**italiana Ilaria Capua, virologa dell'Istituto zooprofilattico sperimentale delle Venezie di Legnago (Padova), è la prima donna vincitrice del *Penn Vet World Leadership in Animal Health Award*, assegnato ogni anno dall'università americana della Pennsylvania a un veterinario che "ha modificato in maniera significativa l'immagine e la pratica della professione e ha influenzato la vita e la carriera di altre persone". Il 14 settembre la scienziata ha ricevuto dall'ateneo Usa il riconoscimento internazionale del valore di 100 mila dollari.

"Questo premio conferma che la linea di pensiero di un'istituzione italiana può innescare dei meccanismi che cambiano le regole del gioco anche ai livelli più alti" – ha commentato la Capua. "Dimostra inoltre che in Italia si possono raggiungere livelli di eccellenza riconosciuti da una delle più prestigiose università americane, e questo premio è un attestato di merito a tutte le donne che lavorano nel Servizio sanitario nazionale".

Nel 2000, ricorda una nota dell'Istituto zooprofilattico sperimentale delle Venezie (Izsve), Ilaria Capua ha sviluppato la prima strategia di vaccinazione per l'influenza aviaria, che ha permesso di controllare la malattia e nel contempo di mantenere le esportazioni. Questa strategia è oggi raccomandata dalle principali organizzazioni internazionali ed è inclusa nella legislazione europea.

## Musica, "elisir" per udito per chi suona da una vita

**A**lcuni ricercatori hanno scoperto che essere musicisti può contribuire a migliorare l'udito in età avanzata, ritardando alcuni dei cambiamenti legati al-

l'invecchiamento. Soprattutto nell'elaborazione dell'udito centrale. Questo vantaggio è considerevole soprattutto nei musicisti più anziani. Gli scienziati hanno inoltre evidenziato come essere virtuosi di uno strumento non offre alcun vantaggio nelle prove audiologiche sui toni puri. Tuttavia i musicisti di 70 anni sono stati in grado di capire meglio un discorso in un ambiente rumoroso rispetto al campione più giovane (50 anni) e non musicista. "Questo suggerisce – avverte la ricerca – che un rapporto lungo e intenso con la musica mitiga i cambiamenti legati all'età nel cervello dei musicisti, in altre parole l'udito si adatta all'universo dei suoni sviluppando una maggiore resistenza al decadimento fisico, rispetto a chi ha avuto pochi o sporadici contatti con la musica".



## Nuovo Centro per bimbi con malformazioni maxillo-facciali

**R**estituire il sorriso ai bimbi colpiti da malformazioni congenite maxillo-facciali come il labbro leporino. Questa la missione della prima "Smile House" italiana entrata in funzione all'ospedale San Paolo di Milano. Un centro di eccellenza nato da un accordo tra la Fondazione Operation Smile Italia Onlus, il ministero della Salute e l'azienda ospedaliera di Via Di Rudinì, dove è già attivo il Centro regionale per il trattamento e la cura delle labiopalatatoschisi, in cui vengono trattati oltre 70 piccoli pazienti ogni anno. La struttura, le cui attività saranno coordinate da Giovanna Garattini, prenderà in cura bambini con malformazioni congenite maxillo-facciali seguendoli dalla fase pre-operatoria a quella operatoria, per proseguire con la riabilitazione post-intervento con sedute di logopedia, ortodonzia e qualsiasi altro supporto medico risulti necessario. Le malformazioni cranio-maxillo-facciali sono patologie complesse che richiedono l'intervento in team di diverse specialità mediche e chirurgiche. Tradizionalmente sono trattate presso strutture pediatriche o reparti di chirurgia maxillo-fac-



ciali e plastica, dove però vengono curate anche malattie traumatiche e oncologiche. Le specialità complementari alla chirurgia primaria e secondaria vengono offerte in servizi esterni, spesso scollegati coi centri dove viene effettuata la chirurgia. Un mondo articolato che Operation Smile International ha deciso di accorpate realizzando in diversi Paesi alcuni centri di eccellenza, nei quali ai piccoli pazienti vengono offerte terapie e cure riabilitative post-operatorie gratuite.

La Smile House italiana accoglierà anche i bambini che non possono essere operati durante le missioni mediche internazionali perché necessitano di cure più complesse e interventi multispecialistici. Assistenza, dunque, ma anche ricerca. Nel centro milanese saranno avviati tre progetti sulla crescita mascellare, sulla funzionalità velofaringea e sulla genetica delle labiopalatoschisi. I responsabili dei progetti saranno Costanza Meazzini per la Fondazione, in qualità di coordinatore scientifico, e Roberto Brusati, Ordinario di chirurgia maxillo facciale, per il San Paolo. Tra gli obiettivi, infine, c'è anche la formazione di personale medico e sanitario dei Paesi partner dell'organizzazione, provenienti prevalentemente da Africa e Medio Oriente.

## Diabete, trend in allarmante crescita

**L'**epidemia di obesità nei Paesi occidentali ingrossa le fila dei diabetici. E di pari passo si moltiplicano i costi per i sistemi sanitari. L'Italia non fa eccezione, come emerge dai dati illustrati al 47esimo congresso della Società europea per lo studio del diabete (Easd), che si è tenuto a Lisbona a settembre.

Nel 1998 il diabete pesava sulle casse dello stato per circa 5 miliardi di euro, pari al 6,7 per cento della spesa totale per la sanità. Nel 2006, quando i pazienti sono quasi raddoppiati, si è passati a oltre 8 miliardi, circa l'8 per cento delle risorse assorbite dalla sanità. Per il 2011 gli esperti prevedono un costo che supererà i 10 miliardi di euro: più che raddoppiato, avvertono, in meno di 15 anni. "È evidente che il diabete rappresenta oggi una vera epidemia, che va affrontata sotto tutti gli aspetti: dalla prevenzione alla cura – ha sottolineato Carlo Giorda, presidente dell'Associazione medici diabetologi

(Amd). Un morto di diabete ogni 10 secondi, 370 milioni di pazienti entro i prossimi 20 anni – ha ribadito. La parola chiave, come ha confermato Giorda, si conferma "la prevenzione attraverso stili di vita più adeguati". Con i dati presentati durante il congresso, gli esperti hanno voluto richiamare l'attenzione della Comunità internazionale a una settimana dal summit delle Nazioni Unite dedicato alle malattie non trasmissibili: tumori, patologie cardiovascolari, respiratorie e, appunto, il diabete. La Federazione internazionale e la Società scientifica europea hanno rivolto il loro appello ai Governi, sollecitandoli a mettere in atto interventi concreti e fissare obiettivi "misurabili". In cima alla lista delle richieste, l'aumento dei fondi destinati alla ricerca. "L'avanzamento delle conoscenze attuali – hanno affermato il presidente dell'Idf, Jean Claude Mbanya, e il vicepresidente dell'Easd, Andrew Boulton – porterà alcuni miglioramenti nella cura e nella prevenzione delle malattie non trasmissibili, ma un'accelerazione della ricerca è essenziale se vogliamo davvero sconfiggere queste patologie".

## Sesso, in Italia 100 interventi l'anno per cambiarlo

**S**ono circa 100 gli interventi di cambio di sesso effettuati ogni anno in Italia. E la casistica nel nostro Paese ci dice che 1 persona su 35.000 chiede il passaggio dal sesso femminile a quello maschile e 1 su 18.000 il contrario.

Intrappolati in un corpo che non si sente come il proprio. "Questa condizione – sostiene Aldo Felici, fondatore del Servizio di consulenza e di sostegno per le persone che chiedono il cambio di sesso (Sai-

fip) dell'Ospedale San Camillo di Roma – si manifesta quando c'è un disordine di genere. E si sviluppa già nei primi tre anni di vita, ma si rende esplicita nell'età della pubertà. Perché questo è il momento della verità, quando i cambiamenti del corpo non coincidono con quello che si sente di essere. In Italia – avverte il chirurgo – non si può intervenire prima dei 18 anni, mentre in Inghilterra e Olanda già a 16 anni si può procedere con terapie ormonali in casi particolari". In Inghilterra, poi, il fenomeno riguarda migliaia di casi, rispetto al centinaio di interventi chirurgici effettuati nel nostro Paese ogni anno. "I ricercatori inglesi – spiega Felici – hanno evidenziato in molti studi come nel 33% dei casi il fenomeno è transitorio, nell'altro 33% porta verso la scelta dell'omosessualità, e nel rimanente 33% a un forte disordine di genere e alla transessualità".





Il dr. Rocco De Filippis

di Paola Stefanucci

**F**are il (o meglio, essere) medico non è mai stato facile. Ancor meno facile è esserlo oggi: il prestigio sociale, i successi professionali ed economici appaiono ridimensionati, il rapporto con il paziente è problematico, o talora carente. E' paradossale: ma il numero di giovani in camice è in costante ascesa, sebbene la strada della specializzazione sia lenta e tortuosa e la ricerca (ovvia) del posto di lavoro drammatica. In tale itinerario labirintico, pieno di ostacoli e d'incertezze, il giovane dr. Rocco De Filippis, laureato in Medicina e specializzato in Psichiatria con lode all'Università Cattolica del Sacro Cuore, è riuscito a conseguire la (meritata) affermazione professionale. Per questo abbiamo voluto incontrarlo.

**Dottor De Filippis quando ha giurato fedeltà ad Ippocrate?**

Tredici anni fa.

**Tesi di laurea?**

Sperimentale. Ho discusso una tesi sui disturbi del comportamento alimentare e l'associazione col costrutto dell'alessitimia, ovvero l'incapacità a esprimere le emozioni.

**Che cosa l'ha spinto a studiare medicina?**

Credo che affrontare gli studi di medicina sia come avventurarsi in un viaggio senza mai raggiungere la meta, ed io adoro le sfide. E' sta-

disco esse sono tutte, ed io le sento, imprescindibilmente legate alla professione che ho scelto.

**Lei ha da poco lasciato i banchi dell'Università. Vorremmo conoscere la sua opinione sull'offerta formativa in medicina e chirurgia degli atenei italiani. Cosa pensa dei suoi altrettanto giovani (e talentuosi) colleghi scappati all'Esterò? In proposito, ha mai avuto la tentazione di espatriare?**

**Ammiro la dedizione e la professionalità dei colleghi sempre a disposizione e utili al paziente**

ta un'esperienza, come la professione medica poi, molto stimolante sul piano scientifico, ma soprattutto sul piano umano.

**Scienza, coscienza, dignità, decoro, libertà, autonomia e indipendenza: secondo lei, da quale delle sette virtù capitali della professione medica è impossibile derogare?**

Credo che non si possa prescindere da nessuna di queste virtù, tutte qualità necessarie, quale sforzo verso cui tendere e limiti da colmare, nel percorso di crescita professionale e umano del medico. Ribat-

Penso di avere avuto la fortuna di studiare in una buona università che mi ha consentito di approfondire e crescere professionalmente e umanamente. Il fatto stesso che molti giovani vadano all'Esterò e soprattutto riescano credo sia una prova della bontà della formazione universitaria italiana. Sicuramente la fuga dei cervelli è un problema su cui tutta la società civile deve riflettere, su come riattrarre quei cervelli fuggiti e metterli nella condizione di lavorare. Io, per quanto mi riguarda, sento di voler restituire al mio paese quella formazione

che il mio paese comunque mi ha dato.

**Sembra profilarsi all'orizzonte la necessità di creare nuove opportunità per le giovani leve di Esculapio. Esiste nel nostro paese, secondo lei, una strategia (che non sia il nepotismo) per agevolare l'approdo al mondo del lavoro dei giovani medici?**

Difficile rispondere. Sicuramente è una questione politica. Si tratta di problematiche che investono non solo il mondo accademico e sanitario ma tutta la società. Mi limiterò a dire che ho avuto la fortuna di incontrare dei buoni, veri maestri, nel mio percorso formativo. Essi mi hanno dato utili consigli e fatto comprendere l'importanza della tenacia e della professionalità, soprattutto umanamente intesa.

**Com'è stato il suo ingresso alla Scuola di specializzazione? Facile, rapido? E nel mondo del lavoro?**

Niente nella vita è facile o rapido, men che meno ti viene regalato, soprattutto le esperienze nuove e volute sono cariche di dubbi, incertezze e paure che ti aiutano a crescere, a plasmare la tua persona finalizzandola verso gli obiettivi cui tieni veramente e che una volta raggiunti ti munisco-



no di un bagaglio di esperienza e maggiore sicurezza. Io ho avuto la fortuna di lavorare in ambienti sereni e formativi.

#### **Ad esempio?**

L'equipe della clinica Samadi di Roma, diretta dal dr Leonardo Strusi, persone e professionisti speciali con i quali sono felice di collaborare tuttora. Ad essere sincero ho iniziato come medico prelevatore presso il laboratorio Alessandrini, circondato, come spesso succede nel privato, da professionalità, efficienza e affetto, importanti per un medico alle prime armi.

#### **Sotto il profilo remunerativo ritiene gratificante il suo lavoro?**

E' presto per sentirsi arrivati e non si arriva mai. La

ricerca di cure migliori, sempre più finalizzate e personalizzate unite ad una evidenza scientifica sempre più necessaria, mi consente di non perdere mai l'entusiasmo e il piacere di fare il lavoro che ho deciso di intraprendere, comprendendone innanzitutto la complessità, prima ancora della pur necessaria gratificazione economica.

#### **Che rapporti ha con i colleghi meno giovani?**

Di umiltà e gratitudine per gli insegnamenti ricevuti e che ricevo ogni giorno. Ho un buon rapporto, certo non paternalistico, con il professor Bruno Callieri, verso cui nutro un affetto sincero.

#### **Com'è scandita la giornata di un giovane psichiatra?**

Oltre ad ottemperare ai miei impegni di dottorando all'Università Cattolica del Sacro Cuore, dedico ovviamente un congruo spazio alla clinica nell'Istituto di Psicopatologia diretto dal professor Antonio Tundo. Ogni giorno è un'esperienza nuova e affascinante, non scevra di momenti difficili, la cui complessità richiede, sento, una sempre continua formazione e aggiornamento scientifica e umana, dovendosi confrontare ogni istante con una sofferenza spesso poco capita e soprattutto poco accettata. Più avanzo nell'esercizio di questa professione in cui sto muovendo i primi passi, più comprendo quanto rispetto e umiltà ci vogliano nel confrontarsi col paziente.

**Rispetto e umiltà non sempre reciproci. I pazienti, talvolta, sembrano lesti solo a sorprendere il medico imperito, negligente, imprudente. Non di rado le cronache riportano casi di violenza, dall'aggressione verbale a quella fisica, subiti dai sanitari in servizio. Se capitasse a lei...**

Ne sarei molto amareggiato e mi farebbe molto male. Conosco e ammiro i sacrifici, la dedizione e professionalità dei colleghi e di quei maestri che vedo impegnati ogni giorno continuamente nella propria missione sempre a disposizione e utili al paziente. Purtroppo, si citano e si ricordano solo i casi di malasanità.

**Lei ha 32 anni, ma ne ha già spesi sette al Day Hospital di Farmacodipendenze del mitico Policlinico Gemelli. Ce ne può parlare?**

Sono stati anni di crescita e maturazione. Credo che l'incalzare di nuove forme di dipendenza e l'anticipazione generazionale dell'entrata in contatto dei più piccoli con alcol, cocaina e nuove droghe sintetiche rappresenti qualcosa su cui tutti, dai sanitari alla società civile, devono quantomeno essere sensibilizzati in modo corretto ed efficace. Il lavoro condotto con l'equipe del prof. Luigi Janiri e la nuova collaborazione col prof. Tundo in particolare sono per me motivo di grande impegno e soddisfazione.

**Infine, dottor De Filippis, ci dica perché ha scelto di curare la follia, una sfida, quasi sempre, destinata al fallimento.**

Proprio per la ragione che lei provocatoriamente mi sottopone: perché trovo affascinante mettersi in gioco in una sfida così ardua e allo stesso tempo piena di umanità e sensibilità quale quella di confrontarsi con la sofferenza psichica e, in Italia, credo si debba tuttora lavorare molto per conferire al malato psichico quella dignità e legittimità che ancora oggi in alcune regioni del nostro paese rappresenta ragione di tabù, qualcosa di cui non parlare, o peggio, di cui, addirittura, vergognarsi. •

Bernard L. Montgomery



## Ottobre e le sue storie...

*I libri hanno gli stessi nemici  
dell'uomo: il fuoco, l'umido, le bestie,  
il tempo e il loro contenuto.*

Valéry, Letterature

### 23 OTTOBRE 1942

Le unità italo-tedesche vengono sconfitte a El Alamein dalle forze del generale Bernard L. Montgomery.

### 1 OTTOBRE 1946

A Norimberga, in Germania, la Corte internazionale emette dodici condanne a morte nel processo organizzato contro i grandi criminali di guerra.

### 1 OTTOBRE 1956

Grande novità nel mondo delle automobili: in Francia la Citroën, la Triumph e Jensen montano su alcuni modelli il freno a disco.

### 21 OTTOBRE 1959

Inaugurato a New York il Guggenheim Museum.



### 14 OTTOBRE 1964

In Unione Sovietica, dopo la destituzione di Nikita Krusciov, il nuovo segretario del Pcus è Leonid Breznev.



### 26 OTTOBRE 1967

Mohamed Reza Pahlavi si incorona scia di Persia.



Mohamed Reza Pahlavi

### 21 OTTOBRE 1969

In Germania ovest Willy Brandt viene eletto cancelliere.

### 18 OTTOBRE 1977

Andreas Baader, Gudrun Ensslin e Jan Carl Raspe, terroristi della Raf, si suicidano nel carcere di Stammheim in Germania ovest alla notizia della morte di Ulrike Meinhof.

### 1 OTTOBRE 1989

I campionati europei di pallavolo vengono vinti dalla nazionale italiana allenata da Julio Velasco.

### 15 OTTOBRE 1990

Il premio Nobel per la pace viene assegnato a Michail Gorbacev.



Michail Gorbacev

### 7 OTTOBRE 1991

Erwin Neher e Bert Sakmann, biologi cellulari tedeschi, ottengono il premio Nobel per la medicina per aver scoperto i canali ionici della membrana cellulare.

### 20 OTTOBRE 1991

Ayrton Senna si classifica secondo al Gran premio del Giappone e per la terza volta è campione del mondo di Formula 1.



Ayrton Senna



## TEMPI E MODI PER LA PUBBLICAZIONE

Le notizie inerenti congressi, convegni, corsi e manifestazioni scientifiche devono essere rese note alla redazione del giornale dell'Enpam - **oltre tre mesi prima dell'evento** - tramite posta all'indirizzo Via Torino, 38 00184 Roma; via e-mail all'indirizzo [congressi@enpam.it](mailto: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.

## Ortodonzia contemporanea

Palermo, 20-21-22 ottobre, Astoria Palace Hotel

**Responsabile Scientifico:** dott. Nicola Minutella

**Patrocinio:** Associazione italiana odontoiatri

**Argomenti:** il light lingual system, l'espansione lenta in niti, agenesie e preprotesica, cases studies

**Informazioni:** Segreteria Scientifica e Organizzativa tel. 091 904082, e-mail: [nicolaminutella@alice.it](mailto:nicolaminutella@alice.it)

**Ecm:** evento in fase di accreditamento

## Internet, social media e Web 2.0

Milano, Istituto Mario Negri

**26 ottobre 2011** - Corso introduttivo sull'impiego di PubMed

**27 ottobre 2011** - Corso avanzato sull'impiego di PubMed e metodi di valutazione della ricerca biomedica

**8 novembre 2011** - Internet per l'aggiornamento del medico e dell'operatore sanitario

**9 novembre 2011** - Il web 2.0 per l'aggiornamento del medico e dell'operatore sanitario

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

**Informazioni:** Segreteria Scientifica e Organizzativa: dott. Eugenio Santoro, Laboratorio di Informatica Medica, Dipartimento di Epidemiologia, Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Via Giuseppe La Masa, 19 - 20156 Milano, tel. 02 39014562, 349 7210730, fax 02 33200231, e-mail: [eugenio.santoro@marionegri.it](mailto:eugenio.santoro@marionegri.it)

**Ecm:** richiesti crediti ecm

Centro Studi So Wen – Accademia di medicina tradizionale cinese

## Agopuntura e mtc secondo gli standard formativi dell'Oms

Milano, Bologna, Roma, L'aquila, Napoli, novembre 2011-giugno 2012

**Struttura:** Lezioni teorico-pratiche svolte nei fine settimana. Monte ore quadriennale: 1600 ore

Docenti accreditati presso il Centro Collaborante OMS per la medicina tradizionale dell'Università degli Studi di Milano

**Informazioni:** tel. 02 40098180, fax 02 40098140, e-mail: [info@sowen.it](mailto:info@sowen.it), sito web: [www.sowen.it](http://www.sowen.it)



Italian society of muscles, ligaments & tendons

## Advances in muscles, ligaments and tendons

Roma, 26-27 novembre, Auditorium Campus X, Università di Roma Tor Vergata, Via di Passolombardo 341

**Presidente:** dott. Nicola Maffulli

**Alcuni argomenti:** tendinopathy: state of the art and prospective, shoulder ligaments and tendons: surgery, knee ligaments and tendons: surgery, tendons muscles and ligaments basic science, research and innovation: diamagnetic application for shock wave

**Informazioni: Segreteria Scientifica** dott. Francesco Oliva, e-mail: olivafrancesco@hotmail.it, dott. Antonio Frizziero, e-mail: antonio.frizziero@unipd.it

**Segreteria Organizzativa:** Centro Italiano Congressi S.r.l., Corso Trieste 42, 00198 Roma, tel. 06 8412673 fax 06 8412687, e-mail: congressi@gruppcic.it, sito web: www.centroitalianocongressi.it

**Ecm:** il congresso rientra nella normativa dell'ecm

Associazione medica studio agopuntura e Scuola italo cinese di agopuntura

## Agopuntura e medicina cinese

Roma, a.a. 2011-2012

**Caratteristiche:** il corso, riservato a 20 laureati in medicina e chirurgia e odontoiatria è realizzato secondo le direttive della Federazione italiana delle società di agopuntura, che permette l'iscrizione nei registri di agopuntura dell'Ordine dei medici e degli odontoiatri

**Informazioni: Segreteria Organizzativa** Sig.ra Laura Brotzu, 06 56320525, 333 5768037, e-mail: corsi.xinshu@agopuntura.org

## Congresso nazionale della società italiana di microchirurgia

Palermo, 20-22 ottobre, sala congressi Grand Hotel Piazza Borsa

**Presidente:** prof. G. De Santis

**Co-Presidente:** prof. F. Moschella

**Informazioni: Segreteria Organizzativa** StudioProgress snc, tel. 030 290326, fax 030 40164, e-mail: info@studioprogress.it, sito web: www.microchirurgia.org

## L'ipnosi nel controllo del dolore

Milano, 8-9 ottobre, 12-13 novembre, 10-11 dicembre, 14-15 gennaio, hotel Ascot Best Western, Via Lentasio 3

**Direttore:** prof. G. De Benedittis

**Alcuni argomenti:** psiconeurobiologia del dolore, teorie del dolore, misura del dolore, stress, personalità e dolore

**Informazioni: Segreteria Scientifica** prof. G. De Benedittis, Centro per lo Studio e la Terapia del Dolore, Università di Milano, Policlinico, via F. Sforza 35, 20121 Milano, tel. 02 55035518, 02 55033624, fax 02 55035518, sito web: www.cstdol.it, e-mail: giuseppe.debenedittis@unimi.it

**Segreteria Organizzativa:** R.M. Società di Congressi s.r.l., Via C. Menotti 11, 20129 Milano, tel. 02 70126308-70126367, fax 02 7382610, e-mail: info@rmcongressi.it

**Ecm:** richiesti crediti ecm

## Gomito e polso: articolazioni dimenticate?

Pavia, 14 ottobre, Centro Congressi Antigo Borgo della Certosa

**Obiettivo:** approfondire la conoscenza anatomo-radiologica delle articolazioni trattate, ottimizzare l'uso delle metodiche d'imaging per i diversi quesiti clinici e di migliorare la propria esperienza nell'identificare quadri patologici

**Informazioni: Segreteria Scientifica** dott. Paolo Poggi, e-mail: paolo.poggi@fsm.it

**Segreteria Organizzativa:** Aquarius di Roberta Rampulla, Via Folla di Sotto 52, 27100 Pavia, cell. 329 2838479, fax 0382 27697, e-mail: rr@aquarius-eventi.it, sito web: www.aquarius-eventi.it

**Ecm:** richiesti crediti ecm

## Corso di microchirurgia in chirurgia tiroidea

Roma, 11 - 12 novembre, UOC Microchirurgia Generale Fabia Mater, Università Sapienza, Club delle U.E.C.

**Presidenti:** Rinaldo Lampugnani, Francesco Paolo Campana

**Argomenti:** Tra le innovazioni tecniche nella terapia chirurgica delle neoplasie della tiroide, la microchirurgia con sistemi di ingrandimento e sofisticato strumentario dedicato, permette oggi una radicalità ulteriore rispetto al passato, ed un rispetto accurato delle strutture più delicate quali vasi e nervi

**Informazioni: Segreteria Organizzativa** Andrea Mondini tel. 06 215921, 06 215924800, 06 215925113, 06 215925118, 347 7293148, fax 06 215925120, e-mail: uomicrochirurgia@yahoo.it, andreamondini@libero.it, sito web: www.microchirurgia.net



Istituto italiano studi di ipnosi clinica e psicoterapia H. Bernheim

## Ipnosi clinica

Verona, ottobre 2011- settembre 2013

**Presidente:** dott. Vittorio Grecchi

**Vicepresidente:** dott. Rocco Cacciabarone

**Destinatari:** medici, odontoiatri e psicologi

**Alcuni argomenti:** alimentazione carnea versus alimentazione vegetariana, culti distruttivi e controllo mentale, attacchi di panico negli adolescenti, disturbi alimentari dell'adolescente: anoressia

**Informazioni:** Segreteria d.ssa Serena Rosson, e-mail: istitutobernheim@gmail.com, tel. 347 0398016

**Ecm:** è in corso la procedura di accreditamento ecm

Scuola di patologia genitale prof. G. De Palo

## Patologia cervicale e colposcopia

Milano, 17-21 ottobre, Fondazione Irccs Istituto Nazionale Tumori presso Cascina Rosa, Via Vanzetti 5

**Coordinatore:** d.ssa B. Stefanon

**Argomenti:** il corso è intensivo e semiresidenziale della durata di 5 giorni. È riservato a laureati in medicina, specialisti e specializzandi in ginecologia ed è volto a fornire una preparazione di base sulla colposcopia, sulla patologia del tratto genitale inferiore femminile, sugli equivalenti maschili e sulle tecniche diagnostiche e chirurgiche connesse alla colposcopia

**Informazioni:** Segreteria e-mail: scuolapatologiagenitale@istitutotumori.mi.it, info@scuolapatologiagenitale.it, sito web: www.scuolapatologiagenitale.it

**Ecm:** il Corso sarà accreditato ecm

## Day surgery nei territori montani

Limone Piemonte (Cn), 8 ottobre

**Coordinatore Scientifico:** dott. Domenico Clerico

**Obiettivi:** nel corso degli ultimi anni la day surgery è diventata necessità, realtà e modello organizzativo standardizzato. Il Convegno è diretto a individuare alcune regole auree costantemente applicabili per una corretta dimissione protetta e nel contempo di limare il più possibile i margini di rischio

**Destinatari:** medici, infermieri e operatori sociali

**Informazioni:** Segreteria Scientifica Struttura Semplice Dipartimentale, Chirurgia Generale Day Surgery, tel. 0171 652546, Azienda Sanitaria Ospedaliera, Santa Croce Carle (Cuneo)

**Segreteria Organizzativa:** P & P S.r.l. Marco Pietri, Viale Sarca 41, 20125 Milano, cell. 347 6507318, tel. 02 66103598, fax 02 66103840, e-mail: m.pietri@pep-congressi.it

**Ecm:** accreditamento ecm

## Adolescentologia

Firenze, 8 ottobre, Auditorium Ordine dei Medici, Via Vanini 15

**Coordinatore Scientifico:** prof. Fabio Franchini

**Alcuni argomenti:** alimentazione carnea versus alimentazione vegetariana, i culti distruttivi e il controllo mentale: le Sette, arteterapia e scuola, come l'adolescente vive la casa, adolescenti e internet

**Informazioni:** Segreteria Organizzativa dr.ssa Stefania Pisano tel. 338 4315377, d.ssa Giulia Bellini e-mail: giuliabellini84@libero.it

**Iscrizioni:** e-mail: seminari\_firenze@libero.it

## Ipnosi

Milano, ottobre 2011- maggio 2012, Sezione Naviglio Grande della Società italiana medicina psicosomatica, Via Giambellino 84

**Responsabile Scientifico:** d.ssa Luisa Merati

**Argomenti:** tecniche di base, tecniche avanzate e applicazioni dell'ipnosi clinica

**Informazioni:** Segreteria Scientifica d.ssa L. Merati, 348 6055289, luisa.merati@psicosomatica.org

**Segreteria Organizzativa:** Associazione del Labirinto, tel. 02 48700436, 4048435, fax 02 48715301, e-mail: assoc-labirinto@libero.it

**Ecm:** accreditamento ecm



Associazione onlus stupendamente

## Legalmente: al di là della psichiatria forense

Palermo, 25-26-27 ottobre, Hotel Astoria Palace, Via Montepellegrino

**Presidente:** dott. Marcello Alessandra

**Argomenti:** problematiche cliniche e giuridiche nelle situazioni di mancata collaborazione del paziente, responsabilità dello psichiatra, sessualità e patologia psichiatrica, neurofisiopatologia, il mondo degli adolescenti

**Informazioni:** Segreteria Organizzativa Medea Communication srl, Via Mensa 19/1, 90126 Catania, tel. 095 377412, fax 095 7225495, e-mail: info@medeacom.com, sito web: www.medeacom.com

**Ecm:** evento accreditato per: psichiatri, neurologi, medici legali, psicologi

## Ipnosi regressiva

Roma, 14-15-16 ottobre, presso Earth, Corso Trieste 155

**Docente:** dott.ssa Manuela Pompas

**Obiettivi principali:** attivare la capacità regressiva della mente e richiamare episodi traumatici che devono essere rielaborati e armonizzati; sviluppare conoscenze teoriche e capacità pratiche circa l'applicazione dell'ipnosi; conoscere gli ambiti di applicazione dell'ipnosi regressiva

**Informazioni e iscrizioni:** European Agency for Relationship and Training Holistic, Corso Trieste 155, Roma tel. 06 86580186, fax 06 89689609, 328 6146431, e-mail: info@earth-nlp.com, sito web: www.earth-Nlp.com

**Ecm:** richiesti crediti ecm

## Aggiornamento ortopedico

Riva del Garda (TN), 14 ottobre, Park Hotel Astoria

**Presidenti:** dott. Araldo Causero, dott. Paolo Dorigotti

**Argomenti:** biotecnologie nelle lesioni osteoarticolari del ginocchio e nella chirurgia della spalla

**Informazioni:** Segreteria Organizzativa Dimensione evento, Vicolo Parolari 28, 38068 Rovereto (TN), tel/fax 0464 425388, e-mail: info@dimensioneevento.it

**Ecm:** richiesto accreditamento per: medico ortopedico, fisiatra, medico di medicina generale, fisioterapista

Società italiana di chirurgia coloretale

## Dal low cost... all'high-tech

Genova, 24 - 26 ottobre, Centro Congressi Magazzini del Cotone

**Presidenti:** dott. Antonio Amato, dott. Gian Andrea Binda

**Argomenti:** cancro coloretale, fistole anali, sinus pilonidale, dallo xifo-pubico al robot, etica e chirurgia, patologia funzionale pelvica, malattia emorroidaria, malattie infiammatorie croniche intestinali, stipsi, anastomosi intestinali

**Informazioni:** Segreteria Siccr: Marina Fiorino tel. 331 6796776, 338 2813863, e-mail: marina.fiorino@siccr.org

**Segreteria Organizzativa:** Selene Srl, Eventi & Congressi, Via G. Medici 23, 10143 Torino, tel. 011 7499601, fax 011 7499576, e-mail: siccr@seleneweb, sito web: www.seleneweb.com

## Psichiatria e cultura nell'Italia multietnica

Milano, 28 e 29 ottobre, Centro Congressi Fast, p.zza R. Morandi 2

**Presidente:** dott. Rosalba Terranova-Cecchini

**Argomenti:** psichiatria e cultura nella storia e nel mondo, workshop: teoria, ricerca e dispositivi terapeutici, modelli teorici per il presente e per il futuro

**Informazioni:** Segreteria di Presidenza: sig.ra Pinuccia Pala, e-mail: fondazione@fondazionececchinipace.it, tel. 340 8343447

**Segreteria Scientifica:** dott. Edoardo Re, d.ssa Eleonora Riva, D.ssa Simona Ponzini, e-mail: segreteria\_corso@fondazionececchinipace.it

Università degli Studi di Roma Tor Vergata

## Agopuntura clinica

Roma, a.a. 2011-2012

Il programma di studi è strutturato in tre anni accademici, durante i quali si acquisiscono le teorie di base della fisiologia, della patologia e della clinica, e si confrontano i modelli scientifici della m.t.c. con quelli della medicina moderna. Le iscrizioni si chiuderanno entro il 31 ottobre

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

**Ecm:** assolti per i 3 anni del master



## Riflessioni su... la fine della vita

Volpiano (TO), 29-30 ottobre, Sala Polivalente

**Argomenti:** perché e dove si muore, come si muore, sedazione palliativa: una eventualità, modi di morire: bastano accompagnamento e palliazione?, gestione del dolore alla fine della vita: e il medico di famiglia?

**Informazioni:** e-mail: redazione@tavoladismeraldo.it, sito web: www.tavoladismeraldo.it

**Responsabile organizzazione evento:** dott. Sandy Furlini, tel. 335 6111237

**Ecm:** accreditamento ecm per medici e infermieri

## Anti-aging

Roma, 15 ottobre, Via delle Scienze 2

**Direttore:** dott. P. Fruscella

**Destinatari:** medici generici, specialisti e specializzandi in dermatologia e chirurgia plastica e geriatria

**Alcuni argomenti:** medicina legale, responsabilità legale nelle tecniche morfodinamiche e cosmetiche, consenso informato; inflammaging, nuove frontiere per un invecchiamento di successo; era plastica e omologazione fisionomica, cefalometria istantanea con il ruler, nuove applicazioni della tossina botulinica, riempitori per rughe e atrofie facciali, protesizzazione del contorno corporeo in anestesia locale, ritidolisi meccaniche

**Informazioni:** Airpt Via Parenzo 12, 00198 Roma, sito web: www.airpt.org, e-mail: info@airpt.org, tel. 330 578951, 338 1693848

**Ecm:** richiesto accreditamento ecm

## Adolescenza e senescenza nell'evoluzione dell'uomo

Milano, 6 novembre, Istituto Aneb, Via Vittadini 3

**Argomenti:** la giornata intende esplorare il concetto di evoluzione in senso trasversale, muovendo dalla concezione archetipica di Jung secondo cui spirito e materia, psiche e soma sono due facce di una medesima medaglia. Essa svilupperà alcune declinazioni dell'idea di adolescenza e senescenza nel loro significato evolutivo sia a livello filogenetico che a livello ontogenetico. L'evoluzione verrà esaminata alla luce di relazioni analogiche che legano le moderne concezioni della fisica e della biologia con quelle della clinica, nei loro sfondi mitologici e risvolti psicosomatici

**Informazioni:** Segreteria Organizzativa Sig.ra Corbelli Gabriella, e-mail: istituto@aneb.it, cell. 333 3707905, tel. 02 36519170, fax 02 36519170, sito web: www.aneb.it

**Ecm:** riconosciuti crediti ecm

## Pneumologia e allergologia respiratoria

Gaeta (LT), 14 e 15 ottobre, Hotel Summit

**Presidente:** Ermanno Kugler

**Destinatari:** medici di base, pediatri, internisti, pneumologi, allergologi, dermatologi

**Argomenti:** insufficienza respiratoria, fumo, imaging pneumologico, razionale terapia infusione, terapie farmacologiche, riabilitazione, osas, ventilazione meccanica, orticaria, shock anafilattico, immunoterapia, multiple chemical sensitivity

**Informazioni:** Segreteria scientifica: M. Burricco, R. Bisleti, E. Kugler, Pneumologia P.O. Gaeta (LT), tel. 0771 779255, fax 0771 779275, cell. 339 2389522, e-mail: ekugler@alice.it

**Segreteria Organizzativa:** Matmedia, tel. 081 405448, fax 081 2140250, cell. 338 6704298, e-mail: mat.media@fastwebnet.it, sito web: www.matmediasrl.it

## Emostasi e trombosi

Genova, gennaio-dicembre 2012, Università degli Studi, Dipartimento Di.M.I., aula multimediale, Viale Benedetto XV

**Presidente:** prof.ssa Antonietta Piana

**Coordinatore:** Prof. Ugo Armani

**Destinatari:** medici, infermieri, infermieri pediatrici, fisioterapisti, ostetriche, tecnici di laboratorio biomedico, tecnici di radiologia medica, per immagini e radioterapia, tecnici ortopedici, tecnici di neurofisiopatologia, assistenti sanitari, tecnici di fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, dietisti, biologi, biotecnologi, odontoiatri, chimici, scienze motorie

**Informazioni e iscrizioni:** Segreteria Organizzativa Rosa D'Eventi, Via San Pietro della Foce 2/1, 16129 Genova, tel. 010 5954160, fax 010 585022, e-mail: rosadeventi@rosadeventi.com, sito web: www.rosadeventi.com

**Termine perentorio d'iscrizione:** 9 novembre 2011



## Congresso nazionale della società italiana di medicina dello sport e dell'esercizio

Firenze, 04-05 novembre, Aula magna dell'azienda ospedaliero- universitaria Careggi

**Presidenti onorari:** prof. Gian Franco Gensini, prof. Giuseppe Licata, prof. Gian Gastone Neri Serneri

**Argomenti:** il congresso vedrà insieme le componenti mediche e non mediche unite dal sentire comune volto alla ricerca e all'accrescimento culturale nell'ambito della Medicina e delle Scienze dello Sport. Gli argomenti trattati durante il Congresso spazieranno dalla prescrizione dell'esercizio nella patologie croniche alla valutazione del soggetto che fa attività fisica, dalla nutrizione agli aspetti metabolici

**Informazioni: Segreteria Organizzativa** NICO Congressi, Via Jacopo Melani 19/23, 59016 Poggio a Caiano (PO), tel. 055 8797796, 055 8777875, fax 055 8797843, e-mail: info@nicocongressi.it, roberta.bianchi@nicocongressi.it

## Medicina interna in ematologia

Genova, 12 novembre, E.O. Ospedali Galliera

**Presidente:** dott. Giovanni Berisso

**Informazioni e iscrizioni: Segreteria Organizzativa** Rosa D'Eventi, Via San Pietro della Foce 2/1, 16129 Genova, tel. 010 5954160, fax 010 585022, e-mail: rosadeventi@rosadeventi.com, sito web: www.rosadeventi.com

**Ecm:** evento accreditato ecm

## Nutrizione clinica

Milano, Roma, Catania, scuola di formazione a.a. 2011/2012

**Obiettivi:** fornire conoscenze specifiche che consentano al nutrizionista di individuare la reale problematica del paziente, indicare delle possibilità diagnostiche atte a verificare eventuali problematiche individuate con l'anamnesi, saper strutturare e fornire schemi alimentari specifici consoni a migliorare la qualità della vita

**Informazioni: Segreteria Organizzativa** A.I.Nu.C. Srl, Via Tacito 74, 00193 Roma, dott. Ercole Lauletta, d.ssa Monica Grant, Ilaria Carignola, tel. 06 44202694, fax 06 44265772, cell. 335 6673137, e-mail: info@ainuc.it, programma scientifico e modulo d'iscrizione sul sito: www.ainuc.it

## Sbiancamento dentale

Fiumana, Predappio (FC), 21 ottobre

**Relatori:** dott. Enrico Cogo, dott. Pietro Sibilla, dott. Roberto Turrini

**Obiettivi:** i partecipanti impareranno a proporre adeguatamente i trattamenti sbiancanti, fare una diagnosi corretta dei vari tipi di discromie, rilevare il colore dei denti ed eseguire le fotografie prima e dopo il trattamento, scegliere i prodotti più performanti sul mercato, eseguire i trattamenti sbiancanti alla poltrona, realizzare le mascherine, consegnare i trattamenti sbiancanti domiciliari, gestire i casi clinici che prevedono sbiancamento, terapie conservative o protesiche, affrontare possibili complicanze ed effetti collaterali indesiderati

**Informazioni ed iscrizioni:** MCR Service Events & Communication, e-mail: info@mcrconference.it, tel. 055 4364475

**Ecm:** in fase di accreditamento

## Posturologia

Caserta, 15 ottobre, Grand Hotel Vanvitelli

**Presidente:** prof. C. Servodio Iammarone

**Coordinatore Scientifico:** dott. Gianluca Salernitano

**Obiettivi:** il Congresso affronterà una tematica di enorme interesse: la Sindrome Occluso Posturale, ovvero il rapporto tra l'apparato stomatognatico ed il resto del corpo, per questo il tema è di interesse pluridisciplinare. Vedremo inoltre come viene affrontata anche in ambito sportivo

**Informazioni e iscrizioni:** per iscriversi scaricare il modulo di iscrizione nell'area "eventi e corsi" del sito [www.associazioneitalianastudioericercaiposturologia.it](http://www.associazioneitalianastudioericercaiposturologia.it) ed inoltrarlo alla Direzione Organizzativa A.I.P. via e-mail: roberto.iacolare@gmail.com oppure via fax 081 894 30 73

# Il dentista e la canoa

Francesco Balducci è un medico odontoiatra che oltre alla professione dedica anima e, soprattutto corpo, a questa specialissima imbarcazione.

Canoista ai massimi livelli mondiali, parla della specialità con una passione per l'acqua degna di un genovese intrepido

di Andrea Meconcelli

## Come e quando è nata l'attività?

L'attività del kayak d'alto corso è nata quando avevo 21 anni, quindi circa 34 anni fa. È stato un innamoramento a prima vista perché il fiume per me ha sempre rappresentato un luogo di fascino, di mistero, non solo di attività sportiva ma anche di scoperta, di conoscenza e di avventura. Da allora in poi mi sono dedicato alla navigazione di tratti di fiume già percorsi da altri e anche di alcuni mai esplorati prima.

## Come si svolge? Ci sono scuole?

Si tratta di uno sport individuale e di gruppo allo stesso tempo, in quanto in canoa si è da soli però le discese si affrontano sempre in gruppo, soprattutto se si percorrono fiumi di media ed elevata difficoltà, perché è importante la sicurezza. Avere cioè l'appoggio dei compagni di discesa nel caso succeda qualunque cosa o qualcuno cada in acqua, e anche per attraversare passaggi e rapide in maggior sicurezza con l'aiuto di corde e di uomini posizionati a riva con imbragature e salvagente. In Italia ci sono diverse scuole di canoa

fluviale, sparse in tutto il territorio con prevalenza al nord che è più ricco di fiumi, ma anche al sud. Io sono anche maestro di canoa e facciamo proprio dei corsi, e preciso che è molto importante non avventurarsi in un fiume se si è principianti. Bisogna sempre possedere gli insegnamenti di base, aver seguito un corso e andare sempre per gradi di difficoltà, in quanto si corrono dei rischi e ci si può fare male.

## Quanti sono gli appassionati di kayak? Tra essi quanti sono i medici?

Abbiamo in Italia migliaia di praticanti che fanno kayak, tra i quali diversi me-

dici che se la cavano egregiamente devo dire; ma che facciamo kayak estremo o kayak d'alto corso non saremo più di un centinaio. Siamo una ristretta cerchia, di punta, che lo pratica quasi a livello professionistico. Io conosco personalmente altri medici che come me praticano questo sport, alcuni anche con ottimo rendimento; io comunque sono quello che ha disceso più fiumi nel mondo e ho un'esperienza maggiore. Devo dire che stranamente ci sono parecchi corsi d'acqua praticabili anche nella mia regione, la Liguria, terra considerata povera d'acqua ma che in realtà non è solo terra di mare, ma an-

che di fiumi, quasi 75, che sono tantissimi.

## Domanda a un genovese: quanto costa una canoa?

Per quanto riguarda i costi di una canoa ci aggiriamo intorno ai 1000 euro, e l'attrezzatura varia dai 500 ai 1000 euro, comprendendo pagaia, paraspruzzi, caschetto, giacca d'acqua, muta di neoprene, salvagente. Tutto questo logicamente per chi va in fiume; per chi va invece semplicemente in mare è sufficiente un salvagente e un paraspruzzi che sarebbe quella specie di gonnellino che chiude il pozzetto e impedisce l'entrata di acqua. Per praticare kayak in fiume bisogna essere decisamente più equipaggiati, e teniamo presente che una buona pagaia in kevlar carbonio può arrivare a costare intorno ai 500 euro, cioè come metà canoa. Io sono un odontoiatra ma soprattutto, ci tengo a dirlo, sono uno dei pochi medici specializzato in antiaging, ovvero medicina preventiva delle malattie degenerative età-correlate. Sono anche personal trainer, insegno cioè come fare attività fisica aerobica e anaerobica correttamente, in abbinamento a una integrazione specifica avanzata anche sulla base di esami del sangue e test genetici individuali. Presto partirò per una spedizione a Panama, dove percorrerò fiumi avventurosi nella foresta fluviale panamense e spero di fare un bel documentario-reportage di questa avventura. •



Il dottor Balducci alla prese con le rapide di un torrente



## Forlì-Cesena

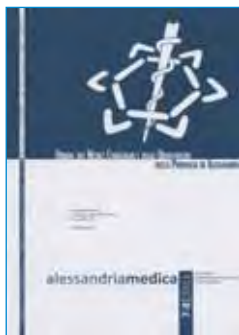
**Avviso importante a tutti i colleghi**  
Rinnoviamo la richiesta a tutti di fornire al più presto un indirizzo e-mail valido e funzionante alla nostra Segreteria a cui fare giungere comunicazioni, avvisi e Notiziario.

Mancano all'appello ancora circa 500 colleghi, molti dei quali sono Medici

di Medicina Generale ed Ospedalieri, che hanno tutti una connessione internet ed un indirizzo di posta elettronica per motivi di lavoro. Infatti, molto presto, sicuramente entro il 2013, la nostra istituzione si allineerà agli indirizzi della FNOMCeO di editare materiale cartaceo solo in occasioni eccezionali.

Pertanto, anche il Bollettino, tradizionalmente stampato in formato rivista e inviato per posta, scomparirà nella sua versione attuale e sarà editato solo in formato pdf, da scaricare dal portale [www.ordinemedicifc.it](http://www.ordinemedicifc.it).

*Dott. Gian Galeazzo Pascucci  
Coordinatore Commissione  
Comunicazione ed Informazione*



## Alessandria

### INPDAP

#### **Divieto di cumulo per i medici pensionati del SSN riassunti**

L'INPDAP, con circolare n. 22 del 17/06/2011, ha emanato alcuni chiarimenti sulle nuove norme in materia di pensionamento dei dirigenti medici del SSN, compresi i respon-

sabili di struttura complessa, di cui al Collegato al lavoro (L. 183/2010), relativamente ai parametri per il collocamento a riposo dei medici della dipendenza (il raggiungimento dei 65 anni di età oppure i 40 anni di servizio e comunque entro il 70° anno di età). Tale norma specifica inoltre che i nuovi requisiti si applicano anche ai medici a riposo che erano in servizio al 31/01/2010, i quali potevano chiedere di essere riassunti. L'INPDAP ora interpreta che in questi casi scatta il divieto di cumulo tra la pensione maturata con il precedente periodo di lavoro ed i compensi derivanti dal nuovo rapporto di lavoro, così come la cessazione dal servizio con 40 anni di anzianità contributiva non consente l'equiparazione, ai fini del cumulo, con il pensionamento derivante dal raggiungimento dei limiti di età. L'INPDAP predisporrà verifiche nei confronti dei medici pensionati che hanno optato per la riassunzione in servizio.

## Ascoli Piceno



### **Attribuzione PIN per i liberi professionisti**

In seguito a colloqui intercorsi tra il presidente dell'Ordine dott. Anto-

nio Avolio, la d.ssa Anna Faragalli dirigente responsabile del S.i.a. z.t. 13 e il dott. Remo Appignanesi, direzione medica di presidio Asur zona territoriale 12, si comunica che i medici e odontoiatri liberi professionisti iscritti all'albo dell'Ordine della provincia di Ascoli Piceno, al fine di ottemperare all'obbligo della trasmissione online dei certificati di malattia all'Inps, per ottenere l'indispensabile codice Pin per l'accesso telematico possono rivolgersi: z.t. 13, al servizio farmaceutico del P.o. "C. e G. Mazzini" di Ascoli Piceno, persona incaricata sig. Alberto Bacchetti, tutti i giorni dalle ore 8,00 alle ore 14,00. Z.t. 12, alla d.ssa Grazia Sciamanna presso il servizio informatico, palazzina della direzione in via Manara 3/7, tutte le mattine dalle ore 11,00 alle ore 13,00 e i pomeriggi di martedì e giovedì dalle ore 14,30 alle ore 16,30. Si invitano i liberi professionisti a portare il tessero ordinistico o altro documento di riconoscimento da esibire al momento della richiesta del Pin.



## Bologna

Il 20 luglio 2011 con Provvedimento del Direttore Generale della Giustizia Civile è stata autorizzata l'iscrizione al registro degli Organismi di Conciliazione dell'Organismo non autonomo di Conciliazione Cittadino e Salute, istituito dall'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Bologna. L'Organismo è annotato presso il registro alla posizione n.

427, e rappresenta il primo organo di conciliazione in Italia istituito in seno ad un Ordine Provinciale dei Medici ai sensi del d.lgs. n. 28 del 2010. Cittadino e Salute, quale organismo non autonomo, potrà occuparsi della materia della responsabilità professionale del medico e dell'odontoiatra in ambito sanitario in genere, e potrà cercare di favorire un percorso di mediazione pre-contenzioso attraverso l'attivazione di competenze valutative di Mediatori di specifica formazione medica ed odontoiatrica di base. L'istituto della mediazione in materia di responsabilità medica ai sensi del d.lgs 28/2010 rappresenta infatti un appuntamento di rilievo, nel panorama del nuovo assetto che va delineandosi nel sistema di prevenzione e risoluzione del-

le controversie, potendo costituire occasione non solo di concreta deflattività del contenzioso ma anche di ridimensionamento dei fenomeni rivendicativi di sovente promossi su fattori aprioristici che possono essere meglio chiariti da un preliminare vaglio e confronto consapevole sul piano tecnico a scopo conciliativo. L'organismo di Conciliazione Cittadino e Salute ha sede a Bologna, in Via Zacherini Alvisi n. 4, presso l'Ordine e a Ferrara, in Piazza Sacratì n. 11 presso la sede provinciale dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri.



## Sassari

### Un questionario sull'occupazione e le aspirazioni dei giovani medici

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari intende divulgare un questionario, proposto dal Segretariato Italiano Giovani Medici (S.I.G.M.) associazione di riferimento per i giovani medici, che ha

lo scopo di effettuare un'indagine sulla condizione e le aspirazioni occupazionali dei giovani medici.

Il questionario, di facile e immediata compilazione e in forma anonima, si trova sul portale dell'associazione. I dati rilevati dal questionario saranno resi pubblici e verranno utilizzati al fine di elaborare proposte volte a migliorare la condizione occupazionale dei giovani medici italiani. Tutti i giovani iscritti sono invitati a partecipare collegandosi al sito web: [www.giovanemedico.it](http://www.giovanemedico.it)



## Vicenza

### Guardia medica Ricerca Professionisti

L'I.C.C.S. "E. Medea" – Polo Veneto di Conegliano e Pieve di Soligo è impegnato in campo riabilitativo con strutture dedicate all'età evolutiva (Unità per le gravi disabilità in età evolutiva – UGDE) e all'età adulta (Unità per la riabilitazione delle turbe neuropsicologiche – URNA).

Tale attività si colloca nell'ambito del terzo livello riabilitativo che prevede la presa in carico per trattamenti intensivi di pazienti in condizioni di equilibrio cardio-respiratorio. Al fine di assicurare la presenza della guardia medica nell'arco delle 24 ore siamo alla ricerca di professionisti disponibili a coprire turni di guardia notturna, prefestiva e festiva.



## Messina

### Casa Internazionale della Salute Che cosa è

La Casa Internazionale della Salute si prefigura come un punto di orientamento del cittadino straniero e migrante per: conoscere i servizi erogati dal Ssr, orientare al loro utilizzo, indicare percorsi di

appropriatezza, informare sui costi del servizio, favorire l'inclusione sociale, assumere dati epidemiologici altrimenti nascosti, intercettare e canalizzare una nuova domanda di servizi.

### Dove sarà

La Casa Internazionale della Salute potrebbe sorgere all'interno dei Pta e sarebbe coordinata da un Mmg.

### Chi parteciperà

La Casa Internazionale della Salute utilizzerebbe la stessa équipe presente nel Pta, affiancata da un/una mediatrice culturale.



## Vercelli

### Il futuro della Sanità a chi interessa?

Cgil, Cisl e Uil hanno organizzato una tavola rotonda sul tema "il futuro della Sanità vercellese, a chi interessa?". Tema centrale la Riforma sanitaria, proposta dalla delibera del 29

dicembre 2010, che propone un nuovo modello organizzativo: separare le Ast (Azienda sanitaria territoriale) dalle Aso (Azienda sanitaria ospedaliera).

Dopo il saluto del presidente della Camera di Commercio Giovanni Carlo Verri, l'argomento è stato introdotto dal dott. Pier Giorgio Fossale, presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri Vercelli, alla presenza dei segretari generali di Cisl, Bruno Ranucci, di Cgil Vercelli e Valsesia, Vittorio Gamba e della Uil, Pier Giorgio Varini. Ha spiegato Fossale: "Il Servizio Sanitario Nazionale è un bene preziosissimo e lo Stato, in Italia, garantisce la tutela del sistema-salute. Ecco perché invito tutti a non esprimere esclusivamente opinioni, perché queste vanno supportate dai dati reali. Continuare a criticare l'Ospedale di Vercelli è controproducente, così come trasformare il Dea in un terreno di battaglia per conflitti personali è disdicevole".

# Carlo Alberto, un paziente in esilio

La precaria salute del “padre” dello Statuto ha caratterizzato tutto l’arco della sua vita, sin dalla giovane età. Tra i vari medici che lo seguirono un famoso torinese: il dottor Alessandro Riberi

di Luciano Sterpellone

**I** giudizi piuttosto diffusi espressi su Carlo Alberto non sono troppo favorevoli, segnatamente nei confronti del suo scarso senso decisionale sia nel governo che nella politica: non pochi storici l’hanno definito “L’Italo Amleto” per il suo atteggiamento eternamente indeciso tra il liberale e il conservatore; né egli avrebbe nutrito grande simpatia per i Carbonari, e la libertà dei popoli gli sarebbe apparsa un’idea assurda.

Così, sceso in campo dopo le Cinque Giornate di Milano suscitando entusiasmi e speranze dopo i primi successi, rivelò ben presto la propria debolezza di stratega, tant’è che la I Guerra d’Indipendenza iniziata con tante buone promesse si trasformò ben presto in un disastro. Il che lo indusse ad abbandonare l’impresa fuggendo nottetempo nascosto in una carrozza.

Carlo Alberto era molto alto (forse due metri e tre centimetri) e molto magro, sin da giovanissimo accompagnato spesso da una febbre di probabile natura tubercolare (“per il non sufficiente sviluppo del torace era predisposto al mal di petto”). Profondamente religioso, sino al bigottismo, faceva colazione con un pezzo di pa-

ne e un po’ d’acqua ghiacciata; i pasti erano rigidamente “conventuali”.

Pur non essendo possibile formulare *a posteriori* una

diagnosi di tutte malattie che hanno influenzato il carattere e i comportamenti di Carlo Alberto, è certo che la sua salute non è stata delle più



H. Vernet, “Carlo Alberto a cavallo”, 1834 ca., olio su tela, Galleria Sabauda, Torino

**Sin da giovanissimo Carlo Alberto fu accompagnato spesso da una febbre di probabile natura tubercolare**

invidiabili. Già a 14 anni (1812) gli viene riscontrata (testuale) “una lenta infiammazione dell’apparato venoso addominale, specialmente del circolo venoso del fegato e della vena porta”: un’espressione questa che suona oggi a dir poco “fumosa”, specie se riferita ad un adolescente. Per di più, nei primi anni di regno egli soffre di bronchite e di renella. Le cronache lo ricordano nel 1828 sofferente a Genova, e nove anni dopo in preda a forti dolori addominali, ma nello stesso tempo anche compiaciuto del proprio precario stato di salute, esprimendo (sempre in francese, come sua abitudine) i vari “vantaggi di esser malato”:

*Non mi pare sia poi così triste essere malati, perché si hanno compensi che possono talvolta essere ben dolci. Quello che oggi mi seduce è d’essere rimasto solo nella mia camera, di non essere disceso a colazione, di non aver ricevuto alcuno, d’essermi potuto abbandonare con vera delizia a tutti i miei ricordi e ai miei pensieri. Il mal di fegato mi fa ancora ringraziare Iddio delle grazie che ci manda per sopportare i nostri dolori.*

Altre preziose notizie sulla sua costituzione fisica e sul suo stato di salute provengono direttamente dal medico Alessandro Riberi, che lo seguì negli ultimi nove anni della sua vita. Così questi annota nel ’49:

*A lui la Natura aveva negato una forte costituzione; egli aveva trascorsa la sua infanzia nella malattia, di guisa che quasi poteva dirsi la sua vita essere stata la convalescenza della sua morbosa infanzia: e da quindici anni portava in seno un fomite [un insieme] di disorganizzazione sovente rimbalzante e impedito dal progredire solo da continue regole igieniche, dietetiche..., fomite aggravato dagli impegni dello Stato e dalla depressione.*

Nel '37, durante un viaggio a Nizza, Carlo Alberto viene colto dalla febbre, per la quale gli viene prescritta ipecacuana. Lo stesso avviene quattro anni dopo in Sardegna, ove Riberi, gli proibisce "ulteriori strapazzi". Per tutti gli altri mali, in mancanza di altre terapie gli prescrive sistematicamente dei salassi, allora praticati per quasi ogni malanno. Il viso assumerà presto un colore plumbeo, le ginocchia appariranno molto gonfie, e il fegato molto ingrossato. Il re arriva a esprimere il desiderio di voler morire.

A 49 anni, nel 1847 appare "un uomo di sessanta: i suoi lineamenti sono abbattuti, la sua statura un po' curva, il suo incedere stentato". Ciononostante, l'uniforme di generale che indossa lo obbliga quasi sempre "a star ben diritto e a nascondere i suoi patimenti".

Nella sua fuga verso l'esilio, Carlo Alberto riesce a superare le fila austriache sotto lo pseudonimo di Conte di Barge alla volta del Portogallo,

## A 49 anni appare come un uomo di sessanta: i suoi lineamenti sono alterati, la sua statura un po' curva, l'incedere stentato

proseguendo il viaggio con una carrozza bassa e stretta, al tempo dette escargot. Sempre per via terra, dopo undici giorni di viaggio attraverso la Francia, varca la frontiera spagnola e a Tolosa viene raggiunto dagli incaricati di suo figlio Vittorio Emanuele per mettere per iscritto l'atto d'abdicazione, con l'autenticazione notarile. Quando le strade divengono troppo cattive, l'ormai ex re lascia la carrozza per continuare il viaggio a cavallo, giungendo ad Oporto il 19 aprile, ventisette giorni dopo la partenza. Ma il viaggio a cavallo non è certo gradevole: soffrendo di emorroidi, queste gli procurano dolori molto intensi. E quando il giorno prima dell'arrivo giunge a Cazal de Pedro, a causa dell'"estrema debolezza e dell'infiammazione che il lungo viaggio ha suscitato nelle emorroidi, Gammalleri e Valletti [il corriere e il cameriere] devono portarlo a braccia sulle scale dell'osteria".

Carlo Alberto prenderà poi in affitto una villa suburbana, la Villa Entre Quintas, ove "le antiche infermità

si inasprirono con tanta e pertinace ferocia che non poté più metter piede neppure in giardino".

Né poteva dirsi un paziente "ideale": non seguiva le indicazioni del medico, e per di più si sottoponeva a strane diete e ai digiuni imposti dalle regole religiose, e si guardava bene dall'astenersi dal caffè, dal tè o dalla cioccolata come raccomandava il dottor Riberi in considerazione delle pessime condizioni dello stomaco. A malincuore e irregolarmente seguiva la die-

ta a base di riso, uova, pesce, carni bianche e gelatine vegetali prescritta dal medico locale Francisco de Assis de Sousa Vaz (dieta che egli seguiva in modo irregolare). "Il suo corpo era quasi ridotto a uno scheletro, fuorché nelle gambe ove compariva e scompariva l'edema". Al momento, anche ai medici Martino da Cruz e Kessler (quest'ultimo era medico del re del Portogallo, giunto appositamente da Lisbona) non resta che emettere una prognosi sfavorevole.

Secondo la relazione di Riberi, alla malattia si associa in ultimo "un doloroso fomite tendente a crisi purulente, aumento della febbre abituale... unitamente a una morbosa e soverchia sensibilità psichica e una mesta taciturnità". Lo stomaco tollera ormai solo un po' di caffè allungato con acqua. Il 28 luglio "il suo corpo è diventato tutto una piaga". Solo in ultimo viene formulata unanimemente la diagnosi di tisi.

Mentre due servitori stanno sollevandolo nel letto, Carlo Alberto emette un urlo di dolore tenendosi il petto. Subito accorso, Riberi constata una paralisi del braccio sinistro e una lieve torsione della bocca. Dopo una breve apparente ripresa, subentra un nuovo colpo apoplettico. E alle tre del pomeriggio, il re-esule cessa di vivere. Ciò di soffrire. •



Lo Statuto adottato nel 1848

# Si chiama Lisa Sanders il vero “dottor House”

La sua rubrica “Diagnosi”, pubblicata sul New York Times Magazine, è stata di ispirazione per il famoso telefilm. Internista presso la scuola di medicina di Yale, è consulente tecnico della serie

di Ezio Pasero

**C**hissà perché sono sempre e solo uomini i medici protagonisti di film e serie televisive celebri. A cominciare dal “mitico” dottor Kildare dei primi anni Sessanta e passando via via per una lunga serie di camici bianchi naturalmente bravissimi e simpaticissimi. Fino all’ormai altrettanto mitico Dr. House, anche lui bravissimo, ma il cui fascino consiste invece nell’essere un po’ scorbutico e antipatico. Nel nostro paese, la seconda parte della settima serie è ripresa su Italia 1 all’inizio di giugno: interpretato sempre da Hugh Laurie, il dottor Gregory House è un medico poco convenzionale ma dotato di grande capacità ed esperienza, a capo di una squadra di medicina diagnostica presso il fittizio Princeton-Plainsboro Teaching Hospital, nel New Jersey. In realtà, però, il “vero” Dr. House è una donna e si chiama Lisa Sanders. Giornalista televisiva per 14 anni, durante i quali si era occupata proprio di medicina e di storie di medici sul piccolo schermo, all’età di 36 anni Lisa aveva deciso di ri-



*Lisa Sanders. A 36 anni decise di rimettersi a studiare e si laureò in medicina cinque anni più tardi*

mettersi a studiare e di laurearsi appunto in medicina nel 1997, a 41 anni, all’Università di Yale, dove ancora esercita come medico internista. Interessata in particolare alle diagnosi cliniche, da una decina di anni è titolare di una rubrica mensile sul New York Times Magazine intitolata appunto “Diagnosi”. E anche se ha cambiato sesso, il personaggio del Dr. House è in

un certo senso il suo ritratto e il frutto delle sue esperienze. “All’università mi ero resa conto che ciò che era veramente interessante era il mistero della storia che sta alla base dell’incontro medico-paziente”, ha detto Lisa Sanders in una lunga intervista al British Medical Journal. “Avevo raccontato una storia dei miei giorni come giornalista televisiva a un amico del

New York Times e lui mi aveva proposto di scriverla”. Da lì alla nascita del Dr. House, il passo è stato abbastanza breve. Quando i produttori hanno deciso di realizzare la serie televisiva, ha detto ancora Lisa Sanders, “mi hanno chiamato per chiedermi se volevo essere coinvolta, spiegandomi che la storia era basata su un medico arrogante, irritabile e farmaco-dipendente che odia i pazienti, ma che ama le diagnosi. All’inizio ero rimasta un po’ scioccata, ma ho risposto di sì perché non avrei più avuto un’altra occasione come questa. Così, adesso, io sono uno dei tre consulenti tecnici del telefilm”.

Distribuita in 66 paesi e premiata come uno dei programmi più seguiti al mondo, la serie trae ispirazione dai gialli del celebre detective Sherlock Holmes e in qualche modo ne imita il personaggio, al punto che anche il Dr. House ha il suo Watson, un assistente che gli fa da spalla e che nel suo caso si chiama Wilson. In ogni episodio c’è un giallo diverso che il protagonista, attraverso la proprie capacità mediche e deduttive, deve risolvere basandosi su vari indizi, quasi sempre poco evidenti. Va da sé che il Dr. House riesce sempre a risolvere il puzzle medico e a salvare il paziente. Insomma, il collegamento dei vari casi con la rubrica di Lisa Sanders sul prestigioso giornale americano è assolutamente evidente. Ma a chi le chiede se il personaggio televisivo è il suo al-

**Fare una diagnosi  
è la storia più complessa ed eccitante  
che un medico possa raccontare**

ter ego maschile, lei risponde che “anche il Dr. House ama le diagnosi, ma questo è tutto ciò che abbiamo in comune. Io ho trascorso molto tempo scrivendo sull'importanza della relazione medico-paziente nel fare una diagnosi. House dice sempre, ed è vero, che tutti mentono. Ma ciò che non dice è che naturalmente tutti mentono a lui perché è odioso”.

Quanto ai motivi che hanno reso così popolare il “suo” personaggio, Lisa Sanders ha le idee chiare: “Penso che l'amore per le storie sia universale”, ha raccontato, “ed è stato proprio questo amore che mi ha spinto a occuparmi prima di giornalismo e poi di medicina. Sviluppare una storia che abbia un senso è

sostanzialmente ciò che fa la medicina. Fare la diagnosi di un paziente è come risolvere un mistero: devi tirare una serie di piccoli fili che alla fine, messi tutti insieme, rivelano un senso”. Nel suo ultimo libro, “Ogni paziente racconta una storia: i misteri della medicina e l'arte della diagnosi”, Lisa Sanders racconta storie di pazienti in cui il medico deve rintracciare il bandolo della matassa per eseguire una diagnosi corretta. “Molto spesso questo aspetto cruciale della medicina viene sottovalutato”, scrive, “ma altrettanto spesso è l'aspetto più difficile e importante di ciò che un medico deve fare... Il problema di fare una diagnosi è in realtà la storia più complessa e eccitante che un me-



L'attore James Hugh Calum Laurie che interpreta il ruolo del Dottor House nel famoso serial televisivo

dico racconta”. Proprio come accade con il Dr. House, che umanamente sembra a volte un personaggio ripugnante. “Ma Hugh Laurie è talmente bravo a interpretarlo”, secondo lei, “che,

nonostante il suo caratteraccio, si capisce che House ha un profondo interesse per il paziente. Ed è proprio questa ambivalenza che lo rende un personaggio affascinante”. •



[www.enpam.it](http://www.enpam.it)

Consulta la tua rivista **ONLINE**

Visita il nostro **SITO**

Accedi alle **NOTIZIE**



# Violenza giovanile, se la società consuma se stessa

di Antonio Gulli

**L**a storia ci mette sempre di fronte alla difficoltà di essere raccontata. Il problema della sua possibile “dicibilità” è pari alla ricerca del senso da attribuirle per poterla comprendere. Eppure essa è capace di ripetersi, più o meno uguale, al punto di poter far parlare di “corsi e ricorsi”. E che gli eventi ricorrono più spesso di quanto si possa immaginare sembra proprio vero. Allora, se un’azione ha fatto già conoscere le sue conseguenze nefaste perché ripetere quel comportamento? Un uomo o un sistema che ripete gli stessi errori come deve venire considerato? Nel caso di un individuo uno stolto. Ma nel caso di un sistema del governo di una società? Prendiamo, ad esempio, quanto è successo nell’ultimo periodo in Inghilterra. Tutto il mondo ha potuto vedere città come Londra, Manchester, Liverpool, Salford, Leicester, Nottingham, Tottenham, Leeds e Brixton messe sottosopra da gruppi di persone che come un’orda distruggeva tutto ciò che incontrava sulla propria strada. Ma quante volte parti di quella società hanno vomitato violenza? La bestia primordiale della distruzione e della morte

poteva essere imbrigliata e domata? Queste scosse telluriche prodotte da una specie di “inconscio sociale” potevano essere evitate? Prevenute? Forse sì. Rileggere la storia e guardare le date può aiutarci a capire. Vedere quando gli accadimenti avvengono e in presenza di quali condizioni ci può far comprendere – senza alcun cedimento alla giustificazione – come tutto ciò che è accaduto sia il prodotto di una “razionalità perversa”. Per non

(280 feriti, 150 edifici danneggiati e 100 veicoli bruciati) e poi, per citare solo le città più importanti, a Birmingham, a Londra, a Liverpool, a Manchester, a Nottingham, a Bristol, a Bedford, a Coventry, a Edimburgo. Nel 1985 Brixton fece registrare altri disordini. Nel 1990/91 contro la Poll Tax voluta dalla Thatcher scoppiarono disordini in tutta la Gran Bretagna. Nel 1995 – sotto il governo di John Major – violenti disordini scoppia-

**Ad essere saccheggiati  
non sono stati i negozi di alimentari  
ma i supermarket dell’elettronica**

andare troppo in là con il tempo partiamo dal 1979, ovvero dalla salita al potere di Margaret Thatcher. A lei facciamo seguire – nel racconto – il suo successore John Major e, poco dopo, Tony Blair. Diverse colorazioni politiche. Diversi caratteri e “visioni della politica” ma una uguale condizione: recessione economica accompagnata da uguali provvedimenti politici. Provvedimenti impopolari ispirati da un incauto liberismo. E andiamo agli eventi. Tra il 1979 e il 1997 si contarono quattro ondate di riots. La prima avvenne nel 1981 a Brixton

rono a Manningham e Brixton. Nel 2001 – con al governo i laburisti Tony Blair e Gordon Brown – scoppiarono disordini a Bradford, Oldham e Leeds. Nel 2005 – anche se non della stessa importanza – ci furono sommosse a Birmingham. Alla luce di questi accadimenti, oggi, che cosa non avrebbe dovuto fare il governo inglese per evitare i corsi e ricorsi della storia? Forse, nelle zone più svantaggiate di Londra, non dovevano essere chiusi i 13 youth clubs, centri giovanili di aggregazione organizzati dal comune. Forse, non dovevano esse-

re chiuse le migliaia di strutture sociali, dalle biblioteche ai presidi socio-sanitari, che offrivano un argine alla disperazione del sentirsi soli con i propri problemi e angosce. La spesa sociale in Inghilterra è stata tagliata del 25% a fronte di un incremento della disoccupazione del 10% e dell’aumento del 30% delle ricchezze nelle mani dei più ricchi. Quando in una famiglia ci si impoverisce non dovrebbero essere i più deboli a venire tutelati? Ma tutto questo ha un rilievo – una sua importanza – quando, come abbiamo visto, a venire sac-





cheggianti non sono stati i negozi di alimentari ma i supermarket dell'elettronica? Oppure: ha un senso ricercare le ragioni delle devastazioni nell'ennesimo omicidio di un giovane "nero" per mano della polizia? E' possibile trovare una relazione tra i furti di playstation, iPad, una maglia della squadra dell'Arsenal, cellulari e notebook e la disuguaglianza sociale? Per cercare di capire quanto è successo domandiamoci chi sono, dove hanno agito e come. Al di là delle note di colore offerte dall'arresto di una ragazza figlia di un top manager, l'orda

che ha devastato le città inglesi era composta da giovani tra i 17 e i 25 anni con qualche eccezione: un bambino di 11 anni e un impiegato pubblico di 34. La stragrande maggioranza abita nei luoghi più degradati anche se è stato possibile, vedendo le foto pubblicate e dopo gli arresti, scoprire che c'erano anche giovani provenienti dai quartieri agiati con alle spalle famiglie benestanti. E poi: come e dove hanno agito? Iniziamo con il "come", anche se questo episodio non può essere generalizzato. La storia è quella di Asyraf Haziz Ro-

ssli, ragazzo malaysiano di 20 anni. Le cronache raccontano che "passava con la bicicletta mentre infuriavano gli scontri. Due teppisti vogliono il suo cellulare. Lui resiste, gli sferzano un pugno. Cade a terra, si frattura la mandibola. Altri due incappucciati lo soccorrono. Lo sollevano, lo distraggono. Arriva un terzo complice alle spalle: gli apre lo zaino e gli ruba il pc e l'iPod. Adesso andiamo a vedere – per la maggior parte – il "dove" tutto ciò è accaduto. A ben vedere sono stati messi a "ferro e fuoco" i quartieri del ceto medio delle città richiamate. Mai le zone ricche e tantomeno i luoghi dove l'Inghilterra si prepara ad ospitare le olimpiadi. Nonostante quest'ultimi non sembrano particolarmente sorvegliati o protetti. Che senso ha tutto questo? Si potrebbe rispondere – guardando ciò che hanno rubato e le vittime che hanno prodotto – che la violenza che hanno scatenato era principalmente rivolta verso ciò che loro sono. E che i bersagli non sono stati altro che ciò che la realtà rimandava come specchio della loro vulnerabilità. Si è parlato di lost generation, cioè di "generazione perduta"; di forme sociali di povertà impoverita che è cosa diversa dalla "povertà assoluta". Con un termine oramai desueto potremmo semplicemente definirli sottoproletari. Cioè individui che non posseggono nulla e che per elaborare il "lutto del futuro" di-

vorano se stessi proprio perché non hanno più nulla da perdere. Affamati di quelle forme di integrazione sociale – possesso di gadget tecnologici, abiti firmati e sneakers griffati – che viene a loro negata dalla condizione sociale e mentale di "non speranza". Per questa parte di giovani l'esclusione dal benessere significa non essere parte della società. Come ebbe a scrivere nel 1995 S. Flamm "per ognuno di loro, al di là di tutte le utopie, ciò che rimane è puro lifestyle". Edonismo egocentrico? Culto estremo dell'io? Sicuramente un individualismo che spettacolarizza il proprio caos interiore. Nella ricerca di fare affidamento solo su se stessi, la società si presenta come un impedimento. Scrisse Max Stirner: "Perciò dico basta a ogni causa che non sia interamente la mia causa! Che cos'è bene, e cosa male? Io stesso sono la mia causa, e non sono né buono né cattivo". In sostanza, dei sociopatici che hanno fatto propria l'affermazione della "Lady di Ferro" che "non esiste una cosa chiamata società". Egoismo radicale? Se si rendessero conto di essere il prodotto di chi li ha condannati, probabilmente, la loro disperazione la indirizzerebbero verso altri quartieri e attaccando ben altri tipi di proprietà. Friedrich Nietzsche – riprendendo il pensiero degli antichi filosofi greci – scriveva: "Si può essere superficiali per profondità". •

## Libri ricevuti

di G. F. Barbalace



### Il letto di paglia

Silloga di racconti con cui Margherita Pierini Marzi esprime il suo amore per la campagna umbra. Le diverse storie, tutte di ambientazione contadina, specchio indiretto del diuturno lavoro dei campi e della gioiosità delle feste paesane, siano esse ora di argomento amoroso, ora di contenuto umoristico, ora riguardanti la salute e la malattia, la nascita e la morte come erano vissute dai contadini del perugino, tracciano un quadro vivo di quel mondo passato, di cui l'autrice è stata testimone e al quale è rimasta sentimentalmente legata. Di quella cultura agreste, ormai superata dalla modernità, l'autrice sembra consapevole che molti aspetti siano ancora rintracciabili tra i suoi compaesani, dei quali è nota la laboriosità, l'amore per la terra e la fondamentale bontà d'animo.

**Margherita Pierini Marzi**  
*"Il letto di paglia"*

Morlacchi Editore, Perugia - pp. 193, € 12,50

### Appunti di diario Osservando gli adolescenti



Gli appunti di Fabio Franchini e Laura Pecchioli riguardano un problema sociale di grande complessità: la crescita e l'educazione dei fanciulli.

Il volumetto, organizzato in dodici capitoli prende in considerazione l'ambiente in cui crescono i giovani, l'importanza della famiglia, dell'ambiente domestico e sociale e il ruolo delicato che devono svolgere i genitori e la scuola. Affronta inol-

tre argomenti spesso trascurati come l'avviamento al lavoro, l'educazione alla salute e alla vita sessuale e questioni scabrose come la violenza sui minori e le devianze degli adolescenti.

La chiarezza del testo, il bagaglio di informazioni fornite, le osservazioni e i dati statistici citati rendono prezioso questo volumetto per i genitori e quanti per impegni professionali o di volontariato devono intrattenere rapporti con gli adolescenti.

**F. Franchini, L. Pecchioli**  
*"Appunti di diario osservando gli adolescenti"*  
 Ed. Centro Studi Auxologici, Firenze - pp. 94, € 16,00

### Il Dottor Pendolare

È la storia di un medico napoletano che, trasferitosi per lavoro al Nord, è inizialmente costretto a viaggiare su e giù per l'Italia per tornare dai suoi cari, alcuni dei quali, uno alla volta, salgono al Nord riavvicinandosi al medico che, col tempo si inserisce bene nel nuovo ambiente ottenendo riconoscimenti professionali e una certa notorietà come pittore. Napoli però è sempre nel suo cuore e dopo una decina d'anni vi ritornerà come medico affermato.

In questa storia, con i molti elementi di probabile derivazione autobiografica, Egidio Perna dà alla narrazione, ben condotta, una compiuta completezza nella descrizione dell'ambiente medico, delle situazioni ambientali e, in particolare, degli stati emotivi accrescendo così l'interesse e la curiosità del lettore.

**Egidio Perna**  
*"Il Dottor Pendolare"*  
 Albatros, Roma - pp. 347, € 19,50



### Inconsuetudine

Il romanzo, scritto da Giorgio Macellari, narra l'amore di due persone che il caso, come per lo più succede, fa incontrare e le cui vicende non sarebbero molto diverse da quelle di altre coppie. Interessante in questa storia è però il modo in cui vengono descritti i sentimenti, l'amore e il dolore.

L'autore con il suo stile forbito, intercalando nella narrazione l'intimità del discorso epistolare ed un verseggiare sentimentale, segue il nascere e il mutare delle emozioni. In questa analisi, ricorrendo a paragoni con i capolavori della pittura e ispirandosi ai colori e alle atmosfere dei quadri più famosi e a quelli della natura, introduce il lettore negli angoli più reconditi dell'animo dei protagonisti e ne evidenzia i moti e i turbamenti più profondi, offrendogli non una semplice storia d'amore, ma un viaggio nell'intimità dell'animo umano e nel turbinio dei sentimenti e delle emozioni.

**Giorgio Macellari**  
*"Inconsuetudine"*  
 Albatros Il Filo, Roma - pp. 290, € 17,50



## Manuale pratico di oncologia



Il manuale curato da Francesco Di Costanzo, con la collaborazione di Francesco Cognetti e Pierluigi Benedetti Panici, riunisce in cinquantasei capitoli gli interventi di oltre sessanta specialisti, che presentano le caratteristiche dei principali tumori. Il volume vuole offrire, ai medici non oncologi e a chi viene a contatto per motivi professionali con gli ammalati di tumore, un prontuario di agile consultazione e di facile lettura. Nel testo sono sviluppati gli aspetti epidemiologici, la diagnostica ed il trattamento dei principali tumori solidi ed ematologici, le nuove tecniche diagnostiche, i sintomi e le complicanze in oncologia medica (vomito, diarrea, neutropenia, etc.). Un'ampia sezione è dedicata ai nuovi farmaci antitumorali.

**Francesco Di Costanzo**  
**"Manuale pratico di oncologia"**  
 Editeam Cento, Ferrara - pp. 263, € 35,00

## La duplice evoluzione dell'uomo: biologica e culturale



Adalberto Donna svolge un'accurata disamina delle teorie evoluzioniste e creazioniste passando in rassegna le opinioni fin qui sviluppate dall'antropologia, dalle neuroscienze e dall'etica per tracciare il percorso dell'evoluzione biologica e culturale dell'uomo. L'interessante excursus ripercorre il pensiero dei maggiori rappresentanti delle discipline considerate mantenendo un'impostazione laicamente equidistante tra i pareri riguardanti la teoria filogenetica, i rinvenimenti della paleontologia e le rivelazioni bibliche. Partendo dai primitivi segni della religiosità, dalle prime forme di socializzazione e di perfezionamento del linguaggio, l'autore giunge fino agli sviluppi della tecnica e delle realtà virtuali dei nostri giorni auspicando che per l'equilibrato sviluppo della scienza, sempre più connessa con il tessuto sociale, e delle tecnologie atte ad accumulare e diffondere la conoscenza, ma che ormai impediscono il passaggio transgenerazionale, si giunga ad un dialogo interscientifico al fine di impedire l'involuzione dell'umanità.

**Adalberto Donna**  
**"La duplice evoluzione dell'uomo: biologica e culturale"**  
 CB Edizioni, Poggio a Caiano (PO) - pp. 103

## In breve

Milena Auletta Rosso

### CHE MI LASCINO IN PACE (alle pressioni telepatiche)

Influenzata dalle tempeste telepatiche che dominano la nostra vita e hanno influenzato le sue letture, inducendola a meditare sui molti aspetti delle vicende umane, l'autrice affronta argomenti di carattere etico, sociale, militare, politico, ambientale e artistico che svelano al lettore gli effetti della telepatia, temuta e tenuta nascosta dai potenti.

**Editrice ZONA, Civitelle in Val di Chiana (AR)**  
 pp. 115, € 13,00

Antonino Buono

### IL MONDO IN UN DITALE DI TERRA

Quadretti scritti in bello stile per non dimenticare e per dare un senso al vortice apparentemente caotico della vita. Sono ricordi di un'infanzia trascorsa in un piccolo paese siciliano e di esperienze di un neuropsichiatra. Tratteggiando i tanti personaggi del suo paese l'autore mostra una sensibilità a tratti poetica che non contrasta con le problematiche e le incongruenze sociali messe in evidenza.

**Editrice UNI Service, Trento - pp.189, € 14,00**

Sebastiano Rizzo

### SCRITTE DI SERA

Le poesie di questa raccolta, scritte di sera in italiano e in dialetto siciliano in anni ormai lontani per fissare immagini della natura, moti dell'animo e per dare un ordine ai ricordi, conservano nei loro versi rimati, nelle frequenti assonanze e allitterazioni, il sapore giovanile della spontaneità e della immediatezza.

**srizzo@teletu.it - pp. 41, € 5,00**

Carlo Antonelli

### IL SOLE NERO DI ZEDA

Racconto fiabesco scritto con uno stile tra l'onirico e il fantascientifico, in cui due fanciulli, per merito di due cristalli giunti da un'altra galassia e dotati di strani poteri possono trasferirsi nel mondo parallelo del pianeta Zeda. Le loro avventure, a volte paurose, hanno intenti di carattere educativo e sociale.

**Lulu Editore - pp. 70, € 11,40**

Eugenio Morelli

### VITA IN CASA DI RIPOSO

I vari e numerosi impegni di questo medico letterato gli permettono di aprire una finestra sul mondo della vecchiaia e delle case di riposo.

Queste sono pagine di vicinanza ai ricoverati che fanno osservare al professionista come rimanga inalterata, anche nella demenza senile, una forte predisposizione alla vita.

**Edizioni Cronache Italiane, Salerno - pp. 32, € 7,00**



## Emozioni e ricordi della terza età

Un libro che riporta episodi, testimonianze e memorie storiche di cui sono protagoniste persone anziane: l'infanzia e l'adolescenza ormai lontane aiutano a riscoprire il mondo di ieri, la guerra, la sofferenza della povertà, gli amori. Obiettivo è la valorizzazione di quei valori culturali, sociali, etici e professionali, di cui gli anziani sono depositari, per il recupero delle tradizioni. Un libro utile per i Centri Anziani, Istituti e Case di riposo per riflessioni, consultazioni e momenti di lettura. I proventi saranno destinati alla Fondazione Casa Velini di Tradate e Fondazione Don Gnocchi di Malnate.

AA.VV.

*"Emozioni e ricordi della terza età"*

Lions Club International Distretto 108 IB1

*"I Lions e la terza età"*

Info: [armanda.cortellezzi@tin.it](mailto:armanda.cortellezzi@tin.it); tel. 333 4714820

pp. 112, Offerta libera



## La linea verde

Nei dintorni di un paese di montagna, un uomo trova il corpo di una ragazza, svenuta e in gravi condizioni. Al suo risveglio la ragazzina, Neve – questo da quel momento sarà il suo nome – si scoprirà priva di memoria. Spesso, frammenti di ricordi affiorano alla sua mente tormentandola; nonostante riesca a instaurare profondi legami con alcuni abitanti del villaggio, vive esperienze singolari che le fanno scoprire di essere diversa dagli altri: Neve è in grado di compiere azioni straordinarie e inspiegabili, possiede un dono che, forse, ha origine da un evento che ha segnato la sua vita. Per cercare di comprendere la propria condizione, decide di spingersi oltre i confini del suo nuovo mondo, in un viaggio che la porterà a scoprire una verità inaspettata.

Simone Fancelli

*"La linea verde"*

Albatros Il Filo, Roma – pp. 208, euro 15,90



## Viaggi e salute nei 5 Continenti

L'edizione 2011 del manuale curato da Walter Pasini, direttore del Centro Travel Medicine & Global Health, fornisce informazioni aggiornate e sintetiche per ciascun paese sui rischi sanitari, sulle certificazioni richieste e sulla profilassi da seguire prima di fare le valigie. Sono numerose le epidemie di malattie vecchie e nuove che colpiscono diversi paesi e regioni geografiche. Basti pensare a poliomielite, dengue, chikungunya, meningite meningococcica, febbre della Valle del Rift, febbre del Nilo occidentale, tanto per citare

alcune delle più diffuse. Le informazioni sanitarie impiegate per aggiornare le schede sono state tratte dalle fonti più autorevoli: l'Organizzazione mondiale della Sanità e la CDC di Atlanta. I dati sulla sicurezza sono stati presi dal sito ufficiale del ministero degli Esteri.

Walter Pasini

*"Viaggi e salute nei 5 Continenti"*

Società italiana medicina del turismo, tel. 0541 24301 – pp. 304

## Google. Istruzioni per l'uso in medicina

Medici, infermieri, farmacisti usano (anche e molto) Google, spesso senza sapere che gli operatori logici AND e NOT non funzionano, e che è invece possibile trovare "al volo" la definizione di procedure e patologie o il significato di abbreviazioni e acronimi. Questa guida dice come fare, con poche parole e molte immagini.



Carlo Fudei

*"Google. Istruzioni per l'uso in medicina"*

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

## Il quadrato magico

Il libro di Domenico Rinaldi, geriatra e gerontologo, è un'opera variegata dai toni cangianti, di ampio respiro, un affresco dell'Europa medievale, ricco di informazioni sui luoghi, le consuetudini, il mondo della cavalleria e le vicende di Terra Santa. Una miniera di notizie su cui si dipana la trama complessa e affascinante delle avventure dell'intrepido protagonista, uomo d'azione, di cultura e imprenditore al tempo stesso, pervaso dall'insopprimibile ansia di scoprire mondi nuovi.



Domenico Rinaldi

*"Il quadrato magico"*

Satura editrice, Napoli - pp. 336, euro 12,00

## Occhi d'Africa. Diario per immagini di un chirurgo volontario

Centoventitré scatti per raccontare la bellezza e le contraddizioni di un continente che guarda al proprio futuro. Sono "gli attimi" che Piero Narilli – chirurgo volontario in diverse missioni in Africa - ha catturato nella veste inedita di fotografo per far conoscere alcune delle missioni umanitarie che negli ultimi anni hanno visto impegnati medici e infermieri, missionari e volontari, tutti uniti nel segno dell'Italia e della solidarietà.



Il libro, con la prefazione di Eugenio Scalfari, viene pubblicato grazie al contributo della Fondazione AVSI – Onlus impegnata con oltre 100 progetti di cooperazione allo sviluppo in 39 paesi del mondo - con la quale nel dicembre scorso si è svolta la missione “Quattro stelle per l’Uganda”, la prima che ha visto operare in Africa il personale sanitario di tutte e quattro le Forze Armate italiane insieme a medici e volontari civili. Il ricavato della vendita del libro verrà interamente devoluto alle ong impegnate in Africa.

Piero Narilli  
“Occhi d’Africa”

Donzelli editore, Roma – pp. 144, euro 30,00

## Dentista italiano. Storia dell’ordinamento della professione



Poiché in Italia il dentista post 1985 non è più medico, ma il medico ante 1985 è anche dentista e comunque ogni medico è sempre stomatologo, la normativa che regola la professione odontostomatologica e dentistica in Italia è caotica e spesso faziosamente interpretata. Questo libro, curato da Massimo Corradini e Paolo Zampetti, risponde proprio alla necessità di riordinare la materia (leggi, norme, regole e sentenze) sequenzialmente, per consentirne una rilettura critica e storica dettagliata. Il libro si rivolge agli operatori amministrativi, ai rappresentanti di categoria, ai politici che si occupano di queste problematiche, a coloro che attendono ai procedimenti medico-legali in materia e soprattutto rappresenta uno strumento informativo per i medici chirurghi e per gli odontoiatri che si accingono ad iniziare la professione: una storia normativa per non dimenticare che l’odontoiatria, come la medicina, è scienza umana.

Massimo Corradini, Paolo Zampetti  
“Dentista italiano. Storia dell’ordinamento della professione”  
Edizioni U.C.T., Trento – pp. 128, euro 20,00



## Abbiamo vinto. Insieme

Giovanni Ruggiero, giornalista, e Antonio Ascione, medico epatologo, raccontano, alternandosi, il viaggio che medico e paziente intraprendono durante il tortuoso percorso della malattia. Ruggiero, colpito da una epatite che lo ha portato dalla cirrosi al tumore al trapianto, con toccante sincerità descrive i dubbi, le paure, le necessità, la “sete di sapere” che il malato si trova ad affrontare in ogni momento di questo lungo cammino, sottoli-

neando come non possa essere “una scalata in solitaria, ma una cordata” in cui “devono starci tutti [...] moglie o marito, figli, amici, colleghi di lavoro e il medico, che a metà percorso, quasi sempre, fa già parte del gruppo di amici e viaggia insieme a te”. Un viaggio in cui la comunicazione, l’empatia, come sottolinea Ascione, sono essenziali per trasformare il percorso della malattia nel “percorso della cura”.

Antonio Ascione, Giovanni Ruggiero  
“Abbiamo vinto. Insieme”

Messaggero di Sant’Antonio editrice, Padova – pp. 152, euro 8,00

## Medicina Anti-Aging

La conoscenza dei meccanismi alla base del funzionamento del nostro organismo e delle strategie da adottare per mantenerli in perfetta efficienza costituisce l’elemento indispensabile per allontanare il rischio di malattie e prevenire i danni che ci possono far invecchiare troppo rapidamente. Il testo spiega in modo rigoroso, ma accessibile a un ampio pubblico, come la medicina anti-aging e la medicina estetica possono aiutare a migliorare la qualità della vita, iniziando dal calcolo dell’età biologica generale e proseguendo con indicazioni sulla cucina del benessere, integratori, antiossidanti, terapie farmacologiche e non.

Gianluigi Bertuzzi  
“Medicina Anti-Aging”

Academia Universa Press, Milano – pp. 224, euro 29,00



## Le ombre immutabili di Palermo

È il racconto di Emanuele e Umberto, due amici, che dopo alcuni anni tornano a Palermo con l’ambizione, il primo, di cambiarla politicamente e moralmente e, il secondo, di poter svolgere una attività commerciale. Le due storie si intrecciano con altre storie umane parallele, ma, in particolar modo, con la durezza della quotidianità di una città come Palermo, ancora drammaticamente controllata dalla malavita. Le storie di Emanuele ed Umberto sono narrate con realismo e sensualità. Viene messa in luce la crisi della famiglia e la mercificazione del sesso nelle ville per scambisti. Quando il protagonista narratore (Emanuele) è vicino alla realizzazione del suo sogno politico sarà la mafia a normalizzare il tutto, a togliere la speranza e a ricoprire Palermo delle sue ombre.

Enrico Cillari  
“Le ombre immutabili di Palermo”

Casa editrice Kimerik, Patti (ME) – pp. 146, euro 14,00



# L'osteria più antica, l'Albergaccio del Machiavelli

di Giorgio Spagnolo

**U**n documento catastale datato 1498 riporta l'elenco dei beni di Messer Bernardo di Boninsegna che furono poi ereditati da Niccolò Machiavelli: "...un albergo con una loggia chiamato l'Albergaccio, con cella da vino di contro a detto Albergaccio, più pezzi di terra fructati, boscati e sodi, chiamati Fantalla, Cafaggio, il Piano e il Poggio, ulivati e vignati, posti nel popolo di Santo Andrea in Percussina, piviere di San Casciano e Decimo...". È la descrizione perfetta dell'attuale Fattoria di Sant'Andrea in Percussina ed in particolare delle vigne che ancora oggi vengono coltivate proprio a Fontalle, Solatio del Tani, il Piano e il Poggio. All'Albergaccio, dal 1512 al 1513, durante l'esilio da Firenze, Niccolò Machiavelli scrisse le commedie *La mandragola* e *Clizia*, e terminò la stesura del celebre trattato di politica *De Principibus*, detto *Il Principe*, oggi ricordato come la sua opera principale. Egli visse qui confinato e, caduto in disgrazia al rientro della famiglia Medici in Firenze, alternò l'esercizio delle lettere alle cure dei campi, e trovò modesto svago nella famosa osteria, co-



**Nel 1512 e 1513 durante l'esilio da Firenze  
Niccolò Machiavelli scrisse qui le commedie  
*La mandragola* e *Clizia***

me ci riferisce nella lettera all'amico Pier Francesco Vettori datata 12 dicembre 1513: "Mangiato che ho, ritorno all'osteria: quivi è l'oste, un beccaio, un mugnaio e due fornaciai. Con questi mi ingaglio per tutto il dì, giocando a cricca e tricke tracche, e poi, dove nascono mille contese ed infiniti dispetti di parole ingiuriose; e il più del-

le volte si combatte un quattrino e siamo sentiti di manco gridare da San Casciano...". Ed ancora oggi l'Albergaccio e la sua Osteria sono lì, immutati come se il tempo si fosse fermato, ad accogliere l'ospite ed il viandante.

In realtà la Toscana non smette mai di stupirci, come abbiamo già più volte avuto modo di raccontare

su questa nostra Rivista, ed oggi voglio appunto parlarvi di una esperienza eccezionale ed indimenticabile che potrete regalarvi la prossima volta che passerete da Firenze.

Lasciando l'Autosole al castello di "Firenze Certosa", dopo avere ammirato a distanza ravvicinata la splendida trecentesca struttura della "Certosa del Galluzzo", prendete la vecchia "via Cassia" in direzione di Siena e, dopo un paio di chilometri, lasciatela per svoltare a destra sulla via degli Scopeti in direzione di San Casciano. Dopo un altro paio di chilometri raggiungerete "Sant'Andrea in Percussina". Parcheggiate la macchina e percorrete a piedi questo minuscolo villaggio di una ventina di case, perfettamente integro, senza alcuna stonatura di modernità, e dopo pochi passi incontrerete sulla destra il grosso edificio dell'Albergaccio con la targa marmorea a ricordo del Machiavelli, e sulla sinistra, accanto al vecchio pozzo, l'Osteria dell'Albergaccio, segnalata dall'insegna con l'immagine di "Ser Niccolò".

Ebbene, credetemi, avete di fronte quella che è forse la più antica osteria d'Italia, se non del mondo, ancora oggi in piena attività: vi si mangia benissimo ed altrettanto bene vi si beve perché siamo in piena zona del Gallo Nero, ossia del Chianti Classico. E dai fiorentini "doc" l'Albergaccio è meglio conosciuto come *La Fettunta*,



perché da sempre, soprattutto nel periodo della raccolta delle ulive, è tradizione andarci a gustare il pane toscano arrostito sui carboni, stropicciato con l'aglio e inaffiato con l'olio "novo". Già attiva intorno al 1450 (anche se il "menu" allora includeva certamente la "fettunta", ma non poteva contenere pomodori, patate ed altre prelibatezze oggi comuni, in quanto mancava quasi

mezzo secolo alla scoperta dell'America...), dopo la morte del Machiavelli passò agli eredi e, sempre in linea ereditaria, pervenne alla nobile famiglia fiorentina dei Serristori. Da pochi anni appartiene al "Gruppo Italiano Vini", che ha qui alcuni dei suoi vigneti più belli e che l'ha restaurata in modo perfetto, rispettandone rigidamente la struttura originale. Ed in particolare si è

quasi miracolosamente riusciti ad ottenere che l'osteria conservasse nei secoli intatta la sua atmosfera, tanto che, sia arrivandoci direttamente che entrando, dopo aver visitato i bellissimi ambienti della villa e le splendide cantine, attraverso lo stretto passaggio sotterraneo che usava il Machiavelli, si ha veramente l'impressione di fare un tuffo nel tempo di ben 5 o 6 secoli.

E mentre, in questi locali "senza tempo", assaporeremo un'ottima bistecca fiorentina inaffiandola con qualche calice dello splendido vino proveniente dai vigneti circostanti, non possiamo fare a meno di immaginare di trovarci davanti Ser Niccolò intento a giocare a "trucche tracche" col beccaio ed il mugnaio, o seduto al tavolo accanto al nostro, intento a scrivere il suo "Principe", instillandoci dentro i grandi

principi della sua "filosofia", come ad esempio la netta separazione tra la sfera politica e la sfera morale, nata da alcune premesse da lui ritenute verità incontrovertibili: la malvagità della natura umana, l'immutabilità di tale natura e quindi la necessità di comportarsi tenendo conto di questa amara realtà. Alcuni hanno anche aggiunto che questa passiva accettazione della realtà avrebbe spinto il Machiavelli a considerare il popolo alla stregua di materia bruta, facendo sì che nel "Principe" ci sono i diritti dello Stato ma non i diritti dell'Uomo. Ampie comunque sono le possibilità di discussione su di un'opera così complessa e che si propone un fine così ambizioso come quello di essere una specie di guida della classe dirigente del Cinquecento italiano, ma, senza volere assolutamente entrare nel merito, l'importante è tenere bene in mente lo specifico clima storico e culturale nel quale maturò la filosofia di Machiavelli. Ed una sosta all'Albergaccio, una visita "diretta" a questo piccolo gioiello che la nostra Toscana ha saputo così bene conservare proteggendolo dalle insidie del tempo, ci aiuta per lo meno a "tentare" di comprendere. E scusatemi se questo non è un piccolo miracolo! •

**Questo articolo il dottor Spagnolo lo dedica alla moglie scomparsa.**

**"A Rosetta, ricordando..."**



# Cracovia, capitale della musica barocca

di Riccardo Cenci

**È** noto che i primi vagiti della ricerca filologica applicata alla musica antica, e con questo termine si intende in particolar modo il repertorio del XVI e del XVII secolo, sono attribuibili ad un manipolo di studiosi, quasi tutti provenienti dai paesi di lingua

tedesca o dalle sponde anglosassoni, animati dall'inesausta volontà di dar voce ad un mondo ancora in parte inesplorato. A partire dagli anni sessanta, i loro sforzi portarono un cambiamento epocale, un approccio dapprima osteggiato dai fautori del romanticismo ad ogni costo, che ha conquistato nel corso del tempo un numero sempre crescente di estimatori. Oggi l'ambizioso tentativo di riconquistare la prassi

esecutiva dell'epoca, avvicinandosi il più possibile a quello che doveva essere il suono originario, è ormai un fatto accettato. Numerosissimi i gruppi specializzati in questo repertorio, nutrita la schiera dei cantanti i quali si cimentano sull'impervio terreno dell'opera barocca. Se paesi come l'Austria e la Germania conservano il proprio ruolo protagonista nel promuovere ricerca attorno a queste tematiche, altri si affacciano prepotentemente alla ribalta, come la Polonia, negli ultimi anni in costante ascesa dal punto di vista culturale. In particolare la città di Cracovia sta assumendo un ruolo sempre più

centrale nella promozione della musica antica, con alcune manifestazioni fra le più importanti del genere nell'intera Europa. La rassegna Opera rara è ad esempio, nelle intenzioni del suo direttore artistico Filip Berkowicz, un'eccellente aggiunta al più noto Festival Misteria Paschalia. L'idea è quella di proporre lavori oggi poco frequentati nell'interpretazione dei maggiori specialisti del repertorio antico, senza per questo rinunciare all'utilizzo delle più mo-



Juliusz Słowacki Theatre

derne tecnologie nella messa in scena. Grande attenzione viene riservata in particolare al Vivaldi operista, poco noto al grande pubblico e spesso aprioristicamente giudicato minore rispetto al genio creatore dei celeberrimi concerti. Dopo la presentazione dell'"Ottone in Villa" e de "La Fida Ninfa", entrambe in scena lo scorso anno, dopo il recente successo dell'"Orlando furioso", protagonista l'Ensemble Matheus diretto da Jean-Christoph Spinosi, nel cast nomi importanti come quello di Veronica Cangemi, il prossimo 8 dicembre sarà la volta dell'oratorio "L'Oracolo in Messenia", affidato alle sapienti mani di Fabio Biondi e dell'ensemble Europa Galante, un'occasione quasi unica per ascoltare un lavoro di rarissima esecuzione. Molto noto a livello internazionale e già meta di pellegrinaggio da parte degli appassionati è invece il Festival Misteria Paschalia, frequentato dai maggiori specialisti della musica barocca, impegnati nei luoghi più suggestivi e prestigiosi di Cracovia. Fra i protagonisti dell'ultima edizione si annoverano ad esempio Mark Minkowski, Jordi Savall, Christophe Rousset, Ottavio Dantone, Philippe Jaroussky e numerosi altri. L'alta qualità delle proposte musicali costituisce certo un valore aggiunto per una città di grande pregio, già patrimonio dell'Unesco in virtù delle sue bellezze architettoniche, la quale ha conquistato di diritto un posto di primo piano nel panorama culturale europeo.

Info: [www.operarara.pl](http://www.operarara.pl)  
[www.misteriapaschalia.pl](http://www.misteriapaschalia.pl) •

## POLONIA: UN PAESE DA SCOPRIRE

**G**rande è l'impegno messo in campo dall'Ente Nazionale Polacco per il Turismo ([www.polonia.travel.it](http://www.polonia.travel.it)) nella promozione del proprio paese, una realtà in continua espansione nonostante la crisi economica internazionale.

Nel corso di un recente workshop organizzato presso l'Ambasciata polacca a Roma, presenti numerosi operatori del settore (fra gli altri [www.ernesto-travel.pl](http://www.ernesto-travel.pl), [www.campanile-cracovie.pl](http://www.campanile-cracovie.pl) e [www.cracowcitytours.pl](http://www.cracowcitytours.pl)), si è puntato molto sul vantaggioso rapporto qualità prezzo, che permette di programmare un soggiorno di grande interesse ad un costo altamente competitivo. Per usare le parole di Małgorzata Furdal, direttrice dell'Ente: "L'esperienza diretta della Polonia spazza via ogni preconcetto e rappresenta indubbiamente il miglior tipo di promozione possibile".

# ed esposizioni in Italia a cura di Anna Leyda Cavalli

## **LE COLLEZIONI DI ARTE ANTICA DELLA COLLEZIONE CARISBO**

**BOLOGNA** – fino al 31 dicembre 2011  
Della collezione oggi vastissima verrà esposta una selezione d'arte rinascimentale e barocca che la Fondazione ha arricchito recentemente con acquisti mirati.

*Palazzo Fava - Fondazione Carisbo*  
telefono: 0512754111

## **IL GIOVANE TIEPOLO. LA SCOPERTA DELLA LUCE**

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

*Civici Musei e Gallerie di Storia e Arte*  
*Castello di Udine*  
telefono: 0432271591

## **GLI ANNI FOLLI. LA PARIGI DI MODIGLIANI, PICASSO E DALÌ. 1918-1933**

**FERRARA** – fino all'8 gennaio 2012  
Monet, Matisse, Mondrian, Picasso, Braque, Modigliani, Chagall, Duchamp, De Chirico, Miró, Magritte e Dalí sono i protagonisti di questa mostra dedicata alla Parigi degli anni Venti.

*Palazzo dei Diamanti*  
telefono: 0532209988

## **MAESTÀ REGIA. ARTE A PALAZZO DAI FARNESE AI BORBONE**

**CASERTA**  
fino al 31 dicembre 2011  
La Reggia di Caserta si presenta al pubblico dopo i recenti interventi di riallestimento volti all'ampliamento dell'offerta museale mediante l'apertura di nuovi spazi e percorsi espositivi, al riordino delle collezioni ed alla riapertura di tutte le sale degli appartamenti reali.

*Reggia di Caserta*  
telefono: 0823448084

## **VIRGINIO RIDOLFI "CALANCHI"**

**FERMIGNANO (PU)**  
fino al 30 ottobre  
Un percorso cronologico che permette di visitare le terre del mondo di Ridolfi; dapprima brulle, taglienti per poi divenire poetiche, rilassanti vedute fino all'infinito. Una mostra marchigiana per un tuffo nostalgico nel suo mondo primitivo.

*Sala "Bramante"*  
telefono: 0721804001

## **ESPRESSIONISMO CODROIPO (UD)**

fino al 4 marzo 2012  
Oltre cento opere tra dipinti e carte provenienti dal berlinese Brücke Museum

raccontano la nascita e lo sviluppo del movimento denominato "Die Brücke", la pietra fondante dell'Espressionismo.

*Villa Manin di Passariano*  
telefono: 0432821234

## **HENRI DE TOULOUSE-LAUTREC E LA PARIGI DELLA BELLE ÉPOQUE**

**TRAVERSETOLO (PR)**  
fino all'11 dicembre 2011  
La mostra propone un'originale riflessione sull'artista francese, le cui opere sono in parte sviluppate sulla scia del *ja-ponisme* ossia dell'arte giapponese.

*Fondazione Magnani Rocca*  
telefono: 0521848327

## **JULIAN SCHNABEL. PERMANENTLY BECOMING AND THE ARCHITECTURE OF SEEING VENEZIA**

fino al 27 novembre 2011  
Importante rassegna dedicata a Julian Schnabel, celebre artista newyorkese dal poliedrico spirito creativo con 40 opere che ne ripercorrono la carriera artistica dagli anni Settanta ad oggi.

*Museo Correr*  
telefono: 04142730892



Verena D'Alessandro, "Pioggia in arrivo", olio su tela. La pittrice esporrà le sue opere a Roma dal 18 ottobre al 26 novembre presso la Galleria Incontro d'Arte, Via del Vantaggio 17/A - tel. 06 3612267 - orario: 10,30-13,30 / 16,00-19,30 - festivi, lunedì e martedì mattina chiuso

# La fotografia? Un lavoro corale

di Maricla Tagliaferri

**È** l'ultima spiaggia. Quando proprio non si vuol ammettere di aver buttato i soldi del biglietto per un film deludente si sospira: "Però, che bella fotografia!". Ma davvero bastano immagini curate e chiaroscuri sapienti a salvare un film? E

**cos'è davvero** una "bella fotografia"? Ne parliamo con Italo Petriccione, direttore di fotografia di fiducia di Gabriele Salvatores, al suo fianco da "Marrakech Express" fino a "L'educazione siberiana" (in fase di riprese) passando per "Io non ho paura", che gli valse sia il David di Donatello che il Nastro d'Argento. Ma non solo. Dal 1988 ha illuminato una trentina di film che più diversi non si può: da "Ovosodo" di Paolo Virzì a "Il viaggio della sposa" di Rubini, da "Quando la notte" di Cristina Comencini (in concorso a Venezia 2011) all'appena concluso "Il volto di un'altra" di Pappi Corsicato.

## Dunque, cos'è una "bella fotografia"?

In sé e per sé non esiste una "bella fotografia". Esiste la fotografia funzionale alla storia, al film, che è un lavoro corale. Se primeggia, fa un danno a se stessa e al film. Se ti "accorgi" della fotografia, se è sfalsata rispetto all'insieme, vuol dire che non c'è un equilibrio fra tutti gli elementi: qualcosa non ha funzionato.

## Eppure ci sono stati direttori di fotografia vere e proprie star, a volte più luminose del regista. Non è più tempo di virtuosismi?

Forse non è mai stato tempo di virtuosismi. La parte visiva è legata a quella narrativa, il lavoro d'immagine viaggia col regista che, va detto, è l'unico autore. È lui che sceglie, lui che desidera raccontare, lui che dirige e porta tutti in una direzione comune. Non puoi fare un lavoro "forte" senza un'idea forte del regista.

## Sta sminuendo il ruolo creativo del suo mestiere?

Al contrario. La sfida è capire quello che ha veramente in testa il regista e studiare cosa posso aggiungere. È così, nel confronto, che ogni volta imparo qualcosa di

più, cogliendo suggerimenti di registi diversissimi fra loro. Perciò tendo a non portarmi dietro uno "stile", perché così creerei un cliché, che è la morte della creatività.

## Chi sono i suoi collaboratori più stretti durante le riprese?

I due capo-macchinisti, gli elettricisti, l'operatore, il primo assistente: sono quelli che mettono materialmente in piedi la mia idea e spesso me li porto dietro di progetto in progetto. Ma in realtà sul set lavori spalla a spalla con tutti, dal responsabile del suono al costumista, al truccatore e via dicendo.

## Si parla molto dei vantaggi, anche economici, delle camere digitali in alta definizione, contrapposti alla pellicola.

Un mezzo è un mezzo: cerco di non farmene condizionare, guardo a cosa mi può dare, cosa posso ricavarci. L'alta definizione l'ho usata per "Scacco pazzo", di Haber, ed era stata una scelta di risparmio. E in "Quo vadis baby?", di Salvatores, una scelta di sperimentazione. Se devo usare mezzi "poveri" non cerco di inseguire le prestazioni della pellicola: sarebbe una guerra persa. A chi usa il digitale consiglio sempre di non inserire gli automatismi della camera: fate le vostre scelte e mettete alla prova le vostre idee visive, fate quello che volete voi e non quello che vuole il mezzo.

## Lei non ha mai fatto televisione.

Non mi hanno mai offerto delle opportunità reali, progetti interessanti. Non ho nulla contro la tv. Siamo di nuovo al discorso sul "mezzo". Spesso si tirano via le cose e si giustifica la bassa qualità dicendo "è tv". Non è vero, è un discorso maleducato verso il pubblico, che in realtà riconosce benissimo un buon prodotto. Il basso livello si spiega solo con scelte produttive miopi, tese solo al risparmio. •



Una scena tratta dal film "Io non ho paura"

# Un sublime genio sgangherato

di Piero Bottali

**F**a continuo esercizio di ironia e autoironia che coinvolgono e suscitano un'immensa tenerezza in chi lo ascolta, Paolo Conte (Asti, 1937) è certamente il meno "italiano" fra i cantautori e i cantanti italiani. Differenti i temi delle sue canzoni,

**diversi i suoi modi** di porgersi al pubblico di ascoltatori e di uditori sia dal vivo nei concerti che nelle incisioni, strane le sue modulazioni, tanto simpatici quanto inaspettati gli strascicamenti della sua voce roca affabulante e malinconica. Ma soprattutto Paolo Conte fa continuo esercizio di ironia e autoironia che coinvolgono e suscitano un'immensa tenerezza in chi lo ascolta. E in più, sia benedetto il Cielo, non affligge l'auditorio con le solite contestazioni insincere, trite e rifritte cui nessuno crede più e che ormai fanno parte del bagaglio poetico di quei cantautori che non sanno cosa dire. "Sublime genio sgangherato" lo ha definito un critico musicale qualche anno fa, forse Ernesto Assante o Gino Castaldo, azzecandoci in pieno. Del genio ha l'andare controcorrente scivolando lieto e senza problemi, ha l'originalità dell'inventore, il surrealismo delle immagini e delle situazioni, la ricerca delle assonanze, gli accostamenti talvolta volutamente trasparenti cui segue l'immediato ammiccamento di complotto con l'amico ascoltatore: ricorda gli Avion Travel, che certo gli debbono molto. Di sublime ha la struggente, pudica dolcezza con la quale fa trasparire i suoi sentimenti (*Molto lontano*, *La donna della tua*

*vita*), l'esposizione delle sue solitudini ma senza far troppo sul serio, che la vita è lunga e complessa (*Luna di marmellata*, *Dal loggione*). Di sgangherato ha i suoi baffacci che sembrano due scopini per lavare i piatti, la barba perennemente di quattro giorni, le dita ingiallite dalla nicotina delle puzzolenti sigarette che fuma a locomotiva, l'irriverente intervento di quel "pernacchiofono" che si chiama kazoo e che in Occidente non viene più usato dai tempi del primo dixieland di New Orleans, salvo che dall'ex-avvocato Paolo Conte che lo infila sbefeggiante nel bel mezzo di brani elegiaci o ispirati. Nulla da stupirsi allora che sia il cantautore più amato dal pubblico francese e statunitense, i quali - perlomeno non quelli di Little Italy - poco apprezzano le canzoni con "cuore" che fa rima con "amore". È quel suo affabulare surreale, quel suo esibirsi canticchiando più che cantando a farlo apprezzare oltre i confini. Paolo Conte non è stato sempre artista: nato da famiglia della buona borghesia astigiana, padre notaio con la passione per il piano e il jazz, ha esercitato la professione di avvocato per diversi anni prendendo lezione di pianoforte. Poi c'è stato il primo complessino, l'abbondante attività di autore di canzoni, e nel 1974 il suo esordio come cantautore esortato dal produttore Italo Greco che gli fa ottenere un contratto con la RCA. Escono il suo primo e secondo album, con canzoni che diventeranno classici del suo repertorio, *La Topolino amaranto*, *Una giornata al mare*, *La ricostruzione del Mocambo*, *Genova per noi*, cantata anche da Bruno Lauzi. Ma è solo nel 1979 che Paolo Conte riesce a farsi apprezzare in pieno dal pubblico con *Un gelato al limone*, *Bartali* e *Sudamerica*. Poi, concerti e concerti, perlopiù all'estero, dove è sempre tutto esaurito. Nel 1981 la sua canzone forse più famosa, *Via con me*, verrà poi usata come colonna sonora nel 2010 nella trasmissione quasi omonima su Rai tre condotta da Fabio Fazio e Roberto Saviano. Nel 1988 nasce un suo musical, *Razmataz*, del quale ha progettato tutto, dalle musiche ai costumi, con bozzetti e disegni di straordinaria efficacia. Nel 2007 Paolo Conte è eletto come uno dei "maestri del Palio di Asti" avendo dipinto i due tradizionali stendardi dell'antica festa astigiana: è l'eclettismo del genio che per fortuna non accenna a smorzarsi. •





## ESISTONO “FINESTRE DI USCITA”?

*Caro Presidente,*  
conoscendo la tua ben nota disponibilità verso i colleghi, mi permetto di disturbarti anch'io con alcune domande.

Mi sono laureato nel 1973, sono iscritto all'Ordine dei Medici dal febbraio 1974, esercito l'attività di MMG dal 1976, ho effettuato il riscatto degli anni di Università ed ho ricongiunto all'ENPAM, lo scorso anno, alcuni contributi versati all'INPS negli anni '70, come assistente universitario supplente. Ti chiedo pertanto:

– nel nostro caso esistono finestre di uscita, relativamente alle pensioni di vecchiaia o di anzianità? Se esistono, come si possono conciliare con la necessità di presentare le dimissioni dall'attività convezionata prima di poter richiedere la pensione (cioè, per quanti mesi si resta senza più retribuzione e senza ancora la pensione); o vale ancora la regola del percepimento della pensione un mese dopo la cessazione dell'attività?

– a quanto potrà ammontare la mia pensione di MMG se decidessi di lasciare l'attività con il SSN al compimento dei 65 anni o di quanto mi verrebbe ridotta se lasciassi 12 o 18 mesi prima?

– a quanto ammonterà la pensione relativa al Fondo Generale ai 65 anni?

Ti ringrazio in anticipo e porgo i migliori saluti.

*(lettera firmata)*

Caro Collega,  
dall'esame della tua posizione previdenziale, si rileva che, avvalendoti del riscatto dei sei anni relativi al corso legale di laurea e dei periodi assicurativi ricongiunti, sei già in possesso di tutti i requisiti previsti dalla vigente normativa regolamentare (58 anni di età, 35 anni di contribuzione, e 30 anni di anzianità di laurea) per l'ammissione alla pensione di anzianità a carico del Fondo Medici di Medicina generale e che la cosiddetta “finestra di uscita” si è aperta dall'1.7.2008.

Ipotizzando l'immediata cessazione dell'attività professionale, a decorrere dal mese successivo, potresti con-

seguire una pensione d'importo pari ad euro 3.700,00 lordi mensili oppure un trattamento misto, costituito da una prestazione mensile di euro 3.150,00 lordi e da un'indennità in capitale di euro 82.000,00 lordi.

Nel caso in cui decidessi di proseguire il rapporto in convenzione con il S.S.N. sino al 31.7.2012, a decorrere dall'1.8.2012, la pensione mensile sarebbe pari a euro 3.900,00 lordi oppure a euro 3.300,00 lordi qualora richiedessi la liquidazione dell'indennità in capitale di euro 85.000,00 lordi.

Ti preciso che le suindicate proiezioni sono state effettuate computando sia il riscatto di laurea che i periodi assicurativi ricongiunti.

Ti rendo noto, poi, che, in base alla normativa attualmente vigente, le prestazioni pensionistiche saranno assoggettate alla ritenuta fiscale determinata dall'I.N.P.S., nella sua qualità di gestore del casellario pensionistico. Quella, tuttavia, risultassi titolare esclusivamente della pensione erogata a carico dei Fondi gestiti dall'E.N.P.A.M., la tua prestazione pensionistica sarà assoggettata alla ritenuta fiscale determinata in base agli scaglioni IRPEF previsti per i lavoratori dipendenti.

Sull'indennità in capitale eventualmente richiesta, invece, sarà operata la ritenuta d'acconto del 20%. L'Amministrazione Finanziaria competente procederà successivamente alla determinazione dell'aliquota definitiva, calcolandola in base all'aliquota media dei redditi da te percepiti nel biennio precedente l'erogazione della prestazione di qua.

Ti informo, altresì, che, decisa la data di risoluzione del rapporto convezionato, dovrai rassegnare le dimissioni presso la A.S.L. di appartenenza rispettando i termini di preavviso previsti dall'Accordo Collettivo di categoria (generalmente due mesi).

Solo successivamente alla cessazione dell'attività professionale, dovrai attivare il procedimento per il pensionamento mediante la trasmissione, alla Fondazione, del modulo di domanda di prestazioni ordinarie reperibile sul sito [www.enpam.it](http://www.enpam.it), corredato dei documenti ivi indicati. Corre l'obbligo di precisarti che le informazioni rese presuppongono la vigenza dell'attuale normativa previdenziale di riferimento e che non sono comunque impegnative per la Fondazione.

Confidando nell'esaustività delle informazioni rese, colgo l'occasione per inviarti i miei più cordiali saluti.

Eolo Parodi



### CHIEDO UN'IPOTESI DI PENSIONE

Egregio Presidente, mi sono laureato nel 1969. Ho lavorato in ospedale da quell'anno sino al novembre del 1975 come assistente. Dal '70 al '71 ho prestato servizio militare come medico. Dal '75 ad oggi ho svolto attività di medico di base. Ho riscattato nel 2006-2007 quattro anni di laurea. Con la presente le chiedo cortesemente di calcolarmi un'ipotesi di pensione al 68° e 70° anno. Nel ringraziarla anticipatamente colgo l'occasione di porle i miei più cordiali saluti.

*(lettera firmata)*

Caro Collega, supponendo la cessazione dell'attività professionale svolta in convenzione con gli Istituti del S.S.N. al 30/6, l'ammontare della rendita pensionistica che percepiresti è quantificabile in circa euro 5.200,00 lordi mensili. Nel caso decidessi di convertire in capitale il 15% della pensione maturata, come consentito dalle vigenti norme regolamentari, ti verrebbe erogata una indennità

quantificabile in circa euro 99.000,00 al lordo delle ritenute fiscali, congiunta ad un trattamento pensionistico, lordo mensile, pari a circa euro 4.400,00.

Ove, invece, decidessi di protrarre l'esercizio in convenzione della medicina generale fino al compimento del 70° anno di età, l'ammontare della rendita pensionistica che percepiresti è quantificabile in circa euro 5.500,00 lordi mensili. In caso di trattamento misto, l'indennità in capitale sarebbe pari a circa euro 100.000,00 al lordo delle ritenute fiscali e la rendita pensionistica residua, lorda mensile, ammonterebbe a circa euro 4.700,00.

Nel merito, ti rappresento che i suddetti importi sono stati determinati sulla base dei contributi riferiti all'ultimo quinquennio di attività professionale, supponendo una contribuzione costante fino alle date indicate e considerando l'incremento derivante dalla estinzione del debito residuo relativo al riscatto di 4 anni del corso di laurea in medicina e chirurgia.

Devo precisarti, infine, che a fronte di eventuali modifiche della normativa previdenziale di riferimento le ipotesi sopra rappresentate potrebbero subire variazioni. Ne consegue che la presente informativa non deve ritenersi comunque impegnativa per la Fondazione.

Colgo l'occasione per salutarti cordialmente.

E. P.



### INFORMAZIONI SULLA MIA POSIZIONE PREVIDENZIALE

Caro Presidente, aprofitto della tua cortesia per richiederti alcune informazioni sulla mia posizione previdenziale.

Laureato nel 1980, ho svolto servizio di Guardia medica sino al 1981 e successivamente, dal 1982, medico di medicina generale; ho in corso il riscatto degli anni di laurea, che si completerà nel 2014. A tale data intenderei andare in quiescenza e pertanto vorrei sapere a quanto potrebbe ammontare la mia pensione del Fondo MMG (solo pensione o quota mista capitale e pensione); in alternativa, se decidessi di prolungare l'attività fino al compimento dei 65 anni quali sarebbero i vantaggi in termini economici.

Ringraziandoti porgo i più cordiali saluti.

*(lettera firmata)*

Caro collega, sulla base dei contributi accreditati a tuo nome presso il Fondo medici di medicina generale, gli uffici hanno provveduto a determinare le richieste ipotesi pensionistiche.

Supponendo la cessazione dell'attività professionale svolta in convenzione con gli Istituti del SSN nel mese di dicembre 2014 ed estinto l'onere derivante dal riscatto degli anni del corso di laurea,

la rendita pensionistica che percepiresti è quantificabile in circa 4.300,00 euro lordi mensili. Nel caso decidessi di convertire in capitale il quindici per cento della pensione maturata, come consentito dalle norme regolamentari, ti verrebbe erogata una indennità pari a circa 108.000,00 euro al lordo delle ritenute fiscali, congiunta ad un trattamento pensionistico lordo mensile, ammontante a circa 3.600,00 euro.

Ove, invece, decidessi di protrarre l'esercizio in convenzione della medicina generale fino al compimento del 65° anno di età, la rendita pensionistica ammonterebbe a circa euro 5.500,00 lordi mensili. In caso di trattamento misto, l'indennità in capitale sarebbe pari a circa 122.000,00 euro al lordo delle ritenute fiscali e il trattamento di quiescenza, lordo mensile, ammonterebbe a circa euro 4.700,00.

Nel merito, devo rappresentarti che i suddetti importi sono stati determinati sulla base della media contributiva riferita all'ultimo quinquennio di attività professionale, supponendo una contribuzione costante fino alle date indicate e la totale estinzione del l'onere residuo relativo al riscatto degli anni del corso di laurea in medicina e chirurgia. Ti preciso, infine, che a fronte di eventuali modifiche della normativa previdenziale di riferimento le ipotesi sopra rappresentate potrebbero subire variazioni.

Colgo l'occasione per salutarti cordialmente.

E. P.

# Un derby di francobolli

Tre le emissioni nel 2011 dedicate al calcio: una per lo scudetto del Milan, una per la Coppa Italia dell'Inter ed una per commemorare il centenario dell'Associazione Italiana Arbitri



di Gian Piero Ventura Mazzuca (\*)

**È** iniziata una nuova stagione e i tanti appassionati di calcio e di filatelia si sono dati appuntamento sabato 27 agosto a Milano, data che avrebbe dovuto dare inizio al campionato, per acquistare i due francobolli emessi quest'anno. L'emissione a dire il vero è stata un po' travagliata. Prevedeva prima a giugno e poi a

luglio, rinviata per il concomitante episodio di calcio scommesse, è stata poi stabilita appunto a fine agosto, in concomitanza con i due anticipi di campionato, ma anche questi sono saltati per lo sciopero dei calciatori. Nonostante tale avversa circostanza sono stati numerosi i collezionisti/tifosi che si sono recati allo Spazio Filatelia del capoluogo lombardo ad acquistare i bolli nel loro primo giorno di emissione... ed è stato derby! Infatti, seppur veramente di poco, Milan batte Inter per 2032 a 2017 singoli francobolli venduti; in effetti la maggior parte delle persone ha acquistato entrambi, specialmente nella versione a foglietto. (1) I due valori sono gli ultimi di una lunga serie che riguarda, a dire il vero un po'

monotonamente, la palla di cuoio.

Valutando gli ultimi dieci anni di scudetti (2002-2011) abbiamo infatti visto: quattro francobolli per l'Inter, tre per la Juventus, due per il Milan, di cui l'ultimo del 2011 è stato accompagnato proprio da quello per l'Inter, vincitrice della Coppa Italia dedicata al 150° anniversario dell'Unità Nazionale.

La somma degli scudetti omaggiati però fa nove, perché nessuna emissione è uscita nel 2006, titolo di un campionato a tutt'oggi contestato. Poi, per non far torto a nessuno, quest'anno è arrivato anche quello per commemorare il centenario dell'Associazione Italiana Arbitri, *noblesse oblige*... Infine nell'ultimo decennio, per la stessa tematica, ne sono usciti anche due per i mondiali: quello celebrativo del 2002 e quello trionfale, naturalmente di Germania 2006. Sempre nel fatidico 27 agosto, sono stati invece emessi altri due valori a carattere sportivo, ma riguardanti altre specialità, non vogliamo assolutamente scordarcene e riguardano i "Campionati Europei di Tiro con l'Arco di Campagna" ed i "Campionati Mondiali del-



la Pesca Sportiva". Ci piace infatti sempre sottolineare quanto la filatelia sia utile per la promozione, la diffusione e la conoscenza proprio di altre discipline che, erroneamente, taluni chiamano minori. Naturalmente non la pensiamo così e quindi, prossimamente, cercheremo di fare una panoramica sulle tante emissioni che hanno omaggiato e celebrato moltissimi altri sport. In fondo, anche a noi, il mondo piace un po' più... ovale!!•

(\*)gp.ventura@enpam.it

**Negli ultimi dieci anni omaggiati solo nove scudetti**



(1) fonte: Vaccari News



a cura  
dell'avv. Pasquale Dui (\*)

**C**on la sentenza n. 1261 del 14 giugno 2011 la Suprema Corte stabiliva che in tema di danno alla persona, conseguente a responsabilità medica, integra l'esistenza di un danno risarcibile alla persona l'omissione della diagnosi di un processo morboso terminale, allorché abbia determinato la tardiva esecuzione di un intervento chirurgico, che normalmente sia da praticare per evitare che l'esito definitivo del processo morboso si verifichi anzitempo, prima del suo normale decorso, e risulti inoltre che, per effetto del ritardo, sia andata perduta dal paziente la "chance" di conservare, durante quel decorso, una migliore qualità della vita nonché la "chance" di vivere alcune settimane od alcuni mesi in più, rispetto a quelli poi effettivamente vissuti. Con atto di citazione la parte attrice esprimeva di essere stata sottoposta ad un intervento chirurgico di lobectomia sinistra a seguito di alcuni accertamenti da cui era emersa una calcinosi al fegato; che presso la medesima struttura, era stato ese-

guito un esame istopatologico, il cui referto non indicava l'eventualità di una patologia tumorale; che peraltro successivi accertamenti avevano individuato la presenza di metastasi ed avevano portato a riconoscere nei medesimi reperti istologici un cistadenocarcinoma epatico e comunque la presenza di "atipie cellulari suggestive di malignità".

L'attrice lamentava che dal grave errore diagnostico compiuto presso l'Istituto era derivata la mancata identificazione della neoplasia e di conseguenza la mancata adozione di provvedimenti specifici terapeutici, con miglioramento della qualità e della durata della vita e rallentamento della malattia. La paziente conveniva in giudizio l'Istituto Clinico e il patologo che aveva sottoscritto il primo referto per ottenerne la condanna in solido al risarcimento di tutti i danni (patrimoniali, morali e a carattere biologico) subiti in conseguenza, del dedotto errore diagnostico. I convenuti si costituivano ed il patologo chiedeva inoltre, e otteneva, di chiamare in giudizio la collega sul rilievo che era stata quest'ultima ad eseguire l'esame istologico. Deceduta l'attrice, intervenivano nel giudizio il marito e i figli, i quali, con memoria ex art 183 c.p.c., estendevano alla terza chiamata. Veniva disposta nel giudizio di appello

una nuova consulenza tecnica collegiale, affidata, a specialisti in medicina legale e in anatomia patologica.

Riteneva la corte di merito, quanto all'appello principale, che esso andava rigettato, poiché all'esito della seconda consulenza tecnica collegiale, disposta in appello, ed in conformità delle risultanze della prima consulenza e di quella resa in sede penale, era emerso che non sussisteva alcun nesso causale tra l'errore istopatologico effettuato e l'evento dannoso, nel senso che, ove pure fosse stata tempestivamente effettuata una diagnosi di neoplasia o un sospetto diagnostico in questo senso, l'intervento chirurgico non sarebbe stato diverso (dovendosi sempre procedere ad una lobectomia epatica sinistra radicale); che era certo, tuttavia, che la prognosi *quoad vitam* della paziente non sarebbe significativamente evoluta in *melius* e ciò a fronte della severità della patologia neoplastica e della carenza di opportunità terapeutiche sicuramente efficaci, sia verso la malattia al momento della sua insorgenza. Ritene, dunque, la sentenza di appello, che la condotta dei sanitari, oggetto del presente giudizio, deve essere ritenuta indifferente sotto il profilo del rapporto di causalità rispetto all'invalidità ed alla successiva morte della paziente. Avverso questa sentenza veniva, poi, proposto ricorso in Cassazione.

Secondo la Suprema Corte quando sia stata fornita la dimostrazione, anche in via presuntiva e di calcolo probabilistico, dell'esistenza di una chance di consecuzione di un vantaggio in relazione ad una determinata situazione giuridica, la perdita di tale chance è risarcibile come danno alla situazione giuridica di cui trattasi indipendentemente dalla dimostrazione che la concreta utilizzazione della chance avrebbe presuntivamente o probabilmente determinato la consecuzione del vantaggio, essendo sufficiente anche la sola possibilità di tale consecuzione. La idoneità della chance a determinare presuntivamente o probabilmente ovvero solo possibilmente la detta consecuzione è, viceversa, rilevante, soltanto ai fini della concreta individuazione e quantificazione del danno, da effettuarsi eventualmente in via equitativa, posto che nel primo caso il valore della chance è certamente maggiore che nel secondo e, quindi, lo è il danno per la sua perdita, che, del resto, in presenza di una possibilità potrà anche essere escluso, all'esito di una valutazione in concreto della prossimità della chance rispetto alla consecuzione del risultato e della sua idoneità ad assicurarla. •

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

## È morto De Luca primo d.g. Enpam

**È** morto Giovanni De Luca: il professore. Docente di matematica e preside di una scuola pubblica, a 39 anni partecipò a un concorso per un posto da dirigente all'Enpam. Era l'anno 1958. Stravinse la prova grazie anche alla sua preparazione culturale e divenne così, su due piedi, direttore generale dell'Ente di previdenza e assistenza dei medici, braccio destro del primo presidente, l'odontoiatra Andrea Benagiano.

Alla fine del mese di settembre 2011 avrebbe compiuto i 92 anni. Non ce l'ha fatta. Per la prima volta ha mancato un grande appuntamento, non certo per colpa sua. Chi lo ricorda, infatti, tiene a sottolineare la sua precisione quasi maniacale, il "distacco" che contraddistingueva il rapporto con i dipendenti, la memoria eccezionale, ma nello stesso tempo, la grande carica di umanità. Non esisteva problema che non conoscesse a fondo e non fosse pronto a risolvere. Si sapeva che aveva fatto parte delle formazioni partigiane (era di simpatie politiche repubblicane) ma non ne parlava; se chiamava al telefono gli impiegati pretendeva di essere riconosciuto anche non presentandosi. Per 27 anni l'Enpam andò avanti grazie a questo rullo compressore che all'inizio governava una ventina di dipendenti, tutti "entrati" per concorso pubblico. E l'Enpam si ingrandì. Ci furono assunzioni ma soprattutto iniziative "rivoluzionarie". Praticamente la "previdenza" non funzionava: il "professore" si trovò a dover contere solo i pochi versamenti ambulatoriali. Decise di agire favorendo la creazione di fondi di Previdenza con i "conti personali" che fece evolvere verso veri e propri Fondi. Nello stesso tempo favorì la nascita e lo sviluppo del patri-monio e lanciò il mutuo per i medici: vi aderirono, quasi subito, in 18mila e De Luca, soddisfatto, s'inventò la "rata indicizzata". Nel 1985, a 66 anni, fiero per quanto aveva fatto, lasciò l'Enpam e la "Fiat 126" che usava per gli spostamenti. Rimane il commosso e riconoscente ricordo di coloro che hanno lavorato e vissuto accanto a lui che si sono raccolti, per l'ultimo saluto, nella chiesa romana di San Roberto Bellarmino. Alla moglie Erminia Carapella, primario pediatra docente universitario e ai tre figli le condoglianze de Il Giornale della Previdenza. Un'altra bella storia dell'Enpam si è conclusa.

G. Gris

## Consiglio di Amministrazione

Prof. **Eolo G. PARODI** (Presidente)

Dott. **Alberto OLIVETI** (Vice Presidente Vicario)

Dott. **Giovanni P. MALAGNINO** (Vice Presidente)

CONSIGLIERI: Dott. **Eliano MARIOTTI** • Dott. **Alessandro INNOCENTI**

Dott. **Arcangelo LACAGNINA** • Dott. **Antonio D'AVANZO** • Dott. **Luigi**

**GALVANO** • Dott. **Giacomo MILILLO** • Dott. **Francesco LOSURDO**

Dott. **Salvatore Giuseppe ALTOMARE** • Dott.ssa **Anna Maria CALCAGNI**

Dott. **Malek MEDIATI** • Dott. **Stefano FALCINELLI** • Dott. **Roberto LALA**

Dott. **Angelo CASTALDO** • Dott. **Giuseppe RENZO** • Dott.ssa **Francesca**

**BASILICO** • Dott. **Giovanni DE SIMONE** • Dott. **Giuseppe FIGLINI**

Dott. **Francesco BUONINCONTI** • Prof. **Salvatore SCIACCHITANO**

Dott. **Emmanuele MASSAGLI** • Dott. **Pasquale PRACELLA**

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

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

**Editore:** Fondazione ENPAM

### DIREZIONE E REDAZIONE

Via Torino, 38 - 00184 Roma

**giornale@enpam.it**

**Direttore:** EOLO PARODI

**Direttore responsabile:** GIULIANO CRISALLI

### PROGRAMMAZIONE E COORDINAMENTO REDAZIONALE

**Carlo Ciocci**

email: c.ciocci@enpam.it

### CULTURA

**Claudia Furlanetto**

email: c.furlanetto@enpam.it

### CONGRESSI, CONVEGNI E CORSI

### ARCHIVIO E DOCUMENTAZIONE

**Andrea Meconcelli:** Tel. 06 48294513

Fax 06 48294260/793

email: congressi@enpam.it

### SCIENZA E SOCIETÀ

**Andrea Sermoniti**

email: andrea.sermoniti@gmail.com

### SEGRETERIA DI REDAZIONE

**Paola Boldregghini:** Tel. 06 48294258 - Fax 06 48294260

email: giornale@enpam.it

**Foto:** Archivio ENPAM - THINKSTOCK

**MENSILE - ANNO XVI - N. 8  
DEL 21/09/2011  
Di questo numero sono  
state tirate 451.941 copie**

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

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

# Servizio Accoglienza Telefonica

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

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

## NOTIZIE FLASH

### Quota A - pagamento contributi 2011

Il 30 settembre scade la terza rata del contributo di Quota A. **In caso di smarrimento o mancato ricevimento** dell'avviso di pagamento deve essere tempestivamente inoltrata ad Equitalia Esatri S.p.A. tramite fax al n. **02.6416.6617** o all'indirizzo e-mail [taxtel@equitaliaetr.it](mailto:taxtel@equitaliaetr.it) un'apposita richiesta di duplicato completa di nome, cognome, codice fiscale, indirizzo, recapito telefonico dell'iscritto, accompagnata da copia di un documento di identità in corso di validità.

Gli **utenti registrati** nell'area riservata del sito [www.enpam.it](http://www.enpam.it) possono reperire direttamente tale duplicato dei bollettini RAV. In questo caso il pagamento potrà essere effettuato **esclusivamente** presso gli Istituti di Credito oppure con carta di credito mediante il servizio TAXTEL:

– via telefono al n. 800.191.191

– via internet al sito [www.taxtel.it](http://www.taxtel.it).

### Quota B - redditi professionali 2010

**Mancato ricevimento modello D personalizzato:** coloro che non sono in possesso del modello D personalizzato, possono utilizzare il “*modello D generico*” disponibile sul sito [www.enpam.it](http://www.enpam.it), presso la sede dell'E.N.P.A.M. in Roma o presso l'Ordine provinciale di appartenenza.

**Ritardata presentazione modello D:** in caso di invio del modello D oltre il termine del **31 luglio 2011**, ovvero – cadendo questo di domenica – entro il **1° agosto**, è prevista l'applicazione di una sanzione in misura fissa pari a **euro 120,00**.

**Ricevimento del bollettino MAV:** coloro che hanno inviato la dichiarazione (modello D) entro il 31 luglio, ovvero entro il 1° agosto, riceveranno il bollettino MAV precompilato con scadenza 31 ottobre. Coloro che, invece, hanno presentato tale dichiarazione successivamente 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.

Gli **utenti registrati** presso il portale [www.enpam.it](http://www.enpam.it) possono stampare dall'Area riservata i duplicati dei bollettini MAV già emessi a loro carico.

**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

#### Medici pensionati ancora iscritti all'Albo

La variazione dell'indirizzo di residenza deve essere comunicata 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](http://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.

#### 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](http://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.

#### 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](http://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.

#### 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](http://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.

### 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

