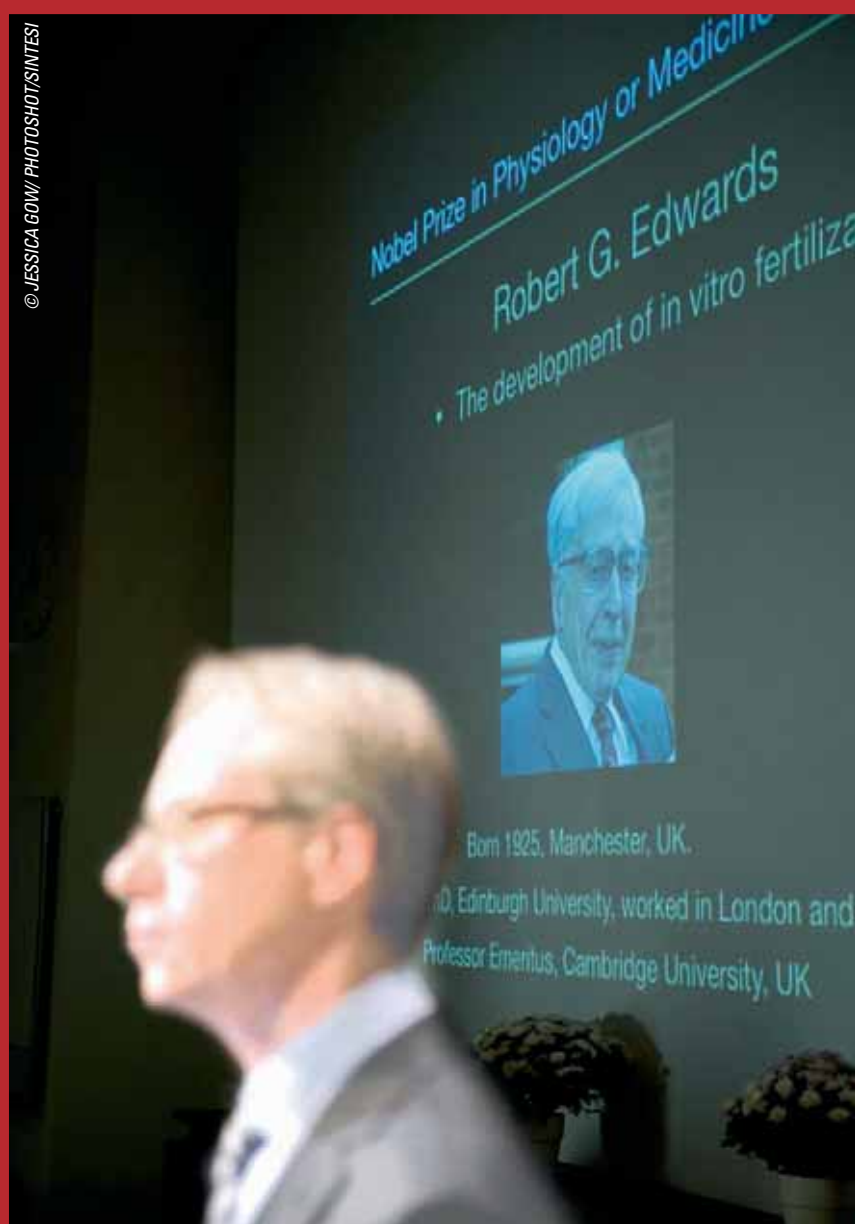


IL GIORNALE DELLA **Previdenza** dei Medici e degli Odontoiatri

© JESSICA GOW/ PHOTOSHOT/SINTESI



Sullo schermo la foto di Robert Edwards, Premio Nobel per la medicina e la fisiologia 2010. L'annuncio, lo scorso 4 ottobre, è stato dato durante la Conferenza stampa presso il Karolinska Institutet

PARODI

Ancora una volta
emergenza

2

PREVIDENZA

Versante
contributivo

3

ENTI PRIVATI

Uno sguardo
al futuro

5

DISABILI

Riconoscimenti
pensionistici

8

ODONTOIATRI

“Un sorriso
per il Burundi”

19

periodico

DCOER0953 Omologato

Posteitaliane

un futuro di certezze.

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

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

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	Ancora una volta emergenza
3	Versante contributivo
4	Edwards, Nobel per la medicina
5-7	Enpam, uno sguardo al futuro
8	Previdenze per chi assiste un disabile
9	La gobba pensionistica si è avvicinata
10	Il congresso della Fimmg
11	Federspev
12-13	L'intervista/1: l'appendicectomia
14-15	L'intervista/2: la riabilitazione
16-17	L'intervista/3: il linfoma
18	Attualità, da Freud al libero arbitrio
19	L'Aio per il Burundi
20-21	Notizie
22-23	L'ospedale come un albergo
24	In campo contro l'invecchiamento
25	Rene policistico, le novità
26	Giovani e formazione
27	In agenzie
28-29	Salvati i minatori cileni
30-31	Terre des Hommes per i bambini

32-33	Vita degli Ordini
34	Se la coppia è in crisi
35	Italiani e libera professione
36-40	Congressi, convegni, corsi
41	Accadde a... Novembre
42-43	Radio Vaticana oggi
44-45	Medici illustri: Pietro Hispano
46-49	Recensioni libri
50	Biblioteca in ospedale
51	Cinema, Julia Roberts
52-53	Viaggi, la Road 66
54-55	Corrado Roselli, medico e violinista
56-57	Bronzino, pittura e potere
58	Mostre ed esposizioni in Italia
59	Arte, San Maurizio a Milano
60-61	Lettere al Presidente
62	Filatelia
63	L'avvocato
64	Premio "I Guidoniani"

BORSA DI STUDIO IN MEMORIA DI MARIA BONINO

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Valle d'Aosta bandisce un concorso per l'assegnazione di una Borsa di Studio annuale in memoria della Dott.ssa Maria Bonino deceduta in Africa nell'espletamento dei suoi doveri professionali. La Borsa di Studio è indirizzata ai giovani medici che presentano lavori di ricerca, quali ad esempio tesi di laurea e/o di specializzazione, sulle problematiche sanitarie più rilevanti come le malattie infettive e la malnutrizione nella popolazione materno-infantile nei Paesi in Via di Sviluppo. Possono partecipare al concorso tutti gli iscritti da non più di sei anni dalla data del presente bando agli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri d'Italia. I predetti requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine utile per la partecipazione al bando di concorso.

I candidati al premio dovranno far pervenire entro e non oltre il 31/12/2010 all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Valle d'Aosta – Corso Lancieri d'Aosta, 5 – 11100 AOSTA: Domanda in carta semplice (l'Ordine ha realizzato un modulo di partecipazione); Copia del lavoro di ricerca (es. tesi di laurea e/o di specializzazione); Curriculum universitario; Documentazione di pregresse esperienze personali di cooperazione in progetti sanitari nei Paesi in via di Sviluppo.

Informazioni:

Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della Valle d'Aosta

Ordre des medecins chirurgiens et des odontologistes de la Vallee d'Aoste

Corso Lancieri d'Aosta 5 - 11100 Aosta Tel. 0165/32953 - Fax 0165/31134

e-mail: segreteria@omceo.vda.it - www.omceoasta.altervista.org

Ancora una volta emergenza



di **Eolo Parodi**

Continuano a vari livelli, spesso nelle maniere più subdole, le “voglie” di vederci non più liberi, né autonomi, né privati. Si vorrebbe ritornare così non solo al settore pubblico ma, ancora una volta, alla cultura del pubblico. Oggi siamo nelle condizioni di non poter investire, di non poter acquistare o dismettere; perciò siamo nell'impossibilità di fare quello che deve essere il nostro dovere. Rivolgo, perciò, un appello a tutti gli Enti cosiddetti privatizzati affinché, insieme, si prendano sì de-

cisioni difensive, ma nello stesso tempo offensive, in qualsiasi settore: una strategia comune deve governarci! L'accavallarsi di pericolosi episodi contro gli Enti privati ci preoccupa perché indica, anche, che la crisi non è finita. Perciò dobbiamo assumere atteggiamenti che aiutino concretamente i nostri Enti previdenziali, ma nello stesso tempo la nostra Italia. Del resto abbiamo già dimostrato, in ogni occasione, quanto l'avvenire dell'Enpam sia per noi legato al Paese. Per fornire una testimonianza di questa nostra trasparente chiarezza portiamo l'esempio dell'acquisto di un miliardo di euro di Titoli di Stato e, come non bastasse, ricordiamo la nostra grossa presenza nel Fondo investimenti pubblici, eccetera, eccetera, eccetera. Noi facciamo il nostro dovere e cerchiamo di farlo nella maniera più visibile e più giusta. Adesso, però, tocca ai nostri “dirimpettai”. •





di Alberto Oliveti (*)

Versante contributivo

Sostengo da tempo che il versante contributivo sia fondamentale per la tenuta dei bilanci della Fondazione e che necessiti di un'attenzione particolare da parte di chi è delegato all'esercizio della politica professionale in nome dell'interesse comune perché è un ponte che collega il lavoro e la previdenza.

È appunto dal lavoro, tramite le sue normative ed i suoi contratti, che si determina l'entità del flusso contributivo destinato obbligatoriamente alla previdenza ed è per questo che difficoltà lavorative individuali, collettive o generazionali possono pesantemente inficiare il futuro post lavorativo dei contribuenti.

È un preciso interesse degli attuali iscritti attivi e pensionati della Fondazione che la prossima generazione di medici ed odontoiatri guadagni di più e prima possibile dato che nella stabilità del patto generazionale starà poi a questi ultimi, con i contri-

buti del proprio lavoro, garantire i diritti previdenziali ed assistenziali acquisiti da chi ne ha diritto.

Le politiche professionali delle categorie mediche ed odontoiatriche si dovrebbero orientare a questa esigenza fondamentale, facilitando l'avvio professionale dei giovani e favorendo l'attrazione dei contributi previdenziali derivanti dall'esercizio professionale alla Cassa di riferimento, come la questione specializzando a cavallo tra Inps ed Enpam dimostra. Interesse comune è che esista una politica professionale sensibile alla questione, e in occasione dell'ultimo rinnovo degli organi rappresentativi della Fondazione Enpam, tale sensibilità è stata riscontrata sia tra componenti ordinarie che sindacali preoccupate dai riflessi sul sistema previdenziale dell'aumento insostenibile delle aspettative di vita, della crisi economico finanziaria, del ritardato ingresso professionale e della "volatilità" politica con i suoi riflessi sulle regole specifiche di riferimento previdenziale.

L'invecchiamento generale della popolazione sicuramente produrrà un maggior uso e consumo di tutto quello che è offerta sanitaria.

Appare vitale per l'equilibrio Enpam che da ogni prestazione sanitaria scaturiscano contributi previdenziali individuali, per cui, oltre al fondamentale mantenimento dell'obbligo contributivo per tutti gli iscritti agli Ordini, una particolare attenzione va posta all'abusivismo sanitario medico ed odontoiatrico, alla piaga dell'evasione fiscale, alle deviazioni sul sociale di prestazioni originariamente sanitarie ed alle forme di esercizio professionale che eludano appunto tale contribuzione individuale.

L'esercizio sanitario in forme societarie se non preventivamente gestito dal punto di vista strettamente previdenziale può essere elemento di riduzione dei flussi contributivi individuali.

La storia del Fondo dei convenzionati esterni poi diventato dell'accreditamento lo testimonia: se non ci sono flussi contributivi individuali legati ai volumi di attività professionale svolta, la tenuta del Fondo va in crisi irreversibile.

Le nuove frontiere della professione, la medicina molecolare rigenerativa, la predizione genomica, possono aprire spazi a flussi di capitale destinati al lecito profitto, che dovremo però collegare agli obblighi

previdenziali a garanzia degli operatori medici del settore.

Una doverosa attenzione va rivolta al rischio di marginalizzazione della componente medica a favore di professionalità sanitarie o tecniche specifiche nell'evoluzione scientifica della componente strumentale od operativa di supporto alla professione.

La stessa fornitura diretta di fattori produttivi professionali a carico di Aziende sanitarie, riducendo di fatto il monte compensi globale, può ridurre i flussi di contributi professionali.

In occasione della riforma dello Statuto della Fondazione, che dovremo nei prossimi tempi affrontare, è secondo me tempo che si apra una discussione oltre che sulla questione dell'autonomia della componente odontoiatrica anche sull'ipotesi di inclusione delle nuove professionalità sanitarie nella galassia Enpam, magari con Fondi specifici gestiti col metodo contributivo, che amplino la massa finanziaria critica a disposizione della Fondazione per praticare evidenti economie di scala ed avere maggiore peso di rappresentatività.

Nel nostro sistema che si basa su una gestione finanziaria prevalentemente a ripartizione, il patto tra generazioni è una priorità che va tutelata con politiche lungimiranti e va supportato con flussi contributivi adeguati. •

(*) Vice Presidente vicario

Il Nobel 2010 per la medicina alla "cicogna di vetro"

di Luciano Sterpellone

Con malcelato orgoglio apprendiamo che il prestigioso Premio Nobel 2010 per la Medicina è stato assegnato a Robert G. Edwards, Professor Emeritus della Cambridge University, del quale abbiamo ampiamente parlato sul Giornale della Previdenza. E' una felice coincidenza che ci dà ora modo di aggiungere qualche breve aggiornamento a quanto già detto.

Come si ricorderà, le esperienze che hanno portato alla realizzazione del metodo di fecondazione *in vitro* (IVF), furono condotte da Edwards in stretta collaborazione con Patrick Steptoe, al quale non è stato purtroppo legittimo assegnare (per regolamento) la metà del Premio essendo questi deceduto nel 1988.

Si ricorda in breve che i due ricercatori inglesi raccolsero le secolari esperienze di precedenti studiosi che, soprattutto per le indisponibilità tecniche del momento, avevano dato risultati poco soddisfa-



Il prof. Robert G. Edwards

centi. Il loro primo merito è stato di aver impostato le indagini su solide basi scientifiche: tentarono dapprima di fecondare (con spermatozoi provenienti dai rispettivi partner) ovuli prelevati da donne previamente trattate con ormoni, riuscendo poi a farli maturare sino allo stadio di blastocisti. Solo allora decisero di iniziare la sperimentazione *in vivo*.

Considerando gli insuccessi riportati da alcuni ricercatori australiani di

"maturare" l'ovulo da impiantare nell'utero, pensarono di utilizzare ovuli già maturi: uno di essi, prelevato alla signora Lesley Brown, di trent'anni, e fecondato *in vitro* con il liquido seminale del marito, mostrò due giorni dopo che la fecondazione era avvenuta. Impiantarono allora l'embrione nell'utero materno.

La gravidanza procedette regolarmente, e l'amniocentesi confermò che il feto stava sviluppandosi normalmente. Ma per non correre troppi rischi, alla fine dell'ottavo mese si decise per il taglio cesareo. E verso la mezzanotte del 25 luglio 1978 un lungo vagito echeggiò nel grande General Hospital di Ol-

dham, vicino a Manchester: era nato il primo "bambino in provetta", anzi una bella bambina di 2 chili e 600 grammi di nome Louise.

Dopo la non meno clamorosa nascita di un altro frutto della procreazione assistita, Candice Reed (Australia), due anni dopo vennero registrate a Melbourne 13 gravidanze (delle quali una gemellare) tra le 103 donne sottoposte al metodo di Edwards e Steptoe. In Italia saranno le telescriventi dell'Ansa ad annunciare alle 19 dell'11 gennaio 1982 la nascita di Alessandra Abbisogno, portata dalla "cicogna di vetro" in una clinica privata di Napoli.

Poi pian piano queste nascite persero il sapore dell'eccezionalità: e dei bambini portati alla luce dalla "cicogna di vetro" si cominciò a perdere il conto. Anche in virtù dei miglioramenti apportati al metodo, si calcola che la "cicogna di vetro" ha portato al mondo non meno di quattro milioni di bambini. Infine, di recente è stata definitivamente dimostrata l'infondatezza del sospetto che i bambini nati con la fecondazione artificiale siano esposti più degli altri a malattie e malformazioni. Proprio in coincidenza dell'assegnazione del premio i giornali hanno pubblicato la foto di una florida ragazza con in braccio un bel bambino: è proprio lei, Louise Brown, che mostra orgogliosa il suo primo nato. •

Il 25 luglio 1978 nasce il primo "bambino in provetta", una femminuccia di 2 chili e 600 grammi di nome Louise

Enti privati, uno sguardo al futuro

di Ernesto Del Sordo (*)

L'art. 1, comma 763, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007), ha modificato il disposto dell'art. 3, comma 12, della legge 335/1995, introducendo novità di rilievo sulla sfera di autonomia normativa riconosciuta agli Enti di previdenza privati e sui controlli cui gli stessi sono sottoposti da parte degli Organi vigilanti.

In particolare, gli Enti sono tenuti ora a ricondurre la stabilità delle gestioni entro un arco temporale più ampio, pari a trent'anni in luogo dei previgenti quindici. Nel contempo, il loro potere di intervento normativo è stato svincolato dalla precedente preordinata casistica per essere riferito a tutti "i provvedimenti necessari per la salvaguardia dell'equilibrio finanziario di lungo termine", da emanarsi tenendo conto delle risultanze del bilancio tecnico, redatto secondo criteri uniformi determinati con decreto del Ministro del Lavoro di concerto con il Ministro dell'Economia.

Il decreto ministeriale 29 novembre 2007, che ha dato attuazione a quanto previsto dal citato comma 763, allo scopo di raccogliere maggiori informa-



zioni sull'andamento delle gestioni nel lungo termine, ha, preliminarmente, prescritto una proiezione dei dati per cinquant'anni, fermo restando comunque l'arco temporale dei trent'anni previsto in finanziaria per accertare la stabilità delle gestioni.

Il provvedimento, inoltre, ha regolamentato tutti gli aspetti inerenti la redazione dei bilanci tecnici: periodicità, ampiezza del periodo di valutazione, criteri per la verifica della stabilità, ipotesi economiche, demografiche e finanziarie, indicatori, modalità di rappresentazione dei risultati. Nel dettaglio, l'art. 3 del Decreto ha fornito le seguenti indicazioni in ordine all'adozione delle basi tecniche utili ai fini della redazione dei bilanci:

a) andamento della numerosità della collettività degli attivi: in linea con lo

sviluppo dell'occupazione complessiva a livello nazionale;

b) andamento del reddito medio imponibile: in linea con lo sviluppo della produttività media del lavoro a livello nazionale;

c) probabilità di morte: stimate sulla collettività degli iscritti all'Ente e aggiornate nel tempo in funzione dell'aumento atteso della speranza di vita, valutato secondo criteri di prudenzialità sulla base delle indicazioni desumibili dall'esperienza passata. In ogni caso detto aumento non può essere inferiore a quanto ipotizzato dalle più recenti previsioni Istat relative alla popolazione italiana;

d) tasso di redditività del patrimonio, al netto degli oneri fiscali e gestionali: determinato in base a criteri prudenziali ed in funzione del rendimento me-

dio delle attività degli Enti realizzato nell'ultimo quinquennio. In ogni caso il tasso di redditività non può essere superiore al tasso di interesse adottato per la proiezione del debito pubblico nel medio e lungo periodo.

Per la redazione dei bilanci tecnici della Fondazione al 31 dicembre 2006, commissionati dall'Ente, l'attuario ha preso in considerazione i parametri sopraindicati; tuttavia per quanto riguarda il parametro di cui al punto b) (andamento del reddito medio imponibile) è stato tenuto conto, in analogia con quanto è stato fatto dagli attuari anche per le altre Casse, del reddito medio proprio della categoria medica congiuntamente al reddito medio imponibile di tutte le categorie. E' stata, infatti, ritenuta inappropriata la fissazione estremamente rigida di un unico parametro avulso dal contesto professionale, per sintetizzare l'evoluzione reddituale di categorie tra loro molto differenti per sviluppo di carriere, capacità economiche, suddivisione per fasce di età, ecc. Il tasso di rendimento ipotizzato nel cinquantennio è stato scelto, come indicato nell'art. 3, comma 1, del Decreto in relazione al tasso medio di rendimento realizzato sul patrimonio dell'Enpam nel quinquennio 2003-2007 (pari al 2,1%), calcolato al netto degli oneri patrimoniali e

(continua a pag. 6)

(segue da pag. 5)

finanziari e delle imposte. I risultati delle elaborazioni attuariali effettuate al **31 dicembre 2006**, riportati nella tabella a fondo pagina, evidenziano gli anni in cui i saldi assumono valore negativo.

Come è dato rilevare dalle esposizioni di cui sopra, la previgente prescrizione quindicennale dell'equilibrio dei fondi è sostanzialmente rispettata con la sola eccezione del Fondo degli Specialisti Esterni. Tale positivo risultato è da ascrivere alla tempestiva adozione dei correttivi introdotti nell'anno 2004 dalla Fondazione.

Con riferimento, invece, all'arco temporale dei trent'anni per la verifica della stabilità delle gestioni, introdotto, senza una gradualità applicativa, dalla legge finanziaria 2007, emerge che la situazione economico-finanziaria dei Fondi non presenta problemi di stabilità nel breve periodo (sempre escluso il Fondo degli Specialisti Esterni), mentre nel medio-lungo periodo si evidenziano talune criticità

La situazione economico-finanziaria dei Fondi non presenta problemi di stabilità nel breve periodo

che determinano l'esigenza di introdurre correttivi al sistema di raccolta dei mezzi finanziari e di determinazione delle prestazioni, nell'ottica di rispettare le vigenti prescrizioni di legge.

A tale proposito è utile rappresentare che il Decreto ministeriale 29 novembre 2007 non indica esplicitamente a quale parametro si debba far riferimento per determinare l'effettiva situazione di squilibrio finanziario dei Fondi. Qualora si dovesse utilizzare il saldo previdenziale ovvero il saldo totale come indicatore di stabilità, evidentemente le risultanze darebbero conto di una situazione di maggiore criticità. E' apparso, perciò, subito necessario promuovere un utile confronto con i Ministeri vigilanti per convenire che il parametro di riferimento per valutare l'equilibrio delle gestioni è quello re-

lativo al saldo complessivo.

In buona sostanza un fondo è in equilibrio sino a che il patrimonio è in grado di coprire eventuali saldi previdenziali negativi. Solo la strutturale incapacità del patrimonio accumulato di garantire l'erogazione delle prestazioni per il prescritto trentennio determina una reale situazione di insolvenza delle gestioni.

Da contatti già intercorsi con i Ministeri vigilanti sono emerse indicazioni rassicuranti nel senso che la stabilità delle gestioni può essere valutata con riferimento alla consistenza patrimoniale (saldo complessivo), anche se deve essere assicurato che negli anni in cui si fa ricorso al patrimonio per l'erogazione delle prestazioni lo stesso deve, comunque, garantire la prescritta riserva legale delle cinque annualità della spesa pensionistica.

In relazione a tale ultima condizione, atteso che le proiezioni attuariali sulla consistenza del patrimonio sono riferite al costo storico degli immobili, occorre assumere ogni utile ulteriore iniziativa nei confronti dei Ministeri per convenire che negli anni di saldi previdenziali negativi il patrimonio, al solo fine di verificare che sia garantita la riserva legale, sia considerato, se non a valore commerciale, almeno a valore di realizzo.

Per quanto sopra ed in considerazione che nei prossimi anni la spesa previdenziale è destinata a crescere in misura consistente, sia per la composizione anagrafica degli iscritti (gobba previdenziale) che per l'incremento dell'aspettativa di vita, è, comunque, necessario individuare idonei interventi che da un lato dovranno assicurare l'equilibrio delle gestioni nel rispetto delle prescrizioni legislative e dall'altro non dovranno trascurare l'esigenza di continuare a garantire un accettabile grado di adeguatezza delle prestazioni.

Fondi di previdenza E.N.P.A.M.	Saldo Previdenziale	Saldo Totale	Saldo Complessivo
Fondo Generale "Quota A"	2020	2021	2030
Fondo della Libera Professione	2025	2028	2044
Fondo Medici di Medicina Generale	2021	2021	2030
Fondo Specialisti Ambulatoriali	2020	2021	2029
Fondo Specialisti Esterni	2007	2007	2010
Il saldo previdenziale è dato da Contributi – Pensioni. Il saldo totale è dato da totale Entrate - totale Uscite. Il saldo complessivo è comprensivo del patrimonio.			

La scelta della privatizzazione a suo tempo operata, se da un lato ha consentito all'Enpam di non essere coinvolto nelle difficoltà finanziarie in cui già da tempo versa il sistema pubblico, dall'altro ha imposto di porre in essere un serio e costante monitoraggio delle gestioni e l'adozione responsabile e tempestiva delle necessarie misure di stabilizzazione in quanto l'ente previdenziale privato non può attingere risorse economiche dalla fiscalità pubblica.

Il quadro giuridico entro il quale la Fondazione può muoversi è quello costruito dal legislatore con il decreto legislativo n. 509/1994.

Le disposizioni vigenti ci consentono tuttora di continuare a gestire la previdenza di categoria con il sistema di calcolo retributivo/reddituale.

Dal 1996, invece, per la previdenza pubblica è stato introdotto il metodo di calcolo contributivo. Tale metodo, più garantista dell'equilibrio delle gestioni produce, com'è noto, prestazioni meno adeguate riducendo sensibilmente il tasso di sostituzione.

Come ente privato anche l'Enpam potrebbe, peraltro, passare al metodo di calcolo contributivo. Si potrebbero adottare gli stessi parametri già in uso nel sistema pubblico ovvero gli stessi potrebbero essere conformati alla realtà della Fondazione, in base alla più ampia autonomia normativa riconosciuta dal

Perdurante criticità economico-finanziaria della gestione del Fondo specialisti esterni

comma 763 della finanziaria 2007. Ove le rivalutazioni da applicare ai singoli montanti contributivi degli iscritti fossero riferite al rendimento del patrimonio della Fondazione, certamente si garantirebbe l'equilibrio delle gestioni nel lungo periodo.

Dovendo, però, applicare il criterio del pro-rata, i positivi effetti dell'iniziativa si manifesterebbero solo in anni successivi a quelli nei quali è prevista la gobba previdenziale per cui, in concomitanza, andrebbero comunque adottati ulteriori interventi parametrici sull'attuale sistema di calcolo. L'opzione per il metodo contributivo determinerebbe, peraltro, come già sopra evidenziato, negative ricadute in ordine all'adeguatezza delle prestazioni future.

L'attuale orientamento della Fondazione è, dunque, quello di agire con interventi di tipo parametrico sul vigente sistema retributivo reddituale.

Tale scelta, peraltro, nella realtà Enpam è confortata dalle seguenti considerazioni:

- il sistema reddituale tuttora vigente è più virtuoso di quello già in uso negli Enti pubblici perché calcola le prestazioni sui compensi dell'intera vita lavorativa;
- il consistente patrimonio

dell'Ente consente di diluire nel tempo ogni utile correttivo.

Il progetto di riordino delle gestioni dovrà, quindi, essere fondato su interventi che riguardano essenzialmente:

- l'innalzamento progressivo delle aliquote contributive;
- l'incremento delle aliquote di rendimento nella misura massima consentita;
- l'elevazione dell'età pensionabile;
- la ridefinizione delle penalizzazioni e delle maggiorazioni delle prestazioni da applicarsi in caso di pensionamento ad età diversa da quella di vecchiaia.

Considerate le specifiche esposizioni delle singole gestioni, le riforme dovranno essere calibrate con interventi mirati, più o meno incisivi, su alcuni o su tutti i parametri sopra indicati, al fine di assicurare, comunque, la prescritta stabilità trentennale, fatta salva la possibilità di supportare con il patrimonio solo eventuali temporanee situazioni di squilibrio del saldo previdenziale.

Per quanto attiene, invece, al Fondo Specialisti Esteri non può che ribadirsi la perdurante criticità della situazione economico-finanziaria della gestione. Le più recenti esposizioni, peraltro, danno conto di un

lieve miglioramento dei saldi di gestione, da ascrivere all'introduzione dell'obbligo per le società accreditate di versare i contributi a favore degli specialisti esterni, ai sensi dell'art. 1, comma 39, della legge n. 243/2004.

La prescritta stabilità resta, comunque, condizionata al favorevole evolversi del contenzioso giudiziario in essere con le società obbligate al versamento del contributo, nonché ai positivi riflessi connessi all'adozione del metodo contributivo per il calcolo delle prestazioni, deliberato dal Consiglio di Amministrazione con provvedimento n. 14 del 27 febbraio 2009, tuttora all'approvazione dei Ministeri vigilanti.

Delineato in breve il quadro dell'attuale situazione dei Fondi di previdenza gestiti dall'Enpam ed indicate, altresì, alcune ipotesi tecniche di lavoro che, peraltro, non esauriscono il ventaglio dei possibili interventi, occorrerà quanto prima definire le linee operative per dare concreto avvio al percorso di riordino e di omogeneizzazione della disciplina regolamentare delle gestioni. Ai sensi della vigente normativa le misure di stabilizzazione dovranno, comunque, essere valutate con riferimento ai dati dei bilanci tecnici al 31 dicembre 2009, di prossima acquisizione. •

(*) *Vice Direttore generale Enpam*

Riconoscimenti pensionistici per chi assiste un disabile

di Claudio Testuzza

Dopo una lunga gestazione nella Commissione lavoro della Camera dei deputati, l'Assemblea di Monte Citorio ha approvato un disegno di legge che introduce misure in favore dei lavoratori che assistono persone disabili. Il testo approvato (ora atto S. n. 2206) passa, adesso, alla valutazione del Senato. Ricostruendo la storia di questa iniziativa, che ha avuto nell'onorevole Terecio Delfino uno dei maggiori sostenitori, si deve rilevare che il testo originario, in discussione a fine 2009, è stato sostanzialmente innovato, assorbendo, peraltro, altri testi di disegni di legge presentati da altri deputati, ed ha avuto significative modifiche soprattutto verso gli eventuali beneficiari e nelle specifiche norme di riflesso previdenziale. Il testo originario indicava, infatti, in tutti i lavoratori i possibili fruitori della norma che dava un'anticipazione temporale del pensionamento e inoltre un'anzianità figu-

rativa di due mesi per ogni anno di contribuzione effettiva, per un massimo di quattro anni, purché versata in costanza di assistenza al familiare disabile. Il testo, approvato a fine maggio, modifica sostanzialmente i criteri prima indicati. Il disegno di legge estende ai familiari dei disabili quanto già previsto dall'articolo 72 del D.L. 112/2008 (legge n. 133), articolo che concede, per gli anni 2009, 2010 e 2011, solamente al personale in servizio presso le amministrazioni dello Stato, anche ad ordinamento autonomo, le Agenzie fiscali, la Presidenza del Consiglio dei Ministri, gli Enti pubblici non economici, le Università, le Istituzioni ed Enti di ricerca nonché gli enti di cui all'articolo 70, comma 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, di poter chiedere di essere esonerato dal servizio nel corso del quinquennio antecedente la data di maturazione della anzianità massima contributiva di 40 anni, ma escludendo dal beneficio altri dipendenti pubblici, quali quelli della

scuola e i dipendenti degli enti locali e della sanità. Per i beneficiati, ricordiamo che la legge n. 133 prevede che, durante il periodo di esonero dal servizio spetti un trattamento pari al cinquanta per cento di quello complessivamente goduto al momento del collocamento nella nuova posizione. Inoltre, ove durante tale periodo il dipendente svolga, in modo continuativo ed esclusivo, attività di volontariato, opportunamente documentata e certificata, presso organizzazioni non lucrative di utilità sociale, associazioni di promozione sociale, organizzazioni non governative che operano nel campo della cooperazione con i Paesi in via di sviluppo, la misura del trattamento economico è elevata dal cinquanta al settanta per cento. Il provvedimento, approvato dalla Camera e ora trasferito al Senato, indica proprio che la misura del trattamento economico pari al settanta per cento del trattamento complessivamente goduto, per competenze fisse e accessorie, al momento del collocamento nella nuova posizione, venga esteso anche ai dipendenti che si dedichino all'attività di cura e di assistenza di familiari disabili in condizione di totale ina-

bilità lavorativa, aventi una percentuale di invalidità uguale al 100 %, che assume connotazione di gravità e che il beneficio operi per tutto il 2012. Il disegno di legge allarga la platea degli eventuali beneficiari, in via sperimentale per il triennio 2010-2012, anche alle lavoratrici e ai lavoratori dipendenti o autonomi del settore privato, iscritti alle gestioni dell'Istituto nazionale di previdenza sociale (Inps), che si dedicano alla cura e all'assistenza di familiari disabili in condizione di totale inabilità lavorativa. Per essi è riconosciuto, su richiesta, il diritto all'erogazione anticipata del trattamento pensionistico. Il diritto viene riconosciuto, a fronte di un periodo di costanza di assistenza al familiare convivente disabile pari almeno a diciotto anni, ai lavoratori che abbiano compiuto il sessantesimo anno di età e alle lavoratrici che abbiano compiuto il cinquantacinquesimo anno di età, a seguito del versamento e dell'accREDITO di almeno venti annualità di contributi previdenziali. La Camera dei deputati accorgendosi che, comunque, l'importante provvedimento avrebbe escluso una gran parte dei dipendenti pubblici ha approvato un ordine del giorno, bipartisan, che da mandato al Governo di conseguire l'obiettivo dell'estensione dei benefici, anche a questi dipendenti, superando l'evidente disparità. •

Il diritto viene riconosciuto ai lavoratori che abbiano compiuto il 60° anno di età e alle lavoratrici che abbiano compiuto il 55° anno di età

La gobba pensionistica si è avvicinata

La crisi finanziaria che ha colpito tutto il mondo, e anche l'Italia, ha determinato un evidente calo del prodotto interno in tutti i paesi economicamente avanzati.

In Italia nel 2008 il Pil ha fatto registrare una crescita in termini nominali positiva dell'1,8 per cento, ma in termini reali negativa dell'uno per cento. Ed ancora peggiore è stato il 2009 con un meno 5,3 %. Questa condizione ha marcato riflessi sulla spesa pensionistica che mostra un evidente accelerazione della cosiddetta "gobba", ottima definizione del picco della spesa previdenziale rispetto al Pil. E se, in considerazione dei dati precedenti alla crisi la "gobba" era stata prevista intorno al 2035, appare, oggi, già arrivata.

Infatti dall'andamento dell'azienda Italia dipendono gli importi delle future pensioni contributive. L'intervento della legge "Dini", di stabilizzazione del settore, puntava e punta proprio sul cambiamento del metodo di calcolo della pensione che, già collegato agli importi stipendiali, (metodo retributivo), passa ad un sistema che si basa su tutti i contributi versati durante la vita lavorativa moltiplicati per un coefficiente di trasformazione che, oltre alla speranza di vita, è collegato proprio all'andamento del Pil reale.

Per effetto del crollo, la spesa previdenziale ha raggiunto, nel 2009 il livello del 15,4 per cento del Pil, con un incremento di circa il 4,3 % della spesa pensionistica, a fronte di un già elevato livello raggiunto nel 2007, con il 13,56 per cento, superato nel 2008 da un ancora più elevato livello attestatosi al 13,84 per cento. Ma il 15,5 % era previsto per il 2035, di conseguenza anche il rientro, al di sotto del 14 % (13,4 %), si è spostato in avanti di almeno dieci/quindici anni, anche qualora si dovesse avere la fortuna di una crescita del Pil reale di almeno l'1,5 % per tutto il futuro periodo.

Gli interventi legislativi che si sono succeduti negli ultimi anni cominciano, comunque, a dare i loro frutti. In particolare gli incrementi dei requisiti varati dalla numerose leggi succe-

dutesi nel tempo, specie quella del 2007, hanno determinato una riduzione delle uscite per i trattamenti di anzianità.

Nel 2009 sono state anche evidenziate due importanti situazioni originate da effetti contrastanti: l'indicizzazione delle pensioni ha raggiunto un aumento del 3,3 per cento, e si è assistito ad una tendenziale riduzione delle domande per andare in pensione per effetto delle nuove disposizioni previdenziali previste dal Governo Prodi con l'introduzione delle famose "quote", attive dal 1° luglio 2009. Il Nucleo di valutazione della spesa previdenziale prospetta che l'incremento della spesa pensionistica sarà mediamente dell'1,8 % e pertanto per mantenere stabile il rapporto fra spesa pensionistica e Pil, anche nei prossimi anni, occorrerà un tasso di crescita reale

dell'economia pari ad almeno l'1,8 % annuo, tasso di incremento medio già stimato per il triennio 2008 - 2010, ma che la crisi ha impedito di raggiungere.

Anche le più recenti riforme puntano a stabilizzare il settore. Riforme che si sono concretizzate, con la mini riforma del luglio 2009 che ha fissato a tre anni, dai precedenti dieci, la revisione dei coefficienti di trasformazione delle pensioni soggette al calcolo contributivo e con l'ultimo intervento in finanziaria che accanto alla "finestra mobile" ha agganciato, in automatico, l'incremento dei requisiti per la pensione alla speranza di vita.

E' da considerarsi, tuttavia, che anche questi interventi, come tutti gli altri precedenti, hanno avuto ed hanno lo scopo principale di tenere sotto controllo i conti ma non di scongiurare la riduzione dei futuri assegni che vede penalizzare soprattutto le giovani generazioni.

Tra qualche anno le pensioni viaggeranno attorno al 65/70 per cento dell'ultima busta paga. Poi ci sarà un'ulteriore riduzione che culminerà con livelli intorno al 50 % nel 2040. La pensione sarà metà dell'ultimo stipendio! A salvaguardare il potere di acquisto di milioni di pensionati dovrà pensarci una forte presenza di sistemi pensionistici complementari di cui, però, nel settore della pubblica dipendenza, non si vede ancora una nascita positiva. •

C. T.

CHE COSA È IL PIL

- È la produzione totale di beni e servizi dell'economia, diminuita dei consumi intermedi ed aumentata delle imposte nette sui prodotti, aggiunte in quanto componenti del prezzo finale pagato dagli acquirenti.
- Il PIL può essere misurato in termini reali o termini nominali. Misurare il PIL in termini nominali vuol dire misurarlo nel suo valore espresso in moneta attuale, ossia senza tener conto dell'adeguamento dei prezzi con l'inflazione. Esprimerlo in termini reali vuol dire depurarlo da eventuali variazioni dei prezzi.
- Il PIL reale, al contrario di quello nominale, può essere confrontato fra anni diversi.

Congresso Fimmg, cambiare la medicina generale

di Fiorenzo Corti

Con la rielezione di Giacomo Milillo alla segreteria nazionale, alla guida di un esecutivo rinnovato e composto da cinque vicesegretari, si è di fatto aperta una nuova stagione sindacale nella medicina generale.

Abbandonata definitivamente la politica degli slogan e dell'annuncio, prende il via un percorso impegnativo e complesso di coinvolgimento del sindacato a 360 gradi nella partita di riforma del welfare. La richiesta di Fimmg è stata in primo luogo rivolta al legislatore, alla necessità di un cambiamento delle regole attuali grazie a un provvedimento legislativo che permetta di liberare le potenzialità della medicina generale soprattutto in tema di gestione territoriale delle patologie croniche, attraverso lo sviluppo della medicina d'iniziativa, principale "Leitmotiv" del congresso appena concluso. Molto risalto è stato dato alla creazione di un ruolo unico contrattuale e al lavoro di squadra.

Il ruolo unico per trasfor-



mare gli attuali medici di famiglia, di guardia medica e della medicina dei servizi in un'unica figura professionale che preveda, all'inizio della carriera, un'attività oraria, con una riduzione della stessa a mano a mano che crescono le scelte dei pazienti che identifichino quel professionista come medico di fiducia.

Lo sviluppo del lavoro di squadra, tenendo conto del-

le diverse realtà regionali in cui si opera, per creare strutture associative supportate da società di servizio che vedano presenti personale amministrativo, sociosanitario e infermieri, con l'obiettivo di offrire ai cittadini servizi "organizzati" per le attività di prevenzione, per le cure domiciliari, per una gestione "efficace" delle patologie croniche.

Il congresso ha inoltre impegnato tutto il sindacato a ridisegnare il compenso del medico di medicina generale per giungere a una separazione della retribuzione dell'attività squisita-

mente clinica rispetto al rimborso dei fattori produttivi (attrezzature e soprattutto personale, di cui non si può fare assolutamente a meno). Ricordiamo che le attuali regole di fatto non permettono a tutti i medici di avere a disposizione personale di studio, se non a proprie spese.

Quello previdenziale è stato un altro tema "cool" di tutto il congresso. A tutti ormai è nota la curva demografica dei medici di medicina generale, gruppi sempre più numerosi i quali raggiungeranno a breve l'età pensionabile.

È previsto inoltre che il numero dei medici di medicina generale tenderà a diminuire.

"Abbiamo un ente solido che con il suo patrimonio e una corretta gestione può garantire la copertura delle pensioni anche nei momenti in cui ci sarà il ricambio più numeroso", queste le testuali parole tratte dalla relazione di Giacomo Milillo; ma è stato sottolineato come la sfida generazionale e un eccesso di regolamentazione possano avere ripercussioni importanti sul patrimonio e sul suo rendimento, per questo è stato chiesto al ministro Sacconi, presente al congresso in videoconferenza, di adoperarsi perché sia rispettata la natura privatistica della Fondazione Enpam e siano conservati e ulteriormente perfezionati i livelli di qualità gestionale che le sono stati riconosciuti. •

Trasformare gli attuali medici di famiglia, di guardia medica e della medicina dei servizi in un'unica figura professionale

La proposta: medico pensionato nel ruolo di educatore sanitario

Gli anziani, una categoria che meriterebbe maggiore stima e apprezzamento. Gli interventi auspicati: supporti sociali adeguati e valorizzazione del potere d'acquisto del reddito previdenziale mediante una defiscalizzazione graduata agganciata al progredire dell'età

di Marco Perelli Ercolini (*)

È stato detto che: "l'Italia è un Paese di vecchi, ma non per vecchi".

Grazie ad una buona sanità, a costi medio-bassi con risultati medio-alti (se non alti), a cure efficaci e ad una buona, se non ottima, prevenzione siamo diventati un Paese con grandi speranze di vita, secondo solo al Giappone. Ovvio che la gestione di una tale moltitudine di anziani comporta aspetti organizzativi complessi e costi sociali enormi per quella logica ed inevitabile maggior disabilità connessa all'età senile.

Ma... non sempre! Attenzione: "anziano" non vuol dire "vecchio".

Non solo cultura, esperienza e memoria (un patrimonio sovente ignorato e sottovalutato), l'anziano è uno (più che apprezzabile) scrigno economico: i famigerati "nonni", secondo una ricerca Ires Cgil, contribuiscono per 18,3 miliardi l'anno, ossia per l'1,2% del Pil, alla ricchezza della Nazione con il cosiddetto aiuto informale, badando ai nipotini e, o, impegnandosi in attività di volontariato. Il dato è stato ottenuto calcolando la quantità di tempo erogata dagli anziani per gli aiuti volon-



tari e informali e i costi orari per prestazioni equivalenti. Ancora, pur non essendo in attività, i pensionati rappresentano il 26,8% (dati 2007) dei contribuenti concorrendo all'incremento del gettito fiscale, come emerge da alcune elaborazioni effettuate da Nicola Quirino, docente di Finanza pubblica all'Accademia della Guardia di Finanza e alla Luiss (Libera Universi-

tà Internazionale degli Studi Sociali).

Una categoria di tutto rispetto che, in un Paese civile, meriterebbe maggiore stima e apprezzamento. Appare, a tutti, evidente che ciò non avviene. In questo scenario, la Feder.S.P.eV., la Federazione di sanitari (medici, farmacisti e veterinari) si adopera, pressoché solitaria, per la difesa della dignità e dei diritti eco-

nomici, peraltro abbondantemente pagati mediante fior di contributi a valore reale durante la vita lavorativa, del pensionato, nonché per il riconoscimento e la valorizzazione della sua posizione sociale.

Le nostre proposte?

Si potrebbe affidare al medico pensionato il ruolo di educatore sanitario per divulgare e promuovere corrette e sane abitudini per una migliore qualità della vita. E, inoltre, gli si potrebbe affidare un ruolo (perché no?) nella gestione dei Concorsi, evitando così verosimilmente clientelismi e nepotismi o, forte delle specifiche esperienze vissute, nel dirimere il contenzioso sanitario nella camera di mediazione che, l'anno prossimo, sarà obbligatoria prima di ogni eventuale azione giudiziaria per richiesta di danni. Infine, vogliamo indicare gli interventi, che riteniamo, ormai, indilazionabili: supporti sociali adeguati e valorizzazione del potere d'acquisto del reddito previdenziale mediante una defiscalizzazione graduata agganciata al progredire dell'età quando maggiori sono le difficoltà e i bisogni economici dei pensionati. •

(*) Vice presidente
vicario Federspev

Info: FEDER.S.P.EV.
(Federazione nazionale
sanitari pensionati e vedove)
tel. 06.3221087,
fax 06.3224385,
tel. ufficio stampa:
347.6843236
e-mail federspev@tiscalinet.it
www.federspev.it



Il prof. Rodolfo Vincenti è il direttore del Dipartimento di chirurgia del Fatebenefratelli di Napoli, Ente nel quale opera da trentasei anni. Attualmente è il presidente dell'Acoi, l'Associazione dei chirurghi ospedalieri italiani. Circa duecento pubblicazioni oltre ad un'intensa attività con l'Acoi in Medio oriente – Egitto, Libano, Giordania, Siria, Algeria – dove le strutture sanitarie di quei paesi vedono nei colleghi italiani un punto importante di riferimento per progredire nella loro, a volte difficile, attività professionale

ra e propria base sulla quale fondare la propria attività.

Appendicectomy laparoscopica: che cosa è emerso dalla consensus conference che avete recentemente svolto?

Innanzitutto è emerso il fatto che questa metodica viene utilizzata in Italia con frequenza differenziata: la percentuale di Unità di chirurgia che applica la tecnica laparoscopica per l'appendicectomy è del 50 % al Nord, 30 % al Centro e 40 % al Sud. Mediamente possiamo dire che nel 60 per cento dei casi si impiega la tecnica standard che certamente deve essere considerata come corretta, in quanto non tutte le appendicectomie possono giovare della laparoscopia. In linea di massima possiamo affermare che oggi – sulla base di 1700 voci bibliografiche analizzate e sentito il parere di un nutrito ed accreditato panel di esperti – mediamente le indicazioni alla laparoscopia sembrano essere da preferire all'accesso laparotomico. La Consensus conference ha quindi non solo espresso il suo parere sulla validità della metodica, ma anche correttamente sugli aspetti più propri della tecnica chirurgica. Insomma una serie di considerazioni tecniche offerte al chirurgo che sempre dovrà tener conto delle due opzioni: la chirurgia aperta e quella laparoscopica.

Appendicectomy laparoscopica, ecco le Linee guida

di Carlo Ciocci

L'Acoi ha recentemente dettato le Linee guida sull'appendicectomy laparoscopica...

Vorrei precisare che l'Acoi ha solo supportato la grande capacità di impegno e la professionalità scientifica che caratterizza il Gruppo di lavoro formato da colleghi più "giovani" della associazione ed ha la fortuna di sfruttarne l'ideazione e la determinazione a raggiungere i risultati attesi. L'elaborato, nella stesura definitiva, sarà doverosamente divulgato e sarà ospitato per la pubblica-

zione su riviste scientifiche internazionali ad elevato Impact Factor.

Negli ultimi anni ci siamo resi conto che bisognasse fare il punto sull'approccio laparoscopico alla appendicectomy. Le linee guida, come noto, sono certificate e questo significa che sono espressione del maggior consenso da parte di esperti. Il concetto di linee guida è generico in quanto si tratta di raccomandazioni redatte in modo sistematico sulla base della letteratura medica, cioè sulla medicina basata sull'evidenza scientifica. Si tratta, dicevo, di raccomandazioni che hanno l'intento di segnare una strada, anche se non obbligatoria, da seguire nel caso di determinate patologie sulle quali esistono, data la frequenza del loro verificarsi, studi approfonditi e risultati scientificamente valutabili.

Ricordo che tra gli scopi statuari dell'Acoi ci sono la formazione del chirurgo e la tutela della figura del chirurgo: entrambi questi obiettivi possono essere condensati nella costruzione di linee guida, perché è certamente un metodo utile non solo per fare formazione ma anche per tutelare il chirurgo nella correttezza delle proprie scelte terapeutiche. Altro aspetto non secondario è la corretta informazione: chiunque apra Internet troverà una notevole quantità di notizie sanitarie le quali, però, non sono certificate scientificamente. Ed ecco allora che una linea guida certificata da esperti – lavoro che mediamente dura due anni e che periodicamente dovrà essere aggiornato in funzione delle migliorate conoscenze e dei progressi tecnologici – potrà significare per il chirurgo una ve-

Nell'ambito del progetto nazionale ECM l'Acoi è provider della formazione del chirurgo



Quando è preferibile la via laparoscopica?

La via laparoscopica è molto consigliabile per l'esplorazione addominale e ove fosse compatibile il proseguimento dell'intervento per via laparoscopica andrebbe eseguito senza esitazioni. Viceversa se si giudicherà non compatibile o sicuro l'intervento laparoscopico si potrà modificare la strategia e passare alla tecnica tradizionale. Quanto detto significa che oggi il chirurgo deve uscire dalla Scuola di Specializzazione con il bagaglio della completa conoscenza delle due tecniche, in modo da poter poi scegliere l'intervento più indicato per quel paziente affetto da appendicite acuta nei diversi stadi della malattia.

In merito alla conoscenza della tecnica laparoscopica

ca mi sembra di capire che lei si riferisce soprattutto ai giovani medici: vuole lanciare un messaggio alle università?

C'è bisogno di una nuova politica sanitaria: noi ospedalieri diciamo con forza al mondo universitario che siamo pronti a fornire quell'azione di *tutoring* degli specializzandi per fornire loro le competenze e l'esperienza necessaria per decidere per il meglio. E dico questo perché ci sono in Italia alcune realtà, nelle quali il giovane chirurgo esce dalla specializzazione senza aver eseguito un intervento laparoscopico, trovandosi poi a esercitare la professione sarà costretto a fare il training indispensabile per le conoscenze laparoscopiche adeguate.

Dunque la formazione, una delle principali "co-

stole" della mission dell'Acoi.

Con il progetto nazionale ECM l'Acoi è provider della formazione del chirurgo. Il nostro piano formativo per il 2011 prevede 12 scuole speciali di chirurgia dove la pratica rappresenta circa il 50% del progetto formativo. Il chirurgo che si impegna in queste scuole si occupa di tutti i campi della chirurgia, laparoscopica di base e avanzata, chirurgia endocrina, epatica, senologica, esofagea, pediatrica, coloproctologica, dell'obesità patologica ecc.

Ogni chirurgo che partecipa ai corsi si trova impegnato per due - tre settimane all'anno, con fino a duecento ore di insegnamento e moltissime ore di pratica.

Ma oggi il chirurgo non solo è medico ma deve

anche essere manager. Siamo in collegamento con il Politecnico di Milano (MIP) con il quale svolgiamo corsi di formazione manageriale per il chirurgo: nel 2010 ne abbiamo organizzati sette e ne sono previsti altri per il prossimo anno, con la finalità di trasmettere le conoscenze utili per gestire le Unità operative. Siamo anche riusciti a trovare sostegno economico per cento borse di studio che, attraverso un bando apposito, abbiamo messo a disposizione dei nostri associati Acoi.

Un altro aspetto importante della nostra attività: dal momento che l'associazione considera priorità assoluta il fattore sicurezza in chirurgia, cerchiamo di incidere positivamente per la riduzione degli errori generati da una cattiva organizzazione. Questo programma è portato avanti in partnership con A.ge.na.s (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali - ente nazionale con un ruolo di collegamento e di supporto decisionale per il Ministero della Salute e le Regioni sulle strategie di sviluppo del Servizio Sanitario Nazionale). Il progetto, in avanzato stato di realizzazione, si chiama "Progetto qualità e sicurezza nel blocco operatorio".

Tutto ciò per un chirurgo competente e per un cittadino consapevole delle nostre adeguate competenze. •



David A. Fletzer è direttore dell'UOC Centro Spinale e dell'UOC Medicina fisica e riabilitazione del Centro paraplegici di Ostia, Azienda USL Roma D. Specializzato in Ortopedia presso l'Università Cattolica di Roma e in Fisioterapia all'Università di Cagliari, è stato prima Assistente di ruolo, a tempo pieno, e poi Aiuto presso il Servizio di recupero e rieducazione funzionale dei motulesi e dei neurolesi dell'Ospedale Addolorata USL Rm 4. Ha ricoperto anche la carica di direttore del Dipartimento interaziendale di riabilitazione e per le mielolesioni delle Aziende USL Roma C e Roma D. È stato eletto presidente della Società italiana di medicina fisica e riabilitativa (SIMFER) per il triennio 2008-2011

La riabilitazione? Scienza medica e filosofia sociale

di Claudia Furlanetto

Due milioni e mezzo di italiani con disabilità e oltre 200mila residenti in presidi socio-sanitari. Sono questi i dati che il ministro Ferruccio Fazio e il sottosegretario Francesca Martini hanno citato durante la presentazione, all'inizio di ottobre, del nuovo Piano di indirizzo sulla riabilitazione, che aggiorna le linee guida del sistema riabilitativo datate 1998. Il gruppo di lavoro che se ne è occupato ha visto la partecipazione, oltre che delle istituzioni e delle università, anche delle società scientifiche e delle associazioni, tra cui la Società italiana di medicina fisica e riabilitativa (SIMFER), presieduta dal dottor David Fletzer.

Dottor Fletzer, è d'accordo con il ministro Fazio nel definire in emergenza organizzativa la situazione della medicina fisica e ria-

biilitativa (MFR) in Italia?

L'emergenza nasce da una società che invecchia e che quindi è esposta più facilmente a disabilità conseguenti a diverse patologie spesso concomitanti (multimorbilità) che rappresentano le nuove complessità cliniche. Aumentano inoltre le disabilità legate ai traumi del traffico e del lavoro che interessano l'età giovane adulta. I progressi della medicina intensiva consentono poi la sopravvivenza di situazioni critiche e complesse (esiti di coma e gravi cerebrolesioni, sclerosi laterali amiotrofiche, malattie degenerative avanzate, insufficienze cardio-respiratorie e polipatologie complesse...) e i successi della medicina generale, dell'acuzie e della medicina riabilitativa permettono un allungamento della vita media della persona disabile anche in quelle situazioni che, in passato, non superavano i primi gior-

ni di vita e l'età infantile. Quindi il problema non è più la sopravvivenza, ma la qualità della vita e il reinserimento nella società. Per questo deve cambiare l'approccio alla disabilità.

In che modo deve cambiare?

Il nuovo Piano di indirizzo ministeriale per la riabilitazione ribadisce che "deve essere garantito alla persona con disabilità un modello di accesso al sistema di welfare chiaro e definito, indipendentemente dall'età e dalla causa che ha generato la condizione di disabilità." Già con la legge 104/1992 si delineava una modalità di accertamento volta ad individuare le abilità presenti, la capacità globale, della persona disabile e non una semplice valutazione della menomazione. Nel 2001, inoltre, l'Organizzazione mondiale della sanità ha introdotto l'*International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF),

un modello di valutazione delle condizioni di salute basato sull'analisi di tre elementi: strutture ed attività corporee, funzionamento, abilità e partecipazione. Tutto questo vuol dire considerare il paziente disabile e la sua famiglia in relazione alla loro interazione con l'ambiente sociale e con le istituzioni.

Lo strumento principale per concretizzare questa impostazione è il "Percorso assistenziale integrato" basato sulla valutazione multidimensionale sanitaria e sociale. Ed è questo il ruolo del fisiatra: il medico della disabilità, che affronta la persona e la situazione in cui vive nella sua interezza, accompagnandolo nel percorso riabilitativo fino al reinserimento nella sua realtà, lavorativa, familiare, sociale.

Ovviamente in ambito medico è essenziale l'approccio interdisciplinare. Ad ogni paziente corrisponde, quindi, un "Percorso assistenziale integrato", definito dal medico specialista in riabilitazione, ma condiviso con i professionisti coinvolti nell'intervento riabilitativo, che renda sinergiche tutte le componenti, sanitarie e non sanitarie, che entrano in gioco.

Quali altre figure fanno parte del team?

Oltre al fisiatra diversi altri professionisti sono da sempre coinvolti nella gestione del progetto riabilitativo: il fisioterapista, il terapeuta occupazionale, il logopedista, il tecnico ortopedico, mentre nuove competenze di-

ventano sempre più necessarie (ad esempio il neuropsicologo sul fronte dei disturbi cognitivi) fino a tutto il personale con specifica formazione riabilitativa in ambito socio-sanitario-assistenziale. Nel caso di gravi disabilità, come quelle che si presentano nelle unità spinali o nei centri di riabilitazione per i gravi traumatizzati cranici, lo psicologo prende in carico sia il paziente, se cosciente, sia la sua famiglia. La famiglia è, a tutti gli effetti, uno dei membri del team riabilitativo, perché come caregiver è il riferimento per la gestione delle problematiche attuali e future. L'assistente sociale, altra importante figura del team, si deve invece occupare delle pratiche e procedure burocratiche che permettono il ritorno alla vita quotidiana e l'eventuale inserimento domiciliare e lavorativo.

Come avviene la presa in carico del paziente?

Deve avvenire già nella fase acuta. Il compito del fisiatra non è solo quello della dia-

gnosi e del conseguente trattamento, ma è anche quello di prevedere l'iter della disabilità. Per definire il "Progetto riabilitativo individuale", il medico specialista in riabilitazione deve tener conto della prognosi funzionale e del margine di modificabilità del quadro di disabilità e poi stabilire le aree di intervento specifico, gli obiettivi, i professionisti coinvolti, i setting, le metodologie e le metodiche riabilitative, i tempi di realizzazione e la verifica degli interventi che costituiscono i Programmi riabilitativi.

Ad esempio lo studio della casa che accoglierà il paziente alla fine del percorso terapeutico deve porsi già in fase iniziale così come è necessario che si instauri il rapporto tra il fisiatra e il medico di famiglia che si occuperà del paziente nella fase della domiciliazione. Le pratiche per la prescrizione di un ausilio, visti i tempi amministrativi, devono essere iniziate il prima possibile.

La SIMFER sta lavorando con i Ministeri nell'organizzazione di campagne di sensibilizzazione?

Oltre alla partecipazione al Gruppo di lavoro ministeriale per la rivalutazione delle linee guida del 1998, abbiamo dato disponibilità al ministro Gelmini per la formazione degli insegnanti di sostegno e, allo stesso tempo, le abbiamo chiesto che gli istituti "adottino", per i crediti sociali delle scuole medie e superiori, i centri di riabilitazione. Presso il Centro paraplegici di Ostia, per esempio, abbiamo accolto i bambini delle quinte elementari e delle prime medie perché possano cominciare a prendere atto del concetto della diversità come ricchezza. È il primo passo per abbattere il pregiudizio. Crediamo che il cambiamento debba avvenire dalle future generazioni, perché la riabilitazione è una scienza medica che richiede però un iter culturale, un modo di pensare ed una filosofia sociale.

Che cosa pensa della situazione italiana ed internazionale?

L'Italia nel 2003 ha ricevuto il "Franklin Delano Roosevelt Disability Award" dell'ONU che viene assegnato ai Paesi che adottano una legislatura a favore della persona disabile. Certo, l'importante per una società che vuole definirsi civile è non fare passi indietro. C'è ancora molto da fare: pensiamo ai trasporti nelle nostre città che in molti casi non permettono l'accesso o alle scuole con pochi insegnanti di sostegno. Ma bisogna considerare anche il grande lavoro fatto negli anni, sia in Italia che internazionalmente. La percezione della disabilità è molto cambiata. Pensiamo a Pistorius. Oggi ci si chiede se farlo partecipare o meno alle Olimpiadi perché probabilmente è avvantaggiato dalle protesi: stiamo praticamente parlando di super-abilità. Questo sì che è stato un importante passo avanti nel mondo sportivo. •

Assegnati i premi del Concorso ProgettAbile

Nel corso del 38° Congresso della SIMFER, che si è svolto a Venezia lo scorso maggio, sono stati assegnati i premi del Concorso ProgettAbile. Indetto dalla stessa SIMFER, il concorso si è rivolto ad architetti e ingegneri e ha visto la partecipazione nella Commissione giudicatrice di Cittadinanzattiva, della Federazione italiana superamento handicap, della Federazione tra le Associazioni nazionali delle persone con disabilità e del Fondo italiano abbattimento barriere architettoniche. I partecipanti hanno presentato il progetto di una struttura, accessibile e aperta al pubblico, con soluzioni innovative relativamente alla partecipazione ad attività svolte da persone con disabilità.

La struttura inoltre doveva essere concepita come un edificio-prototipo da collocare in un'area urbana centrale di una città medio-piccola o in un quartiere urbano periferico di una grande città, ipotizzando una dimensione de-

mografica di riferimento intorno ai 100 mila abitanti che per il 45 per cento potessero essere considerati potenziali fruitori della struttura. Tre i progetti architettonici premiati – il primo premio, di ventunomila euro è andato al progetto sviluppato nel territorio romano "Una struttura per tutti e per divertimento" che propone tre localizzazioni esemplificative, possibili grazie alla flessibilità del prototipo: Frosinone Scalo, Tor Bella Monaca (quartiere periferico di Roma), Passeggiata delle Arti (quartiere semicentrale di Roma, accanto al nuovo Auditorium). "Abbiamo scritto ai sindaci delle città in cui i progetti dovrebbero svilupparsi per poter passare alla fase della costruzione" ci spiega il presidente della SIMFER, David Fletzer. "Con l'aiuto dei fondi privati, ma sempre su iniziativa dei comuni, speriamo che questi progetti possano realizzarsi al più presto".



Intervista con il prof. Franco Mandelli, presidente Nazionale dell'Associazione Italiana contro le Leucemie-Linfomi e mieloma (AIL). Dal 1979 al 2003 ha diretto a Roma il Centro Universitario di Ematologia del Policlinico Umberto I da lui creato, composto oggi di reparti ospedalieri di ricovero per adulti e bambini, centro trapianti di midollo, day hospital, ambulatori, servizio per le malattie emorragiche e trombotiche, servizio di assistenza domiciliare, casa-alloggio per malati e loro parenti, pronto soccorso ematologico 24 ore su 24. Ha pubblicato oltre 750 lavori scientifici

Linfoma, dalla cura alla guarigione

È la terza forma di neoplasia più diffusa. Nei Paesi sviluppati l'incidenza di questa patologia è raddoppiata negli ultimi 25 anni e la tendenza è in aumento. L'obiettivo della Giornata mondiale per la conoscenza di questa patologia che causa molti decessi

di Andrea Sermonti

Si è celebrata in tutto il mondo lo stesso giorno, il 15 settembre, la Giornata Mondiale per la Conoscenza del Linfoma, patologia che causa circa 200.000 decessi l'anno in ogni continente. Oltre 1 milione di persone al mondo è costretta a convivere con la malattia.

Ogni anno i nuovi casi nel mondo sono 350.000, dei quali 16.000 in Italia, prevalentemente tra i 45 e i 60 anni d'età. "Promuove-

re l'informazione sulla malattia, ma anche dare speranza a coloro che ne sono colpiti comunicando gli avanzamenti e i successi della ricerca scientifica – afferma il professor Franco Mandelli, Presidente AIL – è il principale obiettivo di questa importante giornata. È fondamentale informare i malati che, grazie ai nuovi traguardi raggiunti in questi ultimi anni dalla ricerca, i linfomi possono essere considerati malattie curabili e sempre più spesso guaribili".

L'AIL contribuisce a promuovere diritti fondamentali per i pazienti i familiari e il personale sanitario

Perché una Giornata Mondiale dedicata al Linfoma? Quanto è diffusa la consapevolezza che oggi, grazie ai progressi compiuti dalla Ricerca, i Linfomi sono malattie curabili e sempre più spesso guaribili? Qual è l'impegno dell'Ail per una corretta informazione su queste malattie?

L'obiettivo della Giornata Mondiale per la conoscenza del Linfoma è quello di richiamare l'attenzione sui diritti dei pazienti colpiti da queste malattie. In Italia, nonostante i gravi problemi di alcune regioni in materia di sanità, l'ematologia e la cura dei linfomi sono generalmente di ottimo livello. Ogni giorno i pazienti colpiti da linfoma sono as-

sistiti e curati in strutture sanitarie spesso eccellenti. Con questa iniziativa l'AIL contribuisce a promuovere alcuni diritti fondamentali per i pazienti, i familiari e il personale sanitario: il diritto a essere informati sulle prospettive di cura; il diritto ad avere un accertamento per arrivare ad una diagnosi sicura; il diritto di poter avere un secondo parere nei casi dubbi (la *second opinion* praticata negli Stati Uniti); e ancora, il diritto ad essere messi a conoscenza dell'attuale iter diagnostico-terapeutico seguito nei migliori centri specialistici del mondo ed infine il diritto di conoscere gli sviluppi della ricerca scientifica.

Come sono cambiate le prospettive di vita per coloro che sono affetti dal Linfoma?

Lo scenario è cambiato in modo positivo e sono convinto che cambierà ancora in meglio e presto, perché la ricerca continua a registrare progressi. Oggi per un numero elevato di pazienti vi può essere la prospettiva della guarigione. Ovviamente molto dipende dalla forma di linfoma, dallo stadio della malattia e dall'età in cui ci si ammala. Sono più avvantaggiate, contrariamente a quanto comunemente si pensa, le persone giovani in buone condizioni di salute che non abbiano contratto altre malattie. L'AIL deve salvaguardare i pazienti affinché abbiano la migliore terapia, che non

deve essere disgiunta dalla garanzia di una buona qualità di vita.

I capisaldi della lotta contro queste malattie sono la chemioterapia, il trapianto e i farmaci mirati come gli anticorpi monoclonali. In che modo l'avvento di questi farmaci ha cambiato il panorama della terapia?

L'introduzione degli anticorpi monoclonali nella terapia del linfoma ha modificato radicalmente lo scenario di queste malattie. Il primo di questi farmaci innovativi, è una terapia intelligente da utilizzare insieme alle terapie convenzionali e che ha cambiato il corso della malattia, migliorando le prospettive per i pazienti. Dopo le prime difficoltà, dovute anche ai costi elevati e alla necessità di convalidare alcune indicazioni, molte delle speranze legate a questo farmaco oggi sono diventate certezze. Tuttavia gli anticorpi monoclonali non sono l'unica risorsa su cui possiamo contare nella terapia del linfoma. Oltre alla chemioterapia, abbiamo anche a disposizione, soprattutto in alcune fasi della malattia, dopo la ricaduta, il trapianto di cellule staminali, sia con le proprie cellule (trapianto autologo), sia da donatore (trapianto eterologo).

Il linfoma Non-Hodgkin malattia in continuo incremento sia in Italia che in tutti i paesi occidentali

Quali sono i dati epidemiologici relativi alla diffusione in Italia e nel mondo?

Il linfoma non Hodgkin è una patologia tumorale del sistema linfatico molto eterogenea. Dal punto di vista epidemiologico è malattia in continuo incremento sia in Italia che in tutti i paesi occidentali. Rappresenta la quarta causa di tumore nel sesso maschile e la sesta in quello femminile. Ciononostante è una patologia non ancora ben conosciuta nella popolazione. Dal punto di vista dell'incidenza, si registra una frequenza di circa 12-15 casi ogni 100.000 abitanti per un totale di circa 11.000 nuovi casi ogni anno solo in Italia. Il linfoma di Hodgkin ha invece una incidenza molto inferiore. A questo continuo incremento d'incidenza si contrappone una riduzione della mortalità per linfoma: tutto questo vuol dire che siamo di fronte ad una malattia frequente, ma molto curabile.

Esistono diversi tipi di linfoma. Quali sono le differenze principali, anche in termini di percentuali di guarigione?

La prima grossa differenza tra il linfoma di Hodgkin e quello Non Hodgkin è che rappresentano due gruppi completamente distinti dal punto di vista

UNA SINTOMATOLOGIA MOLTO VARIABILE

I linfomi a volte sono asintomatici, a volte compaiono con sintomi molto aspecifici, come febbre, sudorazione intensa (soprattutto notturna), dimagrimento, spossatezza e prurito persistente in tutto il corpo. Non esistono test per diagnosticare precocemente il linfoma Non-Hodgkin e la biopsia sul linfonodo è l'unico metodo che consente una diagnosi accurata del linfoma. Il linfonodo deve essere prelevato per intero per consentire l'analisi di tutta la struttura ghiandola e per definire nel modo più preciso il tipo istologico (istotipo) del linfoma ovvero la "carta d'identità del tumore". Dal tipo di linfoma deriva l'aggressività clinica della malattia e, di conseguenza, la terapia. Nei casi in cui i linfonodi sono presenti esclusivamente in una sede profonda, come l'addome e il torace, per formulare una diagnosi è necessario un intervento chirurgico in sede addominale (laparotomia o laparoscopia) o toracica (toracotomia o broncoscopia o mediastinoscopia). Una volta individuato il tipo di linfoma è opportuno conoscerne la sua diffusione. Può essere infatti colpita una singola sede linfonodale oppure più sedi. Mediante una serie di accertamenti diagnostici di laboratorio (esami del sangue), radiologici (TAC, PET, ecografia, esami radiologici tradizionali) e, ove necessario, endoscopici è possibile definire la diffusione della malattia e classificarla in stadi.

istologico e clinico. Infatti i primi colpiscono più frequentemente i giovani, con un picco d'incidenza nella fascia d'età compresa tra i 20 e i 40 anni, mentre i secondi sono prevalenti tra i pazienti in età più avanzata, con un picco d'incidenza tra i 50 e i 60 anni. Rispetto al linfoma di Hodgkin il linfoma non Hodgkin è invece una malattia molto più eterogenea e nella nuova classificazione mondiale si riconoscono circa 60 diver-

si tipi di istologici e ad ognuno dei quali corrisponde una prognosi, una terapia e una probabilità di sopravvivenza diversa. Per quanto riguarda il linfoma di Hodgkin, che non presenta questa varietà istologica, possiamo dire che il 70-80% dei pazienti raggiunge la guarigione definitiva, percentuale che può aumentare fino al 90% per quei pazienti senza – o con pochi – fattori di rischio al momento della diagnosi. •

Libero arbitrio, dono o maledizione?

di Maurizio Zomparelli (*)

Basta, è ora di dirlo, siamo nel 2010, sono passati oltre duemila anni dalla crocefissione del Cristo, eppure altre numerose vittime vengono immolate sull'altare sacrificale dell'idolatria umana. Povero Freud tante volte criticato, anche dal sottoscritto, per la sua ossessione sul sesso e sulla natura umana, aveva ragione, tanto di cappello; l'uomo è ossessionato e deviato dal sesso e dal senso del possesso. Basta leggere le cronache nere dei nostri giorni per trovare riscontri sulle teorie del padre della psicoanalisi.

Non ci sono solo carnefici, ma interi ambienti sociali in cui regna il degrado e la promiscuità, famiglie depravate e coese nel delitto, le depravazioni ed i crimini vengono comprese ed attuati da interi nuclei di persone che si riconoscono nello stesso, come unici artefici e che ne condividono l'omertà.

Quale bestialità può concepire efferati delitti ed abusare della stessa carne e dello stesso sangue della sua progenie? Voglio fare una esternazione ironica, permettetela, sapete bene che i leoni ed altre specie animali sopprimono i piccoli nati dai padri dominanti il gruppo e poi de-



sautorati, sia con la violenza, sia per decesso naturale, solo al fine di creare una nuova specie dominante il gruppo: questo, anche se crudele, ha una spiegazione logica nella scala evolutiva della stessa specie e dell'intero mondo animale, ma quale giustificazione possiamo dare alla carneficina di piccoli o meno piccoli appartenenti alla nostra specie?

Colleghi, quante volte avete sospettato che all'interno di una famiglia o di un ambiente sociale si perpetuassero rituali o pratiche sessuali incestuose e deviate?

Siate onesti ed appellatevi alla vostra riluttanza ed incredulità ed al vostro perbenismo, ma tale realtà, o dubbio, vi ha sicuramente invaso o toccato, sia nella vostra coscienza, sia nella vostra professionalità. Mentre esploriamo nuovi mondi con i nostri satelliti, mentre esploriamo nuove fonti di energia da sfruttare a nostro piacimento, siamo incapaci di comprendere ed esplorare la nostra intimità, la nostra natura, completamente sorpresi ed indifesi da noi stessi. Infatti ci facciamo le solite domande: Ma co-

me è possibile? Come può accadere? Ma chi è una persona così? Infine: Merita la morte! La nostra soluzione è la vendetta con il sacrificio del carnefice, questo per liberare le nostre coscienze dallo spettro della consapevolezza, quella del conoscere e sapere che l'uomo, in assenza di freni inibitori, è in grado di compiere qualsiasi cosa giudicabile come una mostruosità.

Allora che cosa dobbiamo fare? Qualcuno disse oltre 2000 anni fa di non fare agli altri ciò che non si volesse fosse fatto a se stesso: a quanto sembra questa affermazione è rimasta una lettera morta, un'epigrafe che sa di beffa. Mi scuso se faccio riferimenti al Vangelo, ma dal punto di vista professionale ne attingo sempre affermazioni, teorie e pratiche. Il rispetto dell'altro deriva ed è attuabile dal rispetto di se stessi, in assenza del quale tutto il resto dell'universo, ed in pratica tutto ciò che ci circonda nella sua espressione più semplice, diventa irrisorio ed inutile.

Il sentirsi onnipotenti e non giudicabili, pone l'essere umano alla stessa stregua del mostro che alberga in se stesso. Esiste il libero arbitrio, è un dono o una maledizione che ci assilla? Lascio a voi la risposta finale. •

(*) *Docente della Smipi, dirigente medico della clinica addominale Eur di Roma*

L'Aio presenta "Un sorriso per il Burundi"

Un sorriso per il Burundi", così si chiama il progetto presentato dall'Associazione italiana odontoiatri a margine del congresso nazionale di Bari e preso in carico proprio in questa occasione dalla Commissione odontoiatrica nazionale (Con) della Fnomceo. "Si tratta di una iniziativa meritevole che va assolutamente sostenuta e rilanciata a livello nazionale - ha detto il presidente della Con Giuseppe Renzo. Gli specialisti odontoiatri italiani della Federazione degli Ordini dei medici hanno il dovere di non abbandonare i bambini e gli anziani del Burundi già costretti a privazioni non soltanto di tipo alimentare

con conseguenze irreparabili sullo stato di salute, ma soprattutto di tipo assistenziale". L'operazione "Un sorriso per il Burundi" nasce in Liguria da una felice intuizione di un odontoiatra spezzino, Sandro Sanvenero, che con l'aiuto dei francescani di quella zona e il supporto di una casa farmaceutica riesce ad attivare un percorso formativo per alcuni medici burundesi, in maniera da addestrarli alle più semplici pratiche odontoiatriche e a fornire loro semplici apparecchiature e materiale indispensabile per poter operare. Come? Periodicamente ha promosso la frequentazione di studi odontoiatri liguri di medici provenienti dal Bu-

rundi, facendo osservare loro le diverse azioni medico-chirurgiche a seguito dell'acquisizione di formale autorizzazione del paziente. I medici burundesi, ospitati in conventi francescani, senza affrontare grossi investimenti hanno avuto la possibilità di acquisire tecniche replicabili nel loro Paese. Ecco perché Giuseppe Renzo ha lanciato a Bari la proposta di adottare a livello nazionale tale esperienza proprio perché semplice e straordinaria. Saranno sottoscritti a livello provinciale dagli Ordini professionali che ne faranno richiesta, protocolli di intesa per avviare alla formazione odontoiatrica - con il medesimo sistema spezzi-

no - uno, due o al massimo tre medici burundesi per volta, in modo che quel Paese possa avere a disposizione, anche nei più lontani dispensari, professionisti in grado di affrontare patologie dentali non complicate. Nel Burundi, secondo dati aggiornati all'anno in corso, ci sono 343 medici per una popolazione di oltre 8 milioni di abitanti - ha detto Domenico Della Porta, Consigliere onorario per la Sanità dell'Ambasciata della Repubblica di Burundi in Italia, intervenuto al congresso di Bari in rappresentanza dell'Ambasciatore S.E. Denis Banshimiyubusa.

Oltre l'80 per cento di questi medici lavorano in dispensari e centri sanitari distribuiti nella capitale e nelle immediate vicinanze, lasciando il resto del Paese in completo abbandono. Mancano in Burundi - ha riferito Della Porta - medici di sanità pubblica, odontoiatri, otorinolaringoiatri, oculisti e tecnici di laboratorio.

Non esiste nelle tre Università presenti sul territorio alcuna facoltà di farmacia: le farmacie in tutto il Paese sono 68. Esiste un solo centro a Kamenge per assistere i malati mentali, la speranza di vita alla nascita è di 40,4 anni, mentre il tasso di mortalità neonatale è tra i più alti del pianeta, 114 per 1000 nati vivi. Le infezioni respiratorie e le malattie diarroiche sono le cause più frequenti di mortalità in generale. •



Visite patenti di guida

Il Ministero dei trasporti con la circolare n. 71348 del 6 settembre 2010 ha chiarito che contro il giudizio negativo della Commissione medica collegiale è ora possibile richiedere entro il termine dei 120 giorni a proprie spese una nuova valutazione sanitaria presso gli organi sanitari delle ferrovie italiane, ferma restando la possibilità di ricorso al Tar o al Capo dello stato.

In caso di esito positivo l'interessato dovrà produrre la più favorevole valutazione medica agli uffici della motorizzazione che provvederanno alla modifica o all'annullamento dei provvedimenti già adottati.



Agenzia delle entrate - Redditometro



Il direttore dell'Agenzia delle Entrate, in merito alle notizie più volte apparse sulla stampa circa le modalità di applicazione del nuovo redditometro e il coinvolgimento di milioni di contribuenti, afferma quanto segue:

- l'attuazione dell'articolo 22 del dl 78/2010 è ancora in fase di studio;
- prima dell'emanazione del provvedimento attuativo, saranno convocate le parti interessate;
- ogni anticipazione, da qualsiasi fonte provenga, sul contenuto del provvedimento è priva di ogni fondamento.

Contrasto all'evasione fiscale e contributiva

Art. 22 - Aggiornamento dell'accertamento sintetico

1. Al fine di adeguare l'accertamento sintetico al contesto socio-economico, mutato nel corso dell'ultimo decennio, rendendolo più efficiente e dotandolo di garanzie per il contribuente, anche mediante il contraddittorio, all'articolo 38 del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 600, con effetto per gli accertamenti relativi ai redditi per i quali il termine di dichiarazione non è ancora scaduto alla data di entrata in vigore del presente decreto, i commi quarto, quinto, sesto, settimo e ottavo, sono sostituiti dai seguenti:

“L'ufficio, indipendentemente dalle disposizioni recate dai commi precedenti e dall'articolo 39, può sempre determinare sinteticamente il reddito complessivo del contribuente sulla base delle spese di qualsiasi genere sostenute nel corso del periodo d'imposta, salva la prova che il relativo finanziamento è avvenuto con redditi diversi da quelli posseduti nello stesso periodo d'imposta, o con redditi esenti o soggetti a ritenuta alla fonte a titolo di imposta o, comunque, legalmente esclusi dalla formazione della base imponibile.

La determinazione sintetica può essere altresì fondata sul contenuto induttivo di elementi indicativi di capacità contributiva individuato mediante l'analisi di campioni significativi di contribuenti, differenziati anche in funzione del nucleo familiare e dell'area territoriale di appartenenza, con decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze da pubblicare nella Gazzetta Ufficiale con periodicità biennale. In tale caso è fatta salva per il contribuente la prova contraria di cui al quarto comma.

La determinazione sintetica del reddito complessivo di cui ai precedenti commi è ammessa a condizione che il reddito complessivo accertabile ecceda di almeno un quinto quello dichiarato.

L'ufficio che procede alla determinazione sintetica del reddito complessivo ha l'obbligo di invitare il contribuente a comparire di persona o per mezzo di rappresentanti per fornire dati e notizie rilevanti ai fini dell'accertamento e, successivamente, di avviare il procedimento di accertamento con adesione ai sensi dell'articolo 5 del decreto legislativo 19 giugno 1997, n. 218. Dal reddito complessivo determinato sinteticamente sono deducibili i soli oneri previsti dall'articolo 10 del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986 n. 917; competono, inoltre, per gli oneri sostenuti dal contribuente, le detrazioni dall'imposta lorda previste dalla legge”.

Neurochirurgia, gli obiettivi di Atena



La notizia relativa alla costituzione dell'Associazione Atena onlus (www.atenaonlus.com) sulle terapie neurochirurgiche contro alcol e droghe, fondata dal professor Giulio Maira (nella foto) da noi intervistato lo scorso numero, ha destato un grande interesse perché ha l'obiettivo di migliorare la cura di alcune malattie per le quali le terapie sono ancora limitate. Per raggiungere lo scopo l'Associazione si prefigge di promuovere nuovi progetti di ricerca, costituire dei laboratori, finanziare i ricercatori, favorire lo scambio e la divulgazione dei risultati.

Impegnarsi nella ricerca, anche al di là del proprio dovere istituzionale, contribuisce a far progredire il nostro Paese. La ricerca deve prepararci al futuro, perché nel campo della Medicina non è possibile limitarsi a quello che si fa oggi: dalla ricerca di oggi dipende la qualità della vita di domani. Per questo è essenziale fare ogni sforzo per permettere ai ricercatori di lavorare, per favorire i giovani laureati che cercano la possibilità di un lavoro stabile in laboratorio, per avere laboratori attrezzati che possano richiamare in Italia ricercatori stranieri ed italiani attualmente all'estero.

Campagna di sicurezza visiva stradale

Quasi sei incidenti su dieci sulle strade italiane sono imputabili a cause legate alla vista e per questo è stata lanciata il mese scorso la campagna di sensibilizzazione per la sicurezza visiva stradale "Non guidare a fari spenti. Se vedi bene guidi meglio", sostenuta dalla Commissione Trasporti della Camera dei deputati.

Pioggia, neve, nebbia o sole non fermano gli automobilisti italiani che trascorrono in media circa 10 ore alla settimana alla guida. E così ogni giorno si verificano 598 incidenti stradali, che provocano la morte di 13 persone e il ferimento di altre 849. Ma, come risulta dall'ultimo rapporto Istat/Aci, quasi 6 incidenti su 10 (il 59,13 per cento) sono attribuibili direttamente o indirettamente alle prestazioni della propria vista, spesso messe a repentaglio dalle condizioni atmosferiche o dagli agenti esterni e non solo quindi, dalle diottrie mancanti. Un'allarmante problematica che potrebbe dunque essere risolta con un semplice controllo approfondito, in grado di simulare le condizioni di guida e le capacità percettive nelle diverse situazioni. "La problematica della visibilità ottimale alla guida coinvolge tutti gli automobilisti, non solo chi ritiene di avere deficit di diottrie - ha dichiarato Mario Valducci, presidente della Commissione trasporti della Camera, nel corso di una tavola rotonda alla quale hanno partecipato esperti del settore e medici -. È per questo che sosteniamo la campagna per la sicurezza visiva stradale per sensibilizzare gli italiani verso un aspetto spesso troppo trascurato o ritenuto di secondaria importanza: ovvero le performance della propria vista".



Pronto soccorso e certificato on line



Non si smorzano le polemiche intorno al nuovo sistema di trasmissione telematica dei certificati di malattia. Dopo i medici di famiglia, questa volta a richiamare sul tema le attenzioni delle istituzioni sono i camici bianchi del pronto soccorso, che lanciano un vero e proprio allarme: "Questo nuovo onere amministrativo, se non accompagnato da un investimento in risorse umane e tecnologiche nelle strutture di pronto soccorso, potrà avere effetti negativi sull'intero sistema sanitario ospedaliero". Ad affermarlo è la Società italiana medicina d'emergenza-urgenza (Simeu), secondo la quale questo nuovo sistema "oltre a snaturare le tipiche

funzioni dei servizi di emergenza, rischia di andare ad invalidare quelle del medico di famiglia". "La disposizione legislativa che obbliga i medici dell'emergenza a redigere e inviare telematicamente il certificato di malattia - sottolinea la Simeu in una nota - determinerà un ulteriore rallentamento dell'attività del pronto soccorso, non tanto e non solo per pazienti con problematiche sanitarie minori (codici bianchi), ma soprattutto per i pazienti che versano in condizioni critiche o a rischio di rapido peggioramento del loro stato di salute".

Ospedale-albergo, accoglienza a misura di paziente

di Andrea De Tommasi

L'ospedale non è un carcere". Inaugurando il secondo polo dello IEO, Istituto europeo di oncologia, il professor Umberto Veronesi ha posto l'accento sulla necessità di riorganizzare il sistema sanitario creando una rete che metta al centro il paziente. Una vera rivoluzione nella logica dell'accoglienza. Dagli orari di visita, alla distribuzione dei pasti, al numero di letti per stanza. Fu il professor Eolo Parodi, attuale presidente dell'Enpam, a lanciare l'idea circa vent'anni fa. "Se gli ospedali fossero guidati da direttori d'albergo- disse in più occasioni- le cose andrebbero certamente meglio. Al medico va affiancato un manager che abbia un'esperienza specifica e pensi al ricovero dei pazienti come ospiti di un albergo". Un modello, questo, che in Italia è applicato soltanto a macchia di leopardo. Sono poche, infatti, le strutture in grado di offrire un servizio del ge-

nere, tra queste l'Ospedale San Martino di Genova, così come manca un sostegno ai familiari del malato, che spesso, provenendo da altre regioni italiane o dall'estero, hanno bisogno di un alloggio durante il periodo delle cure. L'ospedale pediatrico Bambino Gesù, a Roma, risponde a questa esigenza. "Da noi un genitore può stare 24 ore al giorno accanto al letto del figlio ricoverato- spiega la dottoressa Lucia Celesti, responsabile dei Servizi Sociali del nosocomio- cerchiamo in questo modo di preservare i riferimenti del piccolo e la dimensione in cui vive. Si tratta spesso di bimbi con serie disfunzioni, in attesa di cicli di terapia o controlli, ma ci sono anche bambini che possono essere curati in regime di day hospital. Si tende ormai a ricoverare il meno possibile per patologie banali. Il nostro è un ospedale che segue casi sempre più complessi." Il Bambino Gesù dispone di una casa famiglia interna ma si avvale anche di altre strutture, come la casa di Peter Pan, collocata nelle vicinanze e in espansione con l'apertura di un terzo punto d'accoglienza, la casa di Davide, gestita dall' "Associazione Davide Ciavattini" o quella di Ronald Mc Donald, a Palidoro. In questi

centri vengono ospitati gratuitamente i nuclei familiari dei piccoli pazienti ricoverati. "L'accesso- riprende la dottoressa Celesti- è frutto di un'attenta selezione, in modo da dare priorità alle famiglie che più ne hanno bisogno. Tra i criteri, valutiamo il tipo di patologia, ovviamente, dando precedenza a quelle più gravi, ma anche il reddito e il luogo di provenienza. Per questo, il nostro servizio è molto di aiuto agli extracomunitari. Basti pensare che dei 33mila ricoverati l'anno, più del 30% sono di altre regioni e il 10% cittadini stranieri. Ma per seguire adeguatamente le oltre 100 famiglie che ogni giorno ruotano intorno all'ospedale, è prezioso anche il contributo delle associazioni dei genitori e di volontariato. Sono organizzazioni che, per la loro competenza e affidabilità, svolgono un ruolo importante di raccordo con le squadre della direzione sanitaria, raccolgono segnalazioni, fanno da filtro". "L'attenzione per questo tipo di servizio- sottolinea il dottor Mario Falconi, Presidente dell'Ordine Provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri- nei nostri ospedali è ancora scarsa. Ci sono delle eccezioni positive, certo, ma troppo spesso la logica

prevalente è quella basata sull'interesse del personale sanitario e non del paziente. Principi quali la qualità dell'assistenza e l'ospitalità devono diventare la norma, soprattutto in una sanità regionalizzata come la nostra. Creare dei veri e propri villaggi di accoglienza, in grado di venire incontro alle esigenze del malato e dei suoi familiari, rientra tra queste priorità. Alle persone che si spostano in un'altra città per curarsi, va garantito un sostegno adeguato. Altrimenti saranno costretti a recarsi in Francia o in Svizzera, dove questo modello è già seguito e le strutture attrezzate sono numerose". Ma innovare il principio stesso dell'ospedale significa intervenire in tutte le sue implicazioni, che riguardano gli aspetti strumentali, ambientali, sociali e psicologici. Il luogo di cura che diventa, dunque, luogo di accoglienza in grado di offrire un alto livello di comfort alberghiero. In questa nuova concezione, rientra il tema dell'alimentazione durante il ricovero, con la possibilità per il paziente di scegliere da un menù i cibi che gli sono più graditi, e la flessibilità nell'orario di distribuzione dei pasti, consentendo per esempio di cenare alle 8 di sera. Quell'ospedale del futuro che, secondo le linee guida tratteggiate dal professor Veronesi, dovrebbe essere quasi interamente in vetro, immerso nel verde in zone periferiche, di 400 posti letto, con camere rigorosa-

La possibilità per il paziente di scegliere da un menù i cibi più graditi



mente singole e bagno, in grado di servire un bacino d'utenza di 250mila persone. Al posto degli ascensori, tapis-roulant e scale mobili, e poi parcheggi e aree verdi. Ma la novità più rilevante è che a dirigere il "traffico" ci sarebbe un vero direttore d'albergo, che "ai suoi dipendenti darà una parola d'ordine: garantire il massimo comfort, perché il paziente e le sue esigenze sono la stella polare". E i costi? Sostenibili, secondo esperti e operatori del settore, a patto però di rimettere mano alla rete ospedaliera complessiva, intervenendo magari su quei capitoli di spesa che le Asl destinano ai servizi di catering o di pulizie, che talvolta raggiungono cifre esorbitanti. Dunque, quello dell'ospedale-albergo è un modello per tutti? Resta difficile da mettere in pratica, forse, per le strutture più antiche, costruite e organizzate decine di anni fa su esigenze diverse, mentre può costituire un patrimo-

nio prezioso per i centri moderni. Come dimostra il caso dell'Ospedale dell'Angelo, a Mestre, terminato nel 2008 e considerato un'esperienza-simbolo del project financing in ambito sanitario in Italia. Un'opera tecnologicamente avanzata ma a misura d'uomo, immersa in un'area di 260mila metri quadrati e circondata dal verde. "Green over the grey", il verde sopra il grigio, la filosofia dell'architetto argentino Ambasz che l'ha progettata. Due gli spazi, la piastra e l'edificio delle degenze, collegate da un'ampia vetrata che è elemento caratteristico della struttura. Ma la vela inclinata, costituita da 1100 tasselli di vetro, ha anche la funzione di migliorare il comfort ambientale delle stanze, garantire l'isolamento acustico e proteggere l'atrio dove sono collocate le funzioni di supporto. Un ambiente, insomma, pensato per il benessere del malato. In merito al potenziamento del

servizio di accoglienza, un esperimento importante arriva, invece, dall'ospedale "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto. Il progetto, dal titolo "Questo ospedale è un albergo" e realizzato per ora in via sperimentale, ha visto impegnati gli studenti dell'Istituto alberghiero, che si sono divisi tra l'ingresso della struttura e i vari reparti, tra cui geriatria, ginecologia e medicina trasfusionale. Turni di 5 ore, dalle 8 alle 13, durante i quali i ragazzi hanno lavorato in sinergia con gli operatori nelle fasi di assistenza ai malati. Sono stati distribuiti questionari per sapere dai pazienti cosa pensassero dei servizi offerti. "Dalla soddisfazione espressa, soprattutto dagli anziani, possiamo dire che l'iniziativa ha riscosso un grande successo - commenta il dottor Claudio Sorgi, coordinatore di Diabetologia dell'ospedale marchigiano - incontrare una faccia amica all'ingresso, che accom-

pagna la persona al piano del reparto, o chiede al ricoverato cosa vuole mangiare a pranzo, può fare la differenza per chi soffre". Per questo, si conta di ripetere il progetto già nel corso di quest'anno. Nel marzo 2009 l'ospedale San Bortolo di Vicenza ha aperto il nuovo reparto "degenza privata", riservato a chi vuole una permanenza con servizi esclusivi. I prezzi, però, sono da albergo di lusso: una giornata in una stanza standard costa 400 euro, nella suite si arriva a 500 euro. Camere di 30 metri, bagno enorme e cucina: uno spazio modello hotel a 5 stelle allestito con l'obiettivo di far rimanere nelle strutture pubbliche persone facoltose che non rinunciano alla privacy e al comfort alberghiero. Il marketing negli ultimi anni è diventato uno strumento importante nella gestione dei servizi sanitari. Concetti quali "soddisfazione del cliente" ed "efficienza dei servizi" sono, a tutti gli effetti, criteri attraverso i quali il cittadino valuta e sceglie i servizi offerti. Gli ospedali sono in continua evoluzione e i processi che li riguardano sono il frutto di una rivoluzione nelle nozioni di "servizio pubblico" e "utente". Ecco allora che gli esempi citati dovrebbero diventare "sistema" in tutto il Paese. Molto è stato fatto, in termini di comunicazione e snellimento della burocrazia. Ora va garantita un'accoglienza a misura di paziente. •

L'Economia Biologica contro l'invecchiamento

di Fernando Santarelli (*)

Con riferimento a precedenti articoli, si è considerata l'importanza della "replicazione" del dna, per conseguire una vita sempre più lunga. D'altra parte, si è posto in rilievo come, contrastando i "radicali liberi", essendo questi conseguenza dell'invecchiamento, ma non la sua "causa fondamentale", si conseguirebbe solo un "prolungamento" della durata della vita, ma contemporaneamente un crescente invecchiamento dell'organismo e della popolazione, con il pericolo di estinzione della generazione e conseguenze sul futuro della specie.

L'attuale scienza medica si presenta perciò insufficiente e richiede un'evoluzione in merito al problema dell'invecchiamento che può essere data dalla scoperta della possibile immortalità del dna, in presenza della sua duplicazione, come dimostrato dall'esperimento della pecora Dolly.

Inoltre l'attuale scienza medica, si basa su una serie di scienze particolari che considerano solo un preciso aspetto dell'organismo, come anatomia, fisiologia, chimica biologica, patologia generale e speciale ed altre consimili, ma non l'aspetto "organiz-



zativo" della vita di milioni di cellule che costituiscono l'organismo umano. Aspetto che invece può essere considerato dalla scienza dell'economia biologica, scienza dell'organizzazione che permette anche di conseguire il massimo risultato dai mezzi a disposizione. Pertanto si ritiene di fondamentale importanza includere nel programma delle materie di insegnamento della facoltà di Medicina la disciplina dell'economia biologica che in base alle discipline tradizionali può dare importante e completa informazione sulla vita ed il comportamento di milioni di cellule dell'organismo umano.

In merito al problema dell'invecchiamento, l'economia biologica può dare il suo contributo valorizzando l'immortalità della replicazione del dna cellulare, immortalità che già oggi si consegue con l'unione dei cromosomi sessuali maschili e femminili. Inoltre l'economia biologica può consentire di classificare le cellule dell'organismo in cellule perenni labili e stabili.

Mentre le cellule perenni, come le cellule nervose e dei muscoli striati, permangono nell'organismo senza sostanziali variazioni durante la vita e le cellule labili, come quelle epiteliali e del sangue, si rinnovano continuamente, le

cellule stabili come quelle del fegato, pancreas, milza, connettivi, quali le membrane e le ossa con forma propria, si accrescono durante la vita fino a raggiungere il completo sviluppo con il termine dell'accrescimento dell'organismo.

Tra le predette cellule sono certamente quelle stabili, al raggiungimento del completo sviluppo dell'organismo, ad essere ostacolate nel loro accrescimento. Onde evitare il loro invecchiamento per mancanza di spazio, invecchiamento dannoso per tutto l'organismo, sarà pertanto necessario contrastare tale accrescimento mediante anticorpi monoclonali, per la loro individuazione ed il successivo intervento delle cellule killer e macrofagi del sangue per la loro eliminazione.

Si otterrà pertanto un nuovo spazio libero per nuove cellule stabili, che consentirà la duplicazione del dna, condizione fondamentale per contrastare l'invecchiamento di tutto l'organismo. Data la particolare necessità della duplicazione delle cellule stabili, su quanto qui esposto, presso l'Istituto di Farmacologia dell'università di Milano si sta attuando una ricerca sperimentale relativa alla duplicazione del dna per contrastare l'invecchiamento e conseguire una vita sempre più lunga. •

(*) *Presidente Associazione italiana ricerca, prevenzione, terapia invecchiamento*

Nuovo farmaco per il rene policistico

Entro tre anni verrà messo a punto. L'annuncio durante il Convegno Internazionale di Nefrologia al Policlinico Universitario di Messina.

Una patologia che colpisce un individuo su mille

di Enzo Gallo

Una speranza per gli ammalati di rene policistico, circa 12 milioni nel mondo, arriva direttamente dall'America. Entro tre anni potrebbe essere pronto un farmaco in grado di curare questa aftezione cronica. Lo ha annunciato il professor Vincenzo Torres della Mayo Clinic di Rochester, Stati Uniti, il maggiore studioso al mondo di tale malattia, nel corso del Convegno internazionale organizzato nell'aula magna del centro congressi del Policlinico di Messina, dai professori Vincenzo Savica e Guido Bellinieri. Questa patologia colpisce un individuo su mille e nel 60% dei casi, porta alla dialisi. Nel corso del meeting inoltre, sono state illustrate le nuove frontiere della ricerca scientifica in materia: dagli strumenti per la diagnostica precoce a quelli per una prevenzione pre-

natale; dalle nuove terapie per ridurre il dolore alle scoperte scientifiche all'avanguardia che consentiranno di rallentare la progressione della malattia. Ma soprattutto dalla scoperta, in primis, di una proteina denominata Mtor, coinvolta nella formazione di queste cisti e di un farmaco, nello specifico la Rapamicina, capace di intervenire sulla proteina stessa, dovrebbe nel bre-

ve periodo rappresentare il nuovo baluardo terapeutico contro la grave patologia. Si trasmette geneticamente, può restare senza sintomi fino a dopo la prima infanzia; possono essere associate cisti del fegato con importante sofferenza del fegato stesso; la diagnosi è ecografica ed evidenzia anche reni aumentati di volume; il trattamento è di supporto, mirato soprattutto

al controllo dell'ipertensione arteriosa; è possibile l'evoluzione in insufficienza renale. È una patologia caratterizzata da una forte componente ereditaria: il 50% dei figli di genitore affetto contrae la patologia.

“Tra i sintomi - ha sottolineato il professor Vincenzo Savica - l'ipertensione, il dolore cronico e, soprattutto, un notevole ingrossamento del rene che da 120 grammi può arrivare fino a 17 chili”. Le conseguenze sono gravi sia a livello fisico sia a livello psicologico e non solo per il malato: “Uno studio americano - evidenzia il professor Guido Bellinieri - ha dimostrato che i parenti dei malati sono cinque volte più soggetti a depressione del malato stesso”. •



**Tra i sintomi l'ipertensione,
il dolore cronico e un notevole
ingrossamento del rene
che da 120 grammi
può arrivare fino a 17 chili**

Giovani, formazione e mercato del lavoro

Qualcosa sembra muoversi sul “pianeta giovani”: meno ragazzi abbandonano prematuramente gli studi e gli iscritti all'università sono in crescita in tutta Italia

di Caterina Carosi

Da sempre l'abbandono prematuro dell'istruzione è sinonimo di malfunzionamento all'interno della macchina scolastica e formativa, ma oggi i numeri ci dicono il contrario e in Italia sembra avanzare una classe di giovani più attenta all'apprendimento che vede l'istruzione come il ponte tra l'ignoranza e il mondo del lavoro.

Negli ultimi dieci anni il Sud ha registrato dati nettamente migliori rispetto al Nord, probabilmente per un ritardo fisiologico dove il progresso si susseguisce in forma discendente dalle Alpi agli Appennini. Secondo le fonti Istat, tra il 2004 e il 2008 il Mezzogiorno ha registrato un calo dell'abbandono degli studi di 4 punti percentuale rispetto al 2,6% registrato dalle regioni del Nord Italia. Solo la Sardegna da sola ha avuto un calo di oltre 7 punti percentuali.

I dati rincuorano e mostrano un'inversione di rotta delle priorità verso uno stile di vita improntato sulle aspirazioni personali e sulla volontà di eccellere,



ma si deve ricordare che nonostante i risultati positivi l'Italia è ancora indietro rispetto a Paesi membri come Polonia, Repubblica Ceca e Slovacchia che registrano il più basso tasso di abbandono agli studi, sintomo di una cultura che malgrado le difficili condizioni economiche dimostra un forte senso di sacrificio per l'istruzione e la formazione.

Anche il tasso d'iscrizione all'Università è indicativo per un Paese che investe in istruzione e formazione ed

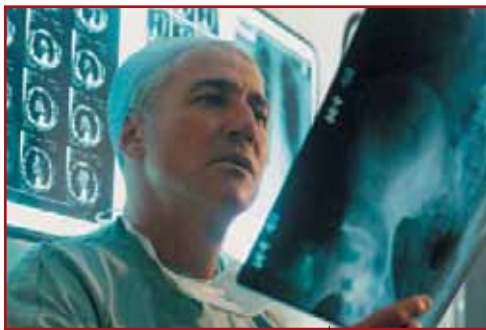
è piacevole osservare come tra il 2001 e il 2007 la percentuale è aumentata a livello nazionale di ben 5,5 punti percentuale, risultando positiva in tutte le aree del Paese. Questo è uno dei casi in cui le aree geografiche non hanno forte rilevanza, ma quello che conta è la “mappa accademica” dell'Italia e cioè quelle zone a maggiore densità di edifici universitari.

Nei prossimi anni i giovani di oggi diventeranno i grandi di domani e insie-

me a loro il nostro Paese diventerà più istruito, tanto che si potrà contare su una forza lavoro più qualificata per favorire lo sviluppo culturale ed economico dell'Italia. Uno sviluppo lontano dai dati avvilenti di oggi che danno ancora metà della popolazione adulta, tra i 25 e i 64 anni, con un titolo di studio non oltre il diploma di scuola media.

Attenzione a non sottovalutare i margini di rischio che seguono alle nuove prospettive di crescita e che portano nuovi problemi derivanti da una stagnazione della struttura del Paese che tende ad adattarsi ai cambiamenti in maniera non parallela al progresso, ma solo in conseguenza. E' per questo che un tessuto economico abituato a un determinato target culturale e costretto a cambiare e ad adattarsi a uno standard finora di nicchia, come quello della formazione, rischia di registrare un tasso di disoccupazione giovanile e un tasso di discriminazione per il genere femminile che potrebbe risultare superiore la media europea. Per ovviare a queste conseguenze fisiologiche non possiamo rinunciare a un ritorno dell'etica dei valori e dei diritti, che spesso però sono figli di un tessuto culturale che ha sempre viaggiato in acque avvezze a un individuo della “classe metropolitana” e non ha mai oltrepassato, in quantità sostenute, le colonne d'Ercole della periferia. •

Tumori, medici impreparati a comunicare con pazienti



I medici non sono preparati a comunicare con i pazienti, soprattutto quando si tratta di informarli che hanno un tumore: “Nessuno insegna loro come devono comportarsi con i malati, ne’ al momento della diagnosi ne’ durante la cura”, lo ha detto l’oncologo Umberto Veronesi, nella conferenza organizzata nell’Auditorium Parco della Musica per presentare la sede romana della Fondazione per il progresso delle scienze che ha il suo nome. Sulla distanza che ancora separa medici e pazienti l’oncologo è tornato parlando della terapia del dolore: “Anche da parte dei medici c’è una grande paura culturale che la morfina possa dare assuefazione”. Come ministro della Salute Veronesi aveva liberalizzato l’uso di questa sostanza,

rendendone più facile la prescrizione: “Fino ad allora la morfina non si poteva avere se non in casi eccezionali, ma ho ritenuto importante che si potesse pre-

scrivere questo potente antidolorifico che, oltre al dolore, nei pazienti terminali toglie la sofferenza legata alla paura di morire, aiuta a superare l’incapacità di adattarsi alla loro condizione. Malauguratamente, poiché questa sostanza è utilizzata da alcuni come stupefacente, è stata sabotata dal punto di vista della distribuzione nelle farmacie, ma anche dai medici”.

Se l’assuefazione fa paura, ha proseguito l’oncologo, bisogna considerare che chi usa gli oppioidi come droga ha motivazioni diverse: “Se vengono utilizzati come farmaci questo rischio non esiste” e bisogna invece considerare che la morfina “è la soluzione più semplice, innocua ed efficace per i malati cronici terminali”.

“Presenteismo” medico malato nuoce ai pazienti

Se l’assenteismo è da combattere, va però ricordato che anche il “presenteismo” può far male, all’azienda e non solo. Per esempio l’eccessiva presenza dei medici che, pur malati, lavorano fa male ai pazienti peggio che l’assenteismo. Lo dimostra uno studio pubblicato su The Journal of General Internal Medicine secondo cui quando i dottori fanno gli eroi e vanno a lavoro anche se malati in realtà stanno facendo del male ai propri pazienti. Secondo quanto riferito da Eric Widera dell’università di San Francisco precedenti lavori hanno mostrato che qualcosa come l’80% dei medici continua ad andare a lavoro anche se ha un malanno per il quale prescriverebbe alcuni giorni di malattia ai propri assistiti. Già precedenti studi avevano dimostrato che in generale il presenteismo nonostante la malattia costa alle compagnie più di 150 miliardi di dollari l’anno in termini di produttività dell’impiegato persa. Adesso il nuovo studio ha voluto indagare il male che fa il presenteismo dei medici malati. Gli esperti hanno studiato il caso di



un’infermiera malata che continua ad andare a lavoro piuttosto che prendersi qualche giorno di malattia. All’inizio l’infermiera zelante ha attaccato il suo male, un virus intestinale, a un altro membro dello staff ospedaliero e a tre pazienti, ma dopo due settimane il suo male è passato ad altri 22 operatori sanitari e a 30 pazienti. L’eccessivo “presenteismo”, concludono gli esperti, viene meno a uno dei principi cardine dell’attività medica: “primum non nocere”, prima di tutto non far male al tuo paziente.

Dirigente medico e responsabilità

“La figura del dirigente medico e la responsabilità professionale oggi”, è il titolo organizzato dal Segretariato Italiano Giovani Medici insieme all’Azienda Ospedaliera Niguarda e allo Studio Morri & Associati, per il giorno 15 novembre 2010 presso l’Aula Magna dell’ospedale Niguarda di Milano. Il Convegno, rivolto ad avvocati, legali interni di aziende socio-sanitarie, personale medico e operatori del settore, si svolgerà nel corso dell’intera giornata e si focalizzerà sull’analisi delle principali questioni giuridiche legate all’esercizio della professione

medica - sia essa svolta singolarmente oppure all’interno di una équipe - al problema del consenso informato e della responsabilità della struttura sanitaria nonché alla più ampia tematica, oggi più che mai attuale, della malpractice, anche mediante una comparazione con il sistema statunitense.

Per informazioni:

Martino Massimiliano Trapani cell. 3382166287

tel. 0264443209

email martino.trapani@ospedaleniguarda.it

o trapanimartino@yahoo.it - www.sigm.info www.sims.ms

E finalmente uscirono a riguardar le stelle



Jose Djeda, autore del primo messaggio che ha confermato al mondo la sopravvivenza dei 33 minatori, viene festeggiato dagli amici all'ospedale di Copiapo (Photoshot/Luis Zabreg)

di Giuliano Crisalli

Sessantatré giorni laggiù, quasi al centro della terra. Soli, con la paura di non riuscire più a respirare l'aria che li ha tenuti sempre in vita, prigionieri a più di 600 metri di profondità nella miniera maledetta. Trentatré uomini che tutti, in superficie, volevano salvare, tirare su e abbracciare. Madri, padri, mogli, figli, fratelli, sorelle con le lacrime agli occhi e il cuore in subbuglio hanno atteso in silenzio che qualcuno togliesse da quell'inferno i lo-

ro cari. C'erano, sperando nel miracolo, centinaia di giornalisti, decine di telecamere e di microfoni e con loro, anzi grazie a loro, milioni di persone che speravano, si commuovevano, pronti con il pensiero a dare una mano perché si resolvesse quella tragedia. Si temeva, molti ne erano certi, che quei trentadue cileni e un boliviano sarebbero morti laggiù come accadde l'8 agosto del 1956 ai 262 minatori di Maricón che prigionieri delle buie gallerie, bruciarono vivi folgorati da un corto circuito che in pochi secondi

scatenò un incendio violentissimo. La maggioranza di quei disgraziati operai era italiana. Poveri disperati emigranti, che pur di vivere e far vivere le loro famiglie, erano scesi nelle viscere della terra per guadagnarsi il pane. Facce sporche, polvere, martelli, rumore assordante, caldo e freddo, paura. Perdettero la vita nel pozzo di Bois du Cazier a 1035 metri di profondità. Lasciarono sole 183 vedove e 387 orfani. Oggi, 2010, qualcosa è cambiato. Ce ne siamo accorti, trattenendo il fiato, seguendo le trasmissioni

televisive che ci hanno mostrato questi minatori a torso nudo, sudati, stretti gli uni agli altri, sorridenti. Loro, solo loro, infondevano speranza e sicurezza in chi, spaventato, li guardava. Tutti insieme sembravano voler infondere coraggio agli increduli che li osservavano attraverso il video.

Erano in tremila l'ultima notte della liberazione, assiepati, in silenzio, di fronte all'ingresso della miniera. C'erano freddo e vento e l'ultimo quarto di luna sotto il cielo terso nel deserto di Atacama.

Poi è apparsa la capsula Fenix 2, finalmente issata in piedi, con i colori della bandiera cilena, la grata per respirare e le ruote di scorrimento e poi quel minuscolo tombino (56 centimetri di diametro) simile a quelli di città, da dove sarebbe transitata la vita. Solo allora molti di noi hanno compreso che cosa significhi finire imbottigliati per dieci, quindici minuti scivolando nelle viscere della terra. Il Cile si è esaltato con ragione. Sono suoi gli uomini e gli specialisti che hanno portato a termine l'esaltante impresa. Quest'anno la nazione sudamericana che compie 200 anni di storia, ha appena avuto ragione di un terremoto con tsunami 178 volte più potente di Haiti e ne è uscita con "appena" 500 morti.

Oggi dimentica quelle vittime ed esulta per questi figli che sono tornati a respirare l'aria fresca dopo

tanti giorni di “terribile prigionia”. Il salvataggio è stato possibile, è bene ricordarlo, anche grazie a mezzi meccanici modernissimi e ad una eccezionale mobilitazione internazionale. Una delle due perforatrici che hanno bucato la roccia è stata costruita da una piccola industria della Pennsylvania; una delle grandi gru è stata messa insieme con parti metalliche cinesi; le comunicazioni tra soccorritori e minatori sono state facilitate da un cellulare con proiettore. Ai minatori sono state fornite calze fabbricate con fili di rame che sopprimono i batteri e allontanano le infezioni. La Nasa ha dato precise indicazioni sulle con-

dizioni psicologiche dei cosmonauti e sul modo di evitare lo shock del ritorno alla vita normale. Mentre lassù preparavano il salvataggio, laggiù tutto procedeva secondo un copione extra-terrestre: in una galleria la latrina, in un'altra la “palestra” per tenersi in forma per l'ora X del salvataggio: un anfratto per i fumatori e una breve galleria dove a turno i minatori si ritiravano in solitudine per leggere i messaggi che arrivavano insieme al cibo che mangiavano (poco) ogni 48 ore e alle medicine. Forse in quegli istanti le lacrime avranno rigato i loro volti ma fuori di lì, sorrisi ed evviva, foto di gruppo per farsi e fare coraggio.



Richard Villarroel, 26 anni, è stato il 28° minatore portato in salvo (Xinhua/Hugo Infante/Government of Chile)

Il primo a salire è stato il gruppo di minatori considerati dai compagni i più abili e resistenti. Hanno funzionato da cavie. Li hanno seguiti quelli con problemi di salute cronici e che hanno retto con fatica alla situazione, infine il gruppo dei minatori sani. L'ultimo ad essere tirato fuori è stato il capo turno del gruppo. Erano le 22 della notte (le 3 del mattino in Italia).

Beppe Giovine è un medico piemontese, speleologo da oltre vent'anni. E' sceso sino a mille metri di profondità più di una volta, anche in miniera. Racconta: “Questi minatori non scorderanno facilmente la terribile avventura. Sono diventati, però, molto amici tra di loro e questo li ha aiutati a vincere la paura e il buio aumentando loro la speranza di essere salvati. Bisogna anche considerare che questi uomini sono abituati a quel tipo di lavoro – tranne uno che ha solo 19 anni – e quindi dovrebbero riprendersi psicologicamente in un tempo ragionevole. Ognuno di noi, in circostanze simili, riuscirebbe con difficoltà a superare la tensione accumulata durante una prigionia così lunga”.

Per un altro medico, Mario Raviolo membro della Sanità mondiale della medicina dei disastri e direttore della struttura di maxi emergenza del Piemonte, che ha partecipato a diverse missioni di soccorso, come nel caso del terremoto di Haiti, i possibili problemi di salute dei mu-

ratori sono anche legati alle condizioni climatiche e ambientali vissute. A quei livelli – specifica – ci sono temperature dai 38 ai 40 gradi costanti che i trentatré lavoratori hanno sopportato per un lungo periodo. Da qui tutti i rischi della disidratazione e gli equilibri elettrolitici che possono ripercuotersi principalmente a livello cardiocircolatorio.

Particolare attenzione sarà riservata anche agli occhi con la necessità di un'educazione alla luce del sole. “Non bisogna dimenticare – conclude lo specialista che fino all'ultimo hanno vissuto l'incertezza delle propria sopravvivenza. La luce del sole avrà un impatto emotivo enorme sulla psiche”.

Dopo la tragedia sfiorata le autorità sono decise: la miniera di San José non può riaprire. “Cambieremo le norme. Faremo in modo che non si lavori più in condizioni così insicure e disumane”, ha detto il presidente Pinera. Quello del 5 agosto è l'ultimo di vari incidenti avvenuti perché la miniera non era in regola con le norme di sicurezza. Il futuro della cava è incerto.

Potrebbe essere rilevata da un'altra società se venissero confermate le voci smentite finora - della scoperta, durante gli scavi, di un enorme filone aurifero. A noi, poveri uomini, basterà ricordare le giornate intense vissute da trentatré uomini che, grazie al lavoro dei loro fratelli in superficie, sono riusciti a riguardare le stelle. •

In campo contro il traffico di bambini

La campagna di Terre des Hommes per combattere il mercato dei bambini nel continente africano, di cui il Sudafrica rappresenta una delle rotte principali. Le Case del Sole, centri di protezione dei minori, costruite dalla Ong in Mozambico e Namibia



© Bruno Neri

di Ezio Pasero

Nei giorni in cui si sono svolti in Africa i recenti mondiali di calcio, nello stesso continente era in corso anche un'altra competizione, con meno star del pallone ma con un titolo più suggestivo: "Mondiali Sudafrica 2010: tutti in campo contro il traffico di bambini". Una campagna, non un campionato, realizzata da Terre des Hommes con il patrocinio del ministero del Turismo e del Segretariato sociale Rai, per cer-

care di sensibilizzare l'opinione pubblica su uno spaventoso fenomeno: il traffico di bambini nell'Africa Australe, sottratti alle loro famiglie e destinati alle attività più ignobili. Basti pensare che soltanto dal Mozambico ogni anno più di mille bambine vengono portate in Sudafrica per essere sfruttate sessualmente e che proprio in occasione della competizione calcistica, in previsione dell'arrivo da tutto il mondo di migliaia e migliaia di tifosi e, purtroppo non soltanto di tifosi, questo traf-

fico si era incrementato. Per cercare di contrastarlo, per cercare di richiamare l'attenzione su aspetti drammatici e troppo spesso dimenticati, Terre des Hommes ha anche realizzato a Milano una straordinaria mostra fotografica, "Tutti in campo con i bambini africani". Una mostra legata a doppio filo al mondo del pallone: perché a volerla ospitare gratuitamente nella sua galleria d'arte, nel cuore di Brera, è stato Jonathan Zebina, il difensore francese di origini africane della Ju-

ventus, grande appassionato di arte, che ha trovato così un modo personalissimo di partecipare a un Mondiale che la forma non più smagliante gli avevano negato.

Terre des Hommes da 50 anni è in prima linea per proteggere i bambini di tutto il mondo dalla violenza, dall'abuso e dallo sfruttamento e per assicurare a ogni bambino scuola, educazione informale, cure mediche e cibo. Attualmente, è presente in 65 paesi con quasi mille progetti di aiuto umanitario d'emergenza e di cooperazione internazionale allo sviluppo, in settori come la salute di base e la protezione materno-infantile, l'educazione di base, la formazione professionale, la protezione dei bambini di strada. La Fondazione Terre des Hommes Italia fa parte della Terre des Hommes International Federation, lavora in partnership con la Direzione per gli Aiuti Umanitari dell'Unione europea Echo ed è accreditata presso l'Onu e il nostro ministero degli Esteri. Uno dei suoi obiettivi è quello di contribuire in modo significativo nei Paesi in via di sviluppo al raggiungimento degli "Otto obiettivi del Millennio" fissati dalle Nazioni Unite nel 2000.

Le foto che sono state esposte, realizzate da Bruno Neri, responsabile dei progetti di Terre des Hommes Italia nei paesi dell'Africa Australe, hanno cercato di rappresentare le realtà dei bambini africani in Mo-

zambico, Namibia e Zimbabwe, dove l'Ong realizza progetti a favore dell'infanzia e delle comunità locali e per la prevenzione del traffico dei bambini.

In particolare, in Namibia e Mozambico Terre des Hommes ha costruito e sostiene le Case del Sole, centri di protezione dalla strada e dalla violenza dove i bambini possono giocare, studiare, seguire corsi di formazione e arte, ricevere cure mediche e supporto psicologico e sfuggire al rischio del traffico e della prostituzione. E proprio alle attività delle Case del Sole e al contrasto del traffico dei minori erano dedicate le foto di Bruno Neri: scatti che mettevano in luce l'aspetto ludico e l'insopprimibile voglia di vivere e di sperare dei bambini, anche nelle situazioni più drammatiche. Foto eloquenti, che si commentavano da sole, ma realizzate sempre con il tatto e la sensibilità che sono il frutto di oltre 30 anni di lavoro al fianco dei bambini di tutto il mondo.

In tutto il mondo attualmente esistono venti Case del Sole, cinque delle quali sono in Mozambico, nelle comunità rurali di Chinonaquila, Mussumbuluco, Antigos Combatentes, Eduardo Mondlane, Salinas e Rádio Marconi, nei distretti di Boane e Matola, vicino alla capitale Maputo. In ciascuna comunità, Terre des Hommes ha organizzato asili per preparare i più piccoli all'ingresso a scuola. Questa attività ha



avuto un grosso successo, tanto che, invece dei 300 bambini previsti, il numero dei piccoli frequentatori dei centri ha superato i 930. Per quelli che avevano avuto voti negativi nella prima parte dell'anno scolastico sono stati realizzati corsi di sostegno ai quali hanno partecipato in circa 2.100, 200 in più del previsto. Per chi ha abbandonato la scuola, soprattutto le ragazzine che rischiano di finire nel giro della prostituzione, il progetto ha attivato corsi di recupero scolastico, per poter riprendere al più presto la scuola e avere migliori prospettive di vita. Ne hanno beneficiato oltre 270 minori, con un alto tasso di reintegro, anche grazie agli accordi e alla collaborazione con le scuole locali.

Contemporaneamente, nelle Case del Sole sono state portate avanti varie attivi-

tà ricreative e sportive, dalla danza tradizionale ai balli moderni, dalla recitazione al canto corale, dal calcio al karate, atletica leggera, disegno, scacchi e dama, fino alla realizzazione dei piccoli manufatti di artigianato locale. In tutto, ne hanno beneficiato oltre 2.500 bambini e adolescenti. Quasi mille persone, invece, per oltre l'86 per cento donne, hanno seguito corsi di alfabetizzazione per adulti, mentre i corsi d'inglese sono stati seguiti da 525 persone. Grazie a un accordo con alcuni centri sanitari, è stata assicurata l'assistenza medica ai bambini delle famiglie più svantaggiate. E anche in questo caso, il numero dei piccoli che ne hanno beneficiato è più che raddoppiato rispetto ai 2 mila previsti. Inoltre, per gli adolescenti e gli adulti, sono stati organizzati seminari sulla

prevenzione dell'Aids a Chinonaquila, Mussumbuluco e Antigos Combatentes, con la proiezione su grande schermo di un video prodotto localmente, a cui hanno assistito quasi 1500 persone. In alcuni centri sono stati aperti servizi di emeroteca e biblioteca e sportelli d'informazione sull'Aids. In Namibia e Zimbabwe, infatti, Terre des Hommes si occupa in particolare di bambini orfani a causa della malattia, a volte anch'essi sieropositivi o malati. Spesso, questi bambini vivono con i nonni o con familiari che difficilmente hanno un reddito sufficiente per mantenerli; prestissimo vengono quindi mandati a lavorare diventando particolarmente vulnerabili a fenomeni come tratta e prostituzione. A loro Terre des Hommes offre protezione da abusi e violenza, cure mediche e istruzione. •

Lucca

Irap e medici di famiglia

Per la Commissione tributaria provinciale di Ragusa (sentenza n.329 del 20 maggio 2010 e depositata il 28 maggio 2010) il medico convenzionato col Ssn con l'impiego di mezzi strumentali indispensabili per l'esercizio della professione di medico come richiesti dalla convenzione, anche con l'apporto di un dipendente, non è soggetto all'Irap. Infatti per il medico della mutua il dipendente costituisce un semplice ausilio e non ne accresce la capacità produttiva.



Brescia

Disposizioni previdenziali della "manovra correttiva", riassunto delle novità

Il Decreto Legge 31.05.2010 n. 78 convertito nella legge n. 122 del 30.07.2010 con decorrenza 1° agosto 2010 meglio conosciuto come "manovra correttiva", oltre a contenere norme fiscali, imposte sulla casa e nuove regole per le imprese, introduce una riforma previdenziale a tutto campo. I punti che vengono modificati non nell'immediato ma nell'arco di alcuni mesi ed anni sono molteplici, riguardano essenzialmente i pubblici dipendenti.

Tali punti saranno singolarmente e successivamente approfonditi. Si elencano di seguito per oggetto questi punti, contenuti nell'art. 12 della Legge. È doveroso segnalare che la Legge è stata approvata con voto di fiducia, con un maxi emendamento e senza possibilità di modifiche. I punti sono:

1. Dal 2011 il trattamento economico per le pensioni di vecchiaia ed anzianità slitta di 12 mesi dalla data di maturazione del diritto. 2. Revisione dei trattamenti a seguito di totalizzazione. 3. Differimento dei trattamenti delle liquidazioni. 4. Trasformazione dal 1° gennaio 2011 del metodo T.F.S. (trattamento fine servi-



zio) in T.F.R. (trattamento fine rapporto). 5. Diverse modalità di pagamento delle liquidazioni e nuovo regime fiscale. 6. Dall'1.01.2015 applicazione all'anzianità contributiva della "speranza di vita" con allungamento dell'obbligo di servizio. 7. Dall'1.01.2012 per la donna pubblico dipendente diritto alla pensione di vecchiaia a 65 anni di età (scalone di ben quattro anni). 8. Abrogazione della Legge 322/58.

Questa manovra approvata nel periodo estivo inciderà enormemente sui futuri pensionamenti, sia nel diritto che nei pagamenti. L'INPDAP, a tutt'oggi, non ha ancora provveduto ad emanare le dovute circolari esplicative.

*A cura di Claudio Pertica,
consulente previdenziale Inpdap dell'Ordine*

Genova

Nuovi stati influenzali: come affrontarli?

Con l'arrivo dell'autunno si ricomincia a parlare di influenza e sull'argomento il Ministero della Salute ha pubblicato sulla prima pagina del suo sito (www.salute.gov.it) un articolo sul controllo e la prevenzione degli stati influenzali relativi alla stagione 2010-2011

nonché le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sulla composizione dei vaccini antinfluenzali. Ricordiamo, inoltre, che sul sito www.omegeofad è disponibile il corso FAD (Formazione a distanza), valido per 3 crediti ECM, sulla pregressa pandemia da Virus H1N1.

Tutte le relazioni trattate in questo corso mantengono la loro validità perché, si valutano gli aspetti epidemiologici, organizzativi mondiali, nazionali, regionali ed aziendali, i rapporti tra ospedale e territorio, la comunicazione tra istituzioni e medici, tra medici e medici e tra medici e cittadini.

Durante l'anno, in particolare nei periodi di maggior diffusione dell'influenza, eventuali aggiornamenti saranno disponibili sul sito e segnalati a tutti i partecipanti. La partecipazione al corso FAD è totalmente gratuita, per iscriversi è sufficiente seguire le istruzioni che appaiono sul sito.



Firenze

Il Progetto "Medicina in Rete"

Il Progetto "Medicina in Rete" è una iniziativa promossa dalla Regione Toscana e dell'Ordine dei medici di Firenze finalizzata alla valutazione da parte di un incaricato dall'Ordine di tutti i siti Internet dei medici iscritti all'Ordine e delle strutture sanitarie dell'Area Vasta Centro della Toscana. Il Progetto, coordinato dal dott. Alfredo Vannacci, ha esaminato 123 siti di medici e strutture sanitarie per valutarne l'aderenza alle linee guida dell'Ordine, ratificate dalla Regione Toscana con apposita convenzione nell'ambito del decreto 2751 del 26/5/2007.

Da questo capillare lavoro di ricerca è emerso, tra l'altro, che il 49,6% dei siti esaminati non sono stati inclusi nel report finale in quanto non soddisfacevano i criteri di inclusione e che solo il 16,1% è risultato aderire alle linee-guida ordinistiche.

I siti "promossi" sono stati pubblicati in una apposita sezione del portale della Regione Toscana, mentre per quelli "bocciati" è prevista la possibilità di correzione da parte di webmaster e dei professionisti responsabili delle informazioni rese disponibili sul web.



Como

Posta elettronica certificata per gli iscritti all'Ordine

Come già precedentemente comunicato l'Ordine ha provveduto a stipulare una convenzione con la Società Aruba PEC s.p.a. per l'acquisto di caselle di Posta Elettronica Certificata. La procedura per l'attivazione delle caselle è la seguente:

- l'utente accede al portale www.arubapec.it;
- clicca in alto a destra su "convenzioni";
- inserisce il codice offerta da richiedere alla segreteria dell'Ordine (031/572613).

Nella pagina successiva deve inserire codice fiscale, cognome e nome. Il sistema verificherà che i dati inseriti corrispondano realmente ad un iscritto all'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia; l'utente dovrà inserire i dati richiesti; la richie-



sta della casella PEC viene salvata e vengono generati in PDF i documenti necessari alla sottoscrizione del servizio PEC.

La casella sarà attivata solamente dopo la ricezione via fax della documentazione sottoscritta allegando documento identità al numero di fax 0575 862026. Il servizio di help disk verrà erogato tramite il numero 0575/0500. Nessun onere sarà a carico degli Iscritti in quanto per i primi tre anni saranno pagate dall'Ordine. Non è necessario comunicare l'indirizzo di pec attivato in quanto viene trasmesso direttamente da Arubapec all'Ordine.

Taranto

Disposizioni in materia di sicurezza stradale

La Commissione Lavori pubblici-Comunicazioni del Senato nella seduta del 27 aprile 2010 ha approvato un emendamento di iniziativa governativa, riferito all'articolo 16 del testo base già approvato in prima lettura dalla Camera dei deputati, che recepisce le istanze della FNOMCeO. Nella fattispecie l'emendamento approvato sopprime l'articolo 16, comma 3, lettera b), capoverso 1-bis, con il quale si prevede l'obbligo del medico, venuto a conoscenza in modo documentato di una patologia del suo assistito che determini una diminuzione o un pregiudizio della sua idoneità alla guida, di darne tempestiva comunicazione scritta e riservata al Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, informando per iscritto l'assistito.



Ascoli Piceno

Comunicazione agli iscritti

A causa di un aumento notevole delle tariffe postali è stato necessario ridurre la frequenza della pubblicazione del nostro Notiziario. Gli iscritti possono trovare le informazioni di loro interesse sul sito web dell'ordine (www.ordinemediciap.it) e possono collaborare alla redazione del sito inviando alla segreteria dell'Ordine le notizie di possibile interesse per i colleghi. Chi non l'ha fatto è pregato di inviare all'Ordine il proprio indirizzo di posta elettronica: sarà informato con tempestività degli eventi e delle notizie di particolare rilievo.



Crisi di coppia, origini e conseguenze

di Lina Vita Losacco

Il numero dei divorzi in Europa è sempre più in ascesa con alte percentuali soprattutto nei paesi dell'Est dove Estonia (69,1 per cento), Repubblica Ceca (64,3 per cento) e Ungheria (56,3 per cento) seguono il primo posto del Belgio che, nel 2004, ha raggiunto il 72,1 per cento. Percentuali più basse riguardano Grecia (24 per cento), Spagna (23,6 per cento) e Italia con il 17 per cento nel 2003⁽¹⁾.

Ma dal rapporto Istat 2010 emerge che, in proporzione agli anni precedenti, il fenomeno in Italia è in evidente crescita. I 54.351 divorzi e le 84.165 separazioni del 2008, indicano un incremento del 7,3 e del 3,4 per cento rispetto all'anno precedente⁽²⁾.

Dov'è la causa del non funzionamento della coppia coniugale? Alcuni studi descrivono una sorta di "riduzione dell'investimento e dell'impegno tra i partner". Forse la responsabilità è anche nella cultura che sostiene l'individualismo con una maggiore tendenza a soddisfare i propri bisogni in forma autoreferenziale e a non entrare in relazione con l'altro/a. La conseguenza è una grande difficoltà a costruire un progetto di relazione di coppia e quindi la condanna alla solitudine. Certo "impegnarsi" ad accogliere e comprendere l'altro/a attraverso una comunicazione empatica⁽³⁾, facendo attenzione all'uso delle parole giuste, al tono della voce, allo sguardo, alla postura adeguati, sarebbe più arricchente e accrescerebbe la fiducia tra i partner. Una relazione affettiva, in cui si presuppone esser "connessi psicologicamente a un'altra persona", necessita di impegno e fiducia; proprio perché all'interno della relazione si comunicano emozioni, pensieri, intenzioni "ci si affida l'un l'altro". È la fiducia riposta reciprocamente che garantisce nel tempo la qualità della relazione nell'ambito della coppia. Anche quando tra le due persone vi sono bisogni o percezioni divergenti, è la fiducia tra loro che rende possibile la comprensione di eventuali necessità o di propri "nuclei psicologici" non risolti, il punto di vista o le intenzioni dell'altra persona. Se c'è fiducia e impegno ad ascoltare, l'eventuale interazione conflittuale diventa produttiva, anche lì dove sia caratterizzata da una coloritura emotiva.

Un conflitto con tali caratteristiche aiuta a crescere perché

permette la comunicazione e la conoscenza, libera emozioni represses, ansia e stress.

Ma cosa accade quando avviene la chiusura all'ascolto e al partner si attribuiscono colpe e responsabilità fino a creare "una inevitabile barriera che impedisce di riconoscere gli sforzi dell'altro"⁽⁴⁾?

La difesa ad oltranza di se stessi e la progressiva crescita di sfiducia nel partner portano ad un conseguente distacco emotivo e a continue azioni distruttive contro l'altro/a. Sfiducia e sofferenza, portano all'irrigidimento e a una tale inflessibilità da impedire ad entrambi i partner di trovare un accordo. Il conflitto in tal caso diventa distruttivo: l'intimità, la relazione affettiva, l'autostima e la sicurezza vengono soffocati fino a svanire.

Ma la presenza di conflitti distruttivi nella coppia coniugale che va in crisi, compromette anche la genitorialità. Le incomprensioni tra coniugi determinano spesso sofferenza nei figli, specie se non gli si spiega quel che sta accadendo. Sentirsi triangolati nel conflitto tra genitori, contribuisce in maniera significativa a un loro scarso adattamento e a relazioni qualitativamente povere con entrambi i genitori, aspetto che riguarda tutte le età dei figli, anche quella adulta⁽⁵⁾. Così che se la famiglia non è più la base sicura in grado di sostenere i processi di crescita ed esplorazione dello sviluppo umano a pagarne le spese sono sempre i figli. •



(1) I numeri europei. Infanzia e adolescenza in cifre 2007; 44

(2) Il matrimonio in Italia. Istat 2008, pubblicato nel 2010

(3) Eisenberg N. Emotion, regulation, and moral development. Annual Review of Psychology 2000; 51: 665-97

(4) Drigotas SM, Rusbult CE. Should I stay or should I go? A dependence model of breakups. Journal of Personality and Social Psychology 1992; 62 (1): 62-87

(5) Amato PR, Afifi TD. Feeling caught between parents: Adult children's relations with parents and subjective well-being. Journal of Marriage and Family 2006; 68: 222-35

Quattro italiani su dieci aspirano alla libera professione

di Antonio Gulli

Se ricevesse un sostegno economico e fosse confortato da servizi funzionanti, il 36 per cento degli italiani lascerebbe il proprio posto di lavoro dipendente e il 17 per cento sarebbe anche disposto ad aprire una propria impresa. Questo è il risultato di un'indagine – svolta quest'anno dal gruppo internazionale Kelly services – sull'orien-

tamento dei lavoratori italiani. Al momento solo uno su cinque lavora come free lance o consulente indipendente. In sostanza a frenare l'intraprendenza di questi quasi quattro italiani su dieci è la paura della variabilità dei guadagni (49 per cento); l'assenza di supporti e servizi (20 per cento) e, in ultimo, il rischio di fallimento (11 per cento). A livello europeo, quelli più intraprendenti sembrano essere i cittadini dei Paesi dell'Est – con in testa la Russia (58 per cento) e l'Ungheria (50 per cento) – mentre in Europa occidentale troviamo la Svizzera, il Regno Unito (entrambe al 49 per cento) e la Germania (41 per cento). In Francia la propensione alla libera professione si attesta sulla stessa percentuale dell'Italia. Quali le ragioni? I fattori che incidono nell'intraprendere la libera professione sono sia soggettivi, come la stima che si ha rispetto alle proprie capacità e la propensione al rischio, sia estranei all'individuo, come la difficoltà nell'ingresso nel mercato del lavoro dipendente; la crescita del tasso di scolarizzazione cui si accompagna un livello sempre più elevato di formazione specializzata; le trasformazioni che hanno segnato i cambiamenti sia strutturali che culturali con la comparsa di nuove tipologie contrattuali; la percezione che il lavoro nel futuro sarà sempre più connotato in termini indipendenti. Cioè, al lavoratore dipendente si chiede con sempre maggiore insistenza di farsi "imprenditore di se stesso" e di mostrare un alto livello di professionalità. Ma c'è un altro fattore che può giustificare questa voglia di intraprendenza verso la libera professione: il mancato riassorbimento – come lo definiscono gli esperti - del mismatch tra domanda e offerta. In sostanza cerchi un infermiere e trovi un comunicatore. Cerchi un addetto alla logistica e trovi un laureato in legge. Da quello che emerge dal Rapporto Excelsior Unioncamere, oggi in Italia si

cercherebbero 2260 sviluppatori software, 1560 farmacisti, 1850 programmatori informatici, 1580 fisioterapisti, 1420 addetti alla logistica. Oppure, tra le figure con skill più basse, 5420 ausiliari socio-assistenziali, 5260 assistenti socio-sanitari, 4230 cuochi. Gli introvabili, come li chiama il Rapporto, nel 2009 saranno 107.270, ossia il 20,5 per cento delle assunzioni che in totale raggiungeranno il numero di 523.620. Sarà anche questo ultimo aspetto a influire nella voglia – espressa da quattro italiani su dieci – ad esercitare una libera professione? Probabilmente sì, anche se – in fondo – pochi approfondiscono cosa può voler dire diventare un professionista o esercitare una professione. Trovare una definizione universalmente condivisa del termine professione è difficile. Forse la non conoscenza dei vari significati non incide più di molto sulla voglia di intraprendenza di molte persone, quanto può risultare frenante la consapevolezza che ai soggetti che operano in proprio è richiesta una continua rivisitazione critica del proprio capitale intellettuale. A confortare coloro che possono sentirsi impediti da questo aspetto possiamo richiamare il contributo di Schon – professore emerito presso il M.I.T. – il quale scrisse: "I professionisti migliori sanno più di quanto riescano a esprimere nel far fronte alle sfide giornaliere lanciate dal proprio lavoro, essi ricorrono a quel genere di improvvisazione che si apprende nel corso della pratica, più che a formule impartite durante gli studi universitari" (tr. it. 1993:55). •

Il 17 per cento degli italiani sarebbe anche disposto ad aprire una propria impresa





TEMPI E MODI PER LA PUBBLICAZIONE

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

Medicina del lavoro

Catania, 18 dicembre

Responsabile scientifico: dott. Giuseppe Saffioti

Argomenti: accertamenti sanitari di assenza di alcol e tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope nei lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi; normativa, procedure, metodologia, esami di laboratorio, diagnosi e riabilitazione, esperienze professionali, il ruolo della vigilanza

Relatori: dott. Saffioti Giuseppe, dott. Ramistella Ernesto, prof. Romano Guido, dott.ssa Barbera Nancy, dott. Mazza Carmelo, dott. Castorina Paolo, prof.ssa Proietti Lidia, dott. Pollaci Giuseppe, dott. Sciacchitano Carlo, dott. Rapisarda Vincenzo, dott. De Luca Santo

Informazioni: **Segreteria Organizzativa** Segreteria Ordine dei Medici di Catania
d.ssa Loredana Basile, e-mail: segreteria@ordinemedct.org, tel. 095 4035525, fax 095 498424

Ecm: evento in fase di accreditamento

Agopuntura e tecniche correlate

Brescia, 19 novembre, Facoltà di medicina

Direttore: prof. Claudio Maioli

Coordinatore didattico: prof. Sergio Perini

Struttura: il Corso è strutturato in 2 moduli (1° mod.: basi teorico pratiche; 2° mod.: diagnosi, clinica e terapia) di 625 ore complessive equivalente a 29 crediti formativi universitari (Cfu). Ogni modulo è organizzato in 12 seminari con attività di tirocinio e di studio guidato concluso con esame ed elaborato scritto

Informazioni: tel. 030 9966393, sito web: www.med.unibs.it

Ecm: il Corso esonera il sanitario dall'acquisizione di crediti ecm per l'anno 2011

Allattamento al seno: le iniziative amiche dei bambini

Nuoro, 15 novembre, Hotel Paradiso, Via Aosta n° 44

Responsabile scientifico: d.ssa Damiana Spanu

Alcuni argomenti: settimana mondiale dell'allattamento al seno, integrazione tra le professionalità che si occupano della coppia madre bambino anche nei mesi post partum, allattamento esclusivo sino al sesto mese e dopo il divezzamento

Destinatari: pediatri, ginecologi, medici di medicina generale, psicologi, infermieri pediatrici, puericultrici, assistenti sanitari, farmacisti e assistenti sociali

Informazioni: **Segreteria Scientifica** sig.ra Lucia Deiana, tel. 0784 240890

Ecm: in attesa di assegnazione crediti



Rome rehabilitation 2010

Dolor et functio laesa

Roma, 9-10-11 dicembre, centro congressi Hotel Ergife, Via Aurelia 617/619

Presidenti: dott. Valter Santilli, dott. Sergio Mameli

Argomenti: il ruolo della medicina del dolore e della medicina riabilitativa nel paziente con dolore persistente; sinergie tra medicina del dolore, medicina riabilitativa, medicina legale e del lavoro (Inail-Ispesl) e medicina sportiva

Informazioni: Segreteria Organizzativa Management srl, tel. 06 7020590, 06 70309842, fax 06 23328293, e-mail: info@formazione sostenibile.it

Ecm: medico chirurgo, fisioterapista, infermiere, tecnico ortopedico, terapeuta occupazionale, logopedista

Spondiloartriti sieronegative

Brescia, 11 dicembre, facoltà di Medicina e Chirurgia

Alcuni argomenti: inquadramento nosologico, diagnosi precoce, immunogenetica, spondiloartriti sieronegative in età pediatrica, la diagnostica per immagini, manifestazioni dermatologiche

Destinatari: medici chirurghi, infermieri, fisioterapisti, tecnici di laboratorio biomedico, biologi

Informazioni: Segreteria Scientifica d.ssa Angela Tincani, dott. Paolo Airò, dott. Franco Franceschini, dott. Roberto Gorla

Segreteria Organizzativa: Sparks di Clementina Rizzetti, Via D. Piccinini 2, 24122 Bergamo, tel. 035 237666, fax 035 4137429, e-mail: info@sparkseventi.com

Nutrizione, genetica, ambiente per l'educazione alla salute

Milano, 18-21 novembre, Hotel Executive, Via Don L. Sturzo 45

Presidenti: prof. Marcello Giovannini, prof. ssa Enrica Riva

Alcuni argomenti: Milanopediatria, storico appuntamento biennale, come nelle scorse edizioni vedrà come protagonisti i maggiori esperti di fama nazionale ed internazionale nel campo della pediatria, della nutrizione e della prevenzione

Informazioni: Segreteria Scientifica dott. G. Banderalli, dott. M. Sala, dott. S. Scaglioni, dott. E. Verduci

Segreteria organizzativa: Domm International, Via Rossini 1, 20122 Milano, tel 02 7779181, e-mail: stefania.sella@milanopediatria.it, sito web: www.milanopediatria.it, email: info@milanopediatria.it

Accademia internazionale di odontoiatria laser assistita

Laser nella pratica clinica dello studio odontoiatrico

Bologna, 27 novembre, centro corsi Martina, Via A. P. Orlandi 24

Presidente: dott. Gianfranco Franchi

Argomenti: il convegno offre ai medici ed agli odontoiatri la possibilità di approfondire le loro conoscenze dell'odontoiatria laser assistita nelle sue molteplici applicazioni attraverso relatori di chiara fama nazionale ed internazionale che da molti anni supportano la propria attività professionale con la tecnologia della luce laser

Informazioni ed iscrizioni: sito web: www.aiola.it, e-mail: damico@aiola.it, studiotalmonte@libero.it,

Segreteria Aiola: tel. 327 3840601

Ecm: richiesti crediti al ministero della Salute

Nutrizione al femminile

Bari, 19-20 novembre – Roma 21-22 gennaio

Docente: dssa. Lauletta Angela

Argomenti: il corso mira alla valutazione dell'importanza dell'alimentazione per la regolarità del ciclo mestruale, per la prevenzione di patologie gravidiche, climateriche e per la prevenzione e cura di infezioni uroginecologiche

Informazioni: Ainuc, Via Tacito 74, Roma, tel. 06 44202694, sito web: www.ainuc.it

Ecm: attribuiti 12 crediti formativi



Diabete e coronarie

Vigevano (Pv), 19 e 20 novembre, sala della Cavallerizza del Castello

Direttore Scientifico: dott. Carmine Gazzaruso

Comitato Scientifico: Adriana Coppola, Adriana Garzaniti, Carmine Gazzaruso, Andrea Giustina

Sessioni e letture: rischio coronarico; glicemia e non solo; aspirino-resistenza nel diabetico; controllo della glicemia e riduzione del rischio coronarico; disfunzione erettile: una questione di cuore; autonomia, obiettivi e ruolo dell'infermiere nella prevenzione cardiovascolare in diabetologia; ischemia miocardica silente; rivascolarizzazione miocardica nel diabetico

Destinatari: medici specialisti, medici di medicina generale e infermieri

Informazioni: Segreteria Organizzativa Nadirex International, Via Riviera 39, 27100 Pavia

Tel. 0382 525714, e-mail: info@nadirex.com

Università degli studi di Roma Tor Vergata

Agopuntura clinica

Roma, a.a. 2010 - 2011

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

Inizio Master: 26 novembre 2010

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

Ecm: assolti per i 3 anni del master

Società italiana di gerontologia e geriatria

Invecchiamento e longevità: più geni o più ambiente?

Firenze, 30 novembre-4 dicembre, Palazzo dei Congressi

Responsabile Scientifico: prof. Niccolò Marchionni

Obiettivi: il Congresso rappresenta un momento importantissimo nella programmazione scientifica e formativa ecm delle società scientifiche più accreditate a livello nazionale. La Sigg ed i suoi associati hanno la grande responsabilità di valutare e gestire le più importanti patologie che caratterizzano la vita dell'anziano

Alcuni argomenti: biotecnologie e farmaci innovativi in oncologia e reumatologia, nefroprotezione e insufficienza renale cronica nell'anziano, fibrillazione atriale, diabete tipo 2 e controllo glicometabolico nell'anziano

Informazioni: Promo Leader Service Congressi, Via della Mattonaia 17, 50121 Firenze, tel. 055 2462201

sito web: www.sigg.it; e-mail: sigg@promoleader.com

Ecm: in fase di accreditamento per medici chirurghi, infermieri, psicologi, assistenti sociali

Gluteoplastica

Roma, 27 novembre, hotel Aran Mantegna, Via Mantegna

Presidenti: dott. Nicolò Scuderi, dott. Flavio Saccomanno

Relatori Stranieri: Raul Gonzales, Luis Montellano

Comitato organizzatore: Pierfrancesco Cirillo, Claudio Bernardi, Luca Piovano

Informazioni: Segreteria Organizzativa Joining People srl

tel. 06 2020227, fax 06 20421308, e-mail: info@joiningpeople.it

Società italiana di ginecologia e ostetricia

Donna oggi: essere e benessere

Milano, 14-17 novembre, c/o Fiera Milano City

Presidenti: d.ssa Alessandra Graziottin, dott. Nicola Natale

Alcuni argomenti: chirurgia: tradizione, miniinvasità, futuro; cellule staminali e trapianti, identità e genere: donna e società; sterilità: pma o altro; gravidanza fisiologica e complicata

Informazioni: Segreteria Scientifica dott. Antonio Canino, dott. Andrea Natale, dott. Nicola Strobelt

Segreteria Organizzativa: Triumph c&c, Via Lucilio 60, 00136 Roma

tel. 06 355301, fax 06 35340213, e-mail: sigo2010@triumphgroup.it



Percorso riabilitativo per la persona amputata di arto inferiore

Milano, 25-26 novembre, Istituto Auxologico Italiano, Via Mosè Bianchi 92

Presidente: prof. Luigi Tesio

Responsabile Scientifico: dott. Marco Traballes

Obiettivi: migliorare le capacità relazionali e comunicative nella presa in carico del paziente, acquisire abilità manuali, teoriche e pratiche relative alle problematiche connesse al paziente amputato (scelta, prescrizione, addestramento all'uso della protesi più idonea) in base alle caratteristiche cliniche/morfologiche del paziente

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

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

Ecm: richiesti crediti ecm

Giornate oncologiche dei Castelli romani

Frascati, 26-27 novembre, Scuderie Aldobrandini, Piazza Marconi 6

Direttore: dott. Francesco Cammareri

Alcuni argomenti: tumore alla mammella, nuove tecnologie in diagnostica senologica, farmaci attivi in fase adiuvante, endocrinoterapia, terapia antiangiogenetica

Informazioni: Segreteria Scientifica dott. Francesco Cammareri, dott. Michele Rosselli, dott. Alfonso Lisi, dott. Vincenzo Bianco

Segreteria Organizzativa: Gamma Congressi, Via Achille Loria 8, 00191 Roma

tel. 06 36300769, 06 36304628, fax 06 3290694, e-mail: info@gammacongressi.it, sito web: www.gammacongressi.it

Associazione italiana per lo studio della neuroestetica

Neuroestetica: arte e cervello

Roma, 7 dicembre, Accademia dei Lincei, Via della Lungara 10

Argomenti: arte e cervello, musica e cervello, il corpo come agente cognitivo, bellezza eterna della forma e del colore nella pittura astratta, dal colore all'anima, universalità dell'umanesimo fra scienza e fede, neuroestetica e umanesimo delle scienze

Relatori e moderatori: Lamberto Maffei, Giovanni Berlucchi, Antonio Federico, Giuliano Avanzini
Chiara Cappelletto, Giusy D'Arrigo, S.E. Mons. M. S. Sanchez, Salvatore Giaquinto, Fabrizio Vinci

Informazioni: dott. Fabrizio Vinci, e-mail: fabriziovinci@yahoo.it

Oncologia interventistica

Pavia, 22-23 novembre, Centro studi fondazione Maugeri, Via Maugeri 6

Responsabili scientifici: dott. Guido Poggi, dott. Marcello Maestri, dott. Pietro Quaretti

Destinatari: oncologi, chirurghi, radiologi interventisti, gastroenterologi, terapisti del dolore

Argomenti: l'obiettivo di questo convegno è di illustrare le novità emergenti in ambito oncologico, radiologico, chirurgico e biologico inerenti l'oncologia interventistica con particolare riferimento alle patologie oncologiche epatiche, polmonari, renali ed ossee

Informazioni: Segreteria Organizzativa Studio Congressi, Viale Libertà 17, Pavia

e-mail: info@studio-congressi.com, sito web: www.studio-congressi.com, tel. 0382 21424

Ecm: richiesti crediti al ministero della Salute

Università di Roma La sapienza

Economia e management in ospedale e nei servizi sanitari territoriali

Roma, a.a. 2010/2011

Direttore: prof. Antonio Boccia

I Corsi intendono approfondire gli strumenti metodologici di natura epidemiologica ed economica fondamentali ai fini dell'esercizio della professionalità manageriale in ospedale, nell'ambito dell'assistenza sanitaria distrettuale e dell'assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro. La scadenza per la presentazione delle domande è il 30 novembre

Informazioni: prof. Antonio Boccia, d.ssa Maria Rosaria Vacchio, dott. Massimiliano Chiarini e d.ssa Stefania Catanzaro, Centro didattico polifunzionale, Università Sapienza Roma, Viale Regina Elena 324, 00161 Roma
tel. 06 49970251, fax 06 4958348

e-mail: rosaria.vacchio@uniroma1.it, sito web: www.uniroma1.it/studenti/corsi/altaformazione



Associazione day surgery Italia

Fast track surgery colonproctologica e del pavimento pelvico

Genova, 19-20 novembre, hotel San Biagio, Via Romairone 14

Presidenti: dott. Carlo Maria Iachino, dott. Franco Alessandri, dott. Samir Sukkar

Alcuni argomenti: nuova realtà per la chirurgia, informazione al paziente, valutazione e ottimizzazione del rischio operatorio, ruolo dell'infermiere, dell'anestesista, del chirurgo, del nutrizionista

Informazioni: Segreteria Scientifica dott. Martino Saccone, dott. Antonio Eugenio Costigliolo

Segreteria Organizzativa: P&P srl, Marco Pietri, Viale Sarca 41, 20125 Milano

tel. 02 66103598, fax 02 66103840, e-mail: info@pep-congressi.it, info@daysurgeryitalia.it, sito web: www.daysurgeryitalia.it

Ecm: l'evento è stato registrato al ministero dell Salute, come da programma ecm

Medicina Osteopatica

Zanica (Bg), 19-21 novembre, Via Roma 38

Direttore Scientifico: dott. Stefano Polistina, dott. Luca Gastoldi

Argomenti: Corso quinquennale di medicina osteopatica che si articola in dieci seminari annuali. Ogni anno viene effettuato un esame finale teorico-pratico. L'osteopatia è una metodologia di approccio e terapia manuale particolarmente benefica in medicina funzionale che si basa su conoscenze anatomiche e neurofisiologiche precise ed attuali

Informazioni: Segreteria Scientifica dott. Stefano Polistina, cell. 335 5367603, e-mail: polist@libero.it

Segreteria Organizzativa: Bagatto srl Bergamo, sito web: www.aifromm.it, cell. 334 2870843, e-mail: info@aifromm.it

Oltre le identità. Radici storiche culturali e religiose dell'Europa

Roma, 27 novembre, Università Pontificia Salesiana, P.zza dell'Ateneo Salesiano 1

Responsabili scientifici: Gruppo italiano dell'Association Internationale d'Etudes Médico-Psychologiques et Religieuses:

L.S. Filippi, A.M. Lanza, P.E. Simeoni, S. Zipparrì

Obiettivi specifici: potenziare la preparazione umana globale del medico

Informazioni: dott. Salvatore Zipparrì, 06 8293936; 339 3411654

e-mail: szipparrì@italianhospitalgroup.com; salzip@interfree.it

Diagnosi in psichiatria dell'età evolutiva

Bologna, 30 novembre-1 dicembre

Argomenti: diagnosi in psichiatria dell'età evolutiva: la questione del disturbo di personalità; semeiologia clinica e approcci teorici; percorsi formativi e clinici in psichiatria dell'età evolutiva

Obiettivi: il congresso intende dare rilievo all'aspetto semeiologico, alla finalizzazione del trattamento e all'apporto che i diversi approcci teorici intendono fornire

Informazioni: Segreteria Scientifica dott. Mauro Ferrara, dott. Gabriel Levi, d.ssa Anna Peloso,

dott. Giancarlo Rigon, dott. Giorgio Rossi

Segreteria Organizzativa: Planning Congressi srl, tel. 051 300100, fax 051 309477

e-mail: a.arena@planning.it, sito web: www.planning.it

Complessità delle cure in medicina generale

Perugia, 19-20-21 novembre, centro congressi

Direzione scientifica: dott. M. Lucarelli, dott. G. Monsù, dott. A. Polito

Argomenti: la complessità delle cure nelle patologie dismetaboliche, in medicina non convenzionale, nelle patologie cardiovascolari, nelle patologie respiratorie, in oncologia e terapia del dolore, nelle malattie infiammatorie

Informazioni: Segreteria Congressuale Ble Group srl, tel. 0823 301653, d.ssa Alessandra Mingione, cell. 348 4233474

Associazione per medicine non convenzionali in odontoiatria

Medicina odontoiatrica biologica

Bologna, 26 - 27 novembre, Savoia Hotel Regency, Via del Pilastro 2

Informazioni: Segreteria Organizzativa d.ssa Rita Tronconi, cell. 347 3140770

e-mail: ritatronconi@libero.it; Sig.ra Cinzia, tel. 06 5291244; e-mail: segreteria@amnco.it

Segreteria Scientifica: dott. Salvatore Bardaro, e-mail: presidente@amnco.it, sito web: www.amnco.it

Ecm: richiedi crediti ecm

14 NOVEMBRE 1951

Un'alluvione di particolare violenza si abbatte sul Polesine e buona parte del delta padano. I danni sono ingenti; solo l'anno dopo si potrà dire completato il prosciugamento della zona.

4 NOVEMBRE 1956

L'Armata rossa sovietica entra in Ungheria: viene brutalmente posto fine al processo di democratizzazione voluto dalla popolazione.

16 NOVEMBRE 1960

Clark Gable muore a 59 anni stroncato da un infarto.

Clark Gable



Novembre e le sue storie...

Solo gli imbecilli non si sbagliano mai. de Gaulle, in conversazione privata



22 NOVEMBRE 1988

Il cacciabombardiere americano Stelth B 2, l'aereo "invisibile", viene presentato al pubblico.

8 NOVEMBRE 1962

In Germania ovest vengono trasmesse per la prima volta immagini televisive a colori utilizzando il sistema Pal.

20 NOVEMBRE 1975

Muore in Spagna Francisco Franco. Solo due giorni dopo Juan Carlos I viene proclamato re.

Francisco Franco



19 NOVEMBRE 1977

Il capo di stato egiziano Anwar al-Sadat si reca a Gerusalemme in visita di pace.

Anwar al-Sadat



4 NOVEMBRE 1979

A Teheran i fondamentalisti attaccano l'ambasciata degli Stati Uniti. Tutto il personale dell'ambasciata viene fatto prigioniero.

19 NOVEMBRE 1985

In Svizzera, a Ginevra, si danno appuntamento i presidenti degli Stati Uniti e dell'Unione sovietica, Reagan e Gorbacèv. Usa e Urss non si incontravano dal 1979.

20 NOVEMBRE 1989

Leonardo Sciascia muore a Palermo.



23 NOVEMBRE 1990

Il Milan allenato da Sacchi si aggiudica la sua seconda Coppa Intercontinentale consecutiva.

13 NOVEMBRE 1994

Michael Schumacher è il primo tedesco che si laurea campione del mondo di automobilismo. Avviene sul circuito australiano di Adelaide.

Michael Schumacher



Radio Vaticana, finestra sul mondo

Nata nel 1931, oggi l'emittente vanta trentacinque redazioni linguistiche, composte da persone di ben 60 nazionalità differenti.

Sul suo sito www.radiovaticana.org si possono trovare 38 pagine web in lingue diverse ed ascoltare le trasmissioni in diretta oppure "on demand"

di Debora Donnini

Il ministro nazista Joseph Goebbels voleva ridurre al silenzio la Radio Vaticana che, già all'inizio della seconda guerra mondiale, trasmetteva in 9 lingue. Costituiva, infatti, un mezzo di libera informazione, tanto che la resistenza francese distribuiva clandestinamente alcune trasmissioni trascritte. A Goebbels non doveva essere piaciuto, tra gli altri, anche quel radiomessaggio del Natale 1942: il Papa parlò della persecuzione contro "quei centinaia di migliaia di individui che, senza qualsiasi colpa loro, qualche volta solamente per ragioni della loro nazionalità o razza, sono stati designati per

la morte o per l'estinzione progressiva".

La Radio Vaticana nasce nel 1931. Per realizzarla all'interno dello Stato della Città del Vaticano, Pio XI chiama Guglielmo Marconi e la inaugura con un discorso in latino seguito con commozione nel mondo. La direzione viene affidata ai Gesuiti. La sua "vocazione" è quella di "annunciare con libertà, fedeltà ed efficacia il messaggio cristiano e collegare il centro della cattolicità con i diversi Paesi del mondo". Oltre, dunque, all'ampio spazio dedicato al Papa e alla Santa Sede, fin dal suo esordio la Radio Vaticana, in quanto cattolica, cioè universale, ha un'attenzione particolare verso tutti i paesi della Terra. Non solo verso la realtà delle Chiese locali, ma anche per gli avvenimenti politiche e sociali. Ampio spazio, per esempio, nei radiogiornali in italiano viene dedicato ai cinque continenti: dalle guerre dimenticate dell'Africa alle sofferenze dei cristiani in alcune zone dell'India fino alle recenti violenze verso

alcune giovani ragazze cristiane in Pakistan. Possono essere le elezioni in Venezuela, la situazione in Sudan in vista del referendum per l'autodeterminazione del Sud o le navi assaltate in Somalia l'occasione per parlare di questi paesi. Ma ampio è lo spazio dedicato anche alle scuole, agli ospedali, alle tante opere di carità che i missionari, spesso senza le luci dei riflettori, portano avanti nel mondo. E proprio i contatti con queste realtà sono "ponti" per arrivare nei paesi più lontani.

Oggi alla Radio Vaticana ci sono 35 redazioni linguistiche, alcune delle quali, come quella indiana, trasmette non solo in inglese, ma anche in tamil, hindi, malajalam e urdu. Una ricchezza di culture che permette un proficuo scambio fra le redazioni e che si percepisce anche dalle 40 lingue parlate dai microfoni dell'emittente. Alla Radio Vaticana lavorano persone di ben 60 nazionalità differenti. Sul suo sito, www.radiovaticana.org, si possono trovare 38 pagine

web in lingue diverse e, di fatto, 11 alfabeti. Qui si possono ascoltare in diretta o "on demand" le trasmissioni e sentire i clip audio di servizi o interviste realizzati dalle diverse redazioni. Una vera e propria finestra sul mondo. Ma anche una preziosa fonte di informazioni per i giornalisti. La Radio Vaticana, per esempio, ha seguito il Sinodo dei vescovi del Medio Oriente con una pagina web in 6 lingue, italiano, arabo, armeno, francese, inglese e per la prima volta in ebraico. Una rivoluzione, quella del web e del satellite, che si aggiunge alle classiche fm, onde medie e corte con cui si poteva seguire la Radio Vaticana.

Tutti i radiogiornali in italiano offrono un'ampia panoramica dell'attività del Papa e della Chiesa, specialmente quello delle ore 14 che ha anche un bollettino scritto. E in tutti è presente spazio per la scena internazionale. Più marcato in quelli delle 8 e delle 12. Nei notiziari delle 17 e delle 19.30, con replica alle 21 e alle 23, c'è anche una particolare attenzione all'Italia. L'ampia varietà di argomenti è possibile anche grazie al fatto che sono edizioni che durano dai 10 minuti ai 30. I programmi vengono tra l'altro ritrasmessi da più di un migliaio di emittenti fin nei più remoti angoli della Terra. La Radio Vaticana, poi, dà voce alla cronaca del mondo alla luce del Magistero della

**I programmi
vengono
ritrasmessi da più
di un migliaio
di emittenti fin
nei più remoti
angoli della Terra**



Chiesa e con uno sguardo particolare di attenzione ai “segni dei tempi”. E a volere conoscere la voce della Chiesa non sono solo i cristiani, tant’è vero che, specialmente in paesi come Cina e India e in molti di lingua araba, la maggior parte degli ascoltatori non lo sono.

Ma è la storia stessa a raccontare la vocazione internazionale della Radio Vaticana. Nel 1940 Pio XII vuole al suo interno un ufficio per lanciare appelli attraverso cui rintracciare persone disperse

e mandare messaggi delle famiglie ai prigionieri. Un caso emblematico: quando l’Italia era spaccata in due, nel 1944 a Legnano nonni e zii seppero della nascita della loro nipotina, Angela, tramite la Radio. In 6 anni vengono trasmessi più di 1 milione e 200 mila messaggi. Negli anni della cortina di ferro si moltiplicano le redazioni dei paesi dell’Est. Si rinforzano anche le trasmissioni dirette in Africa, Asia e America latina, tanto che il Concilio Vaticano II viene seguito in 30

lingue diverse. La vocazione a rintracciare civili durante la guerra ritorna nel 1999 con la fuga della popolazione di etnia albanese dal Kosovo verso l’Albania e la Macedonia per la persecuzione di Milosevic e l’intervento della Nato in loro difesa. Nasce una trasmissione, “Speciale Balcani”, in italiano e albanese, che supporta la Caritas locale nell’emergenza umanitaria e aiuta le famiglie separate a ritrovarsi.

Grande novità che prende il via con il Giubileo del

2000 è la trasmissione “Jubilaeum” che su fm e onda media trasmette le notizie sull’evento. Il grande raduno dei giovani a Tor Vergata, a Roma, viene seguito con una diretta in 17 lingue. Da questa esperienza nasce su fm 105 “One-O-Five Live” che a Roma e nel Lazio segue in diretta l’attualità con dibattiti, rassegne stampa e rubriche. Tra gli ospiti esponenti della Chiesa, ma anche politici, sindacalisti, cantanti. Alla Radio Vaticana c’è spazio anche per chi ama la musica, la letteratura o vuole seguire le liturgie: dalle Lodi alla Santa Messa, dal Rosario fino alla preghiera della Compieta.

La Radio, oggi guidata dal direttore generale padre Federico Lombardi e dal direttore dei programmi padre Andrei Koprowski, segue con particolare attenzione i viaggi apostolici del Papa come tutta la sua attività. La registrazione di udienze e cerimonie pontificie vanno a formare l’archivio sonoro della voce del Pontefice di cui la Radio è depositaria. Ma l’emittente radiofonica racconta da vicino anche altri avvenimenti come il Meeting per l’Amicizia fra i Popoli a Rimini e, da due anni, con un suo stand.

La Radio Vaticana è, dunque, davvero una finestra sul mondo con la possibilità di far arrivare fino agli estremi confini della Terra la voce del Papa e quanto accade in un mondo sempre più globalizzato. •

Un dottore seduto alla "cattedra santa"

Pietro Hispano, salito al soglio pontificio nel 1276 con il nome di Giovanni XXI, si distinse in campo scientifico essendo l'autore, oltre che dell'opera filosofica *Summulae logicales*, del trattato *Liber oculorum*, che gli regalò la fama di oculista, e del ricettario *Thesaurus pauperum* per la cura delle malattie

di Luciano Sterpellone

Non è che avesse tendenze "triviali". Ma quando ancora giovanissimo si era recato a Parigi per istruirsi nelle "Scienze del Trivio", Pietro Juliani non voleva certo studiare... volgarità: solo che *Trivio* era detta a quei tempi la triade di tre nobili materie come la grammatica, la dialettica e la retorica, in contrapposizione al *Quadrivio*, che riguardava l'aritmetica, la musica, la geometria e l'astrologia. Questi corsi, più o meno corrispondenti alla nostra scuola media, erano poi seguiti dallo studio della "Filosofia", comprendente sia le Scienze naturali e morali sia la Teologia.

Conseguito il *magisterium*, il giovane Pietro – che pur essendo nato a Lisbona (intorno al 1220), veniva detto Hispano – aveva voluto seguire le orme del padre, medico, studiando Medicina a Parigi (o Montpellier?), ove secondo l'usanza del tempo le lezioni venivano tenute in un postribolo. Indi se ne andò a Siena per iniziare la professione, incontrando inizialmente le



Papa Giovanni XXI (Courtesy of the National Library of Medicine)

**Pietro Spano,
lo qual giù luce in dodici libelli
(Dante, Paradiso, XII, 134-135)**

difficoltà di tutti: al punto che, a corto di denaro, fu costretto a vendere, per "sette lire in denari minuti" al Priore del Monastero di

Selva del Lago, un bellissimo esemplare in pergamena della *Bibbia* di cui era in possesso. E sempre a Siena, per visitare "un certo Pier-

zi Nollo che s'era affetto da lebra", ricevette come onorario dal Podestà la deludente somma di venti soldi. Dal 1245 al 1250 insegnò poi Medicina al locale ateneo.

Negli anni successivi Pietro diverrà medico e amico di tre pontefici: Urbano IV, Clemente IV e Gregorio X, che lo nominò Archiatra pontificio. Dopo un paio di anni anche Gregorio X morì, così come accadde al suo successore, Innocenzo V, il cui papato durò solo pochi mesi. Insomma una vera "moria" pontificia.

Quando si dice il destino: anche il successore di Innocenzo – Adriano V – rese l'anima a Dio nel breve volgere di 38 giorni di pontificato. E – sorpresa per tutti – la sera del 16 settembre 1276 il Conclave elesse papa proprio lui, Pietro Hispano (che nel frattempo era stato nominato Cardinale e Vescovo di Tuscolo), il quale assunse il nome di Giovanni XXI saltando a piè pari un Giovanni XX mai esistito sul trono di Pietro.

La sua elezione suscitò aspre critiche da parte di coloro che, proprio perché ne conoscevano le virtù guaritrici, lo consideravano più che altro un "mago e negromante" che esercitava la propria attività al di fuori del consueto campo delle scienze canoniche.

Anche lo storico tedesco Ferdinand Gregoriovius riferisce che i cronisti del tempo consideravano il nuovo pontefice "un pazzo sapiente seduto sulla Cattedra santa, uomo senza scrupoli e di-

gnità". Dante Alighieri, ben conoscendone il valore, lo poneva invece nel Cielo del Sole, ricordandolo nel XII canto del *Paradiso* ("Piero Spano, lo qual giù luce in dodici libelli").

I "dodici libelli" scritti dal medico-papa costituiranno il testo di Logica più diffuso in tutte le Scuole di filosofia per quasi tre secoli. Ma quel che qui più interessa è il suo *Liber oculorum*, che gli diede fama di medico oculista, e dal quale è oggi possibile trarre un'idea ben precisa dello stato dell'arte dell'oculistica nella seconda metà del XIII secolo. Il libro è suddiviso in tre parti, delle quali la prima dedicata all'anatomia e fisiologia dell'occhio, la seconda alle malattie oculari, e la terza alla terapia.

Secondo Pietro Hispano, la percezione visiva si esplica nel cristallino, da cui lo "spirito visivo" o "pneuma visivo" passa lungo il canale centrale dei nervi ottici: i disturbi della vista dipendono perciò dall'ostruzione di questo canale o dall'"ispessimento" del "fluido etereo". Bellissima è la sua definizione della vista: "Vedere è paradiso de l'anima uscente per li occhi."

Pietro raccomanda ad ogni collega cautela nell'applicazione oculare dei medicamenti: afferma testualmente nel *Liber*: "Che neu-na medicina de' molto stare sopra l'occhio, ma devesi spesso mutare; però ch'io vidi una volta uno giovane percosso d'una petrella in su l'occhio, al quale un medico di chirurgia vi legò so-

pra un empiastro, e molto ne sciolse infino al terzo dì; e poi quando lo dislegoe trove l'occhio fracido".

Giovanni XXI non si limitò a dare consigli. Provvide personalmente alla creazione e preparazione di colliri, tra i quali uno a base di limatura d'argento, rame, ferro, piombo o oro "a seconda della ricchezza o la povertà de lo infermo": un collirio della cui "laude è da tacere in terra, però che non si può competere". Doveva tuttavia servire a molti usi se egli stesso afferma che "monda li lebbrosi, ogni macula oculare disfa, conserva la giovinezza, bel-

lo colore fa sopra tutte le cose".

Di questo insolito pontefice è rimasta un'altra interessante pubblicazione, il *Thesaurum pauperum*, un libretto di medicina pratica alla portata di tutti, quasi interamente incentrato sulla terapia, che descrive mezzi molto semplici per guarire da varie malattie, ovviamente anche da quelle oculari, per le quali privilegia il latte di donna. Si tratta di indicazioni oggi risibili, ma coerenti con le precarie conoscenze del tempo: ad esempio "l'occhio della cornacchia applicato al collo sana ogni infermità degli oc-

chi", "quando la luna scema, cògli la radice della cor-regiola e portandola non havrai mai male d'occhi", oppure "il fiele dell'avvoltoio mescolato nel vino mirabilmente giova a chiarificare lo vedere".

Colliri che rimarranno nel tempo, se è vero che anche Michelangelo Buonarroti se ne giovò tre secoli dopo mentre affrescava la Cappella Sistina.

Ma, anche se medico e letterato, Pietro Hispano non trascurò mai i doveri della tiara, vigilando sulle eresie e facendo da intermediario in aspre dispute internazionali, tentando ad esempio di conciliare Rodolfo d'Asburgo con Carlo d'Angiò.

Per meglio attendere ai propri impegni e approfondire le proprie conoscenze mediche, si fece costruire a Viterbo, accanto al Palazzo Ducale, una stanza da cui poteva godere uno splendido e sereno panorama. Ma gli era riservato lo stesso destino dei suoi più immediati predecessori: "Anche lui non visette più d'otto mesi". Riportano le cronache: "Il 20 maggio 1277, dormendo nella sua camera gli cadde la volta di sopra addosso, e fu ritrovato sotto le pietre e i legni pressoché morto. E in capo a sette giorni, presi tutti i sacramenti della Chiesa, finalmente morì".

Con grande scorno dei cardinali, ai quali era solito dire che il suo sarebbe stato un pontificato molto lungo in quanto lui, medico, sapeva benissimo come mantenersi in ottima salute... •

PETRI HISPANI SVMMVLAE LOGICALES C V M V E R S O R I I P A R I S I E N S I S

CLARISSIMA EXPOSITIONE.

Paruum item Logicalium eidem Petro Hispano ascriptum opus,
nuper in partes ac capita distinctum.

QVAE OMNIA A MARTIANO ROTA INFINITIS PER
erroribus maxima sunt diligentia castigata.

Duos demum Indices nunc primum excogitatos, quorum alter singulorum
textuum ac capitum, alter vero, eorum; quae in toto opere scitu
digna habentur, imprimi curauimus.



V E N E T I I S,
A P V D F. S A N S O V I N V M.

M D L X X I I.
Sum. Joh. Georgii a. Wex.
dorisheim

Libri ricevuti

di G. F. Barbalace

**Il padre prodigo**

Viviamo in tempi di grandi mutamenti sociali, e questi cambiamenti comportano nuovi rapporti familiari, nuovi ruoli genitoriali e nuovi impegni educativi e sempre più spesso si sente parlare di emergenza educativa.

Col suo lavoro Flavio Della Croce, medico e adolescentologo, tratta un problema che la famiglia e la società sembrano impreparate ad affrontare. Più le problematiche giovanili aumentano, più si percepisce l'assenza della guida delle figure genitoriali e la necessità di restituire alla famiglia, in particolare alla figura paterna, il ruolo e l'autorità che le competono per ridare equilibrio e stabilità ai componenti della cellula base della società. Si tratta di un'impresa non facile. Gli argomenti presentati nel libro vogliono indicare una casistica dei problemi da affrontare per ricostruire, con gradualità ed efficacia, una nuova presenza del padre nella comunità umana.

Flavio Della Croce
"Il padre prodigo"

Editrice Berti, Piacenza - pp. 189, euro 12,00

**Pietro Panzeri**

Con una accurata ricerca bibliografica e d'archivio, Nunzio Spina rievoca la vita e le opere di un chirurgo milanese di fine ottocento quasi dimenticato, ma considerato "il primo faro dell'Ortopedia italiana".

Pietro Panzeri fu infatti un pioniere e un innovatore nelle malattie infantili e nelle deformazioni scheletriche. Nel 1876 egli organizzò per primo l'ambulanza ortopedica, una struttura sanitaria dedicata esclusivamente all'Ortopedia. Nel 1884 tenne il primo corso di Ortopedia e fondò nello stesso anno la prima rivista specialistica intitolata *L'Archivio di Ortopedia*. Sempre lui diede vita e impulso all'Istituto dei Rachitici di Milano, oggi Istituto Gaetano Pini, e all'Istituto Rizzoli di Bologna. L'appassionata opera del Panzeri, che ha aperto la strada ad una fulgida schiera di successori, con questo libro recupera a pieno la notorietà e i riconoscimenti che gli sono dovuti.

Nunzio Spina
"Pietro Panzeri"

Edizioni Simple, Macerata - pp. 141, euro 12,00

Perdere e mantenere il peso con il tuo diabetologo

Riccardo Dalle Grave e Felice Mangeri hanno preparato questo utile manuale per le persone affette da diabete di tipo 2 e per coloro che sono a rischio di svilupparlo. Il libro propone un programma basato sulle procedure della terapia cognitivo-comportamentale per la gestione dell'obesità associata al diabete, che prevede un rapporto educativo-terapeutico fra il paziente e il medico per giungere ad un'intesa e a una collaborazione capaci di portare a risultati duraturi. Questo metodo, definito auto-aiuto guidato, insegna a valutare le motivazioni che suggeriscono la necessità di dimagrire; come ottenere la perdita di peso; come mantenere il peso raggiunto anche a lungo termine e come affrontare gli ostacoli che si incontrano in questa ultima fase.

R. Dalle Grave, F. Mangeri
"Perdere e mantenere il peso con il tuo diabetologo"

Positive Press, Verona - pp. 175, euro 18,00

**Peranesità**

Con quest'opera Ermete Pellicciotta dimostra un grande amore per il suo paese d'origine, Perano, piccolo centro in provincia di Chieti, che vive ancora delle sue antiche tradizioni. Questa ricerca, che attinge ad una realtà ancora viva, ha il significato e il valore di lasciare una traccia sicura alle generazioni future. Partendo da un dotto studio storico e linguistico del padre Raffaele, Ermete ricostruisce l'origine del nome di Perano. Raccoglie poi direttamente dalla voce della gente episodi, storielle e tutta una serie di soprannomi e proverbi ancora largamente usati, testimonianza della cultura, della mentalità e della bonomia dei peranesi. Le osservazioni linguistiche sul dialetto di Perano, ricco di espressioni antichissime e poetiche, raccolte nel volume, sono molto interessanti e ne abbozzano la struttura grammaticale che meriterebbe di essere ulteriormente sviluppata.



Ermete Pellicciotta
"Peranesità"

Pubblicato in proprio - pp. 160, tel. 011-616609

Le caste secondo il popolo 1978



Un testo forte, coraggioso, capace di scuotere la coscienza e le certezze del lettore e costringerlo ad interrogarsi. Il libro è una critica di quelle élite che gestiscono la cultura ritenuta inutile da Gloria Capuano, così come è data, per avanzare nella democrazia.

Il dettato dell'articolo 21 della Costituzione afferma: "tutti hanno il diritto di manifestare liberamente il proprio pensiero con la parola, lo scritto e ogni mezzo di diffusione". Per l'autrice è però un dettato teorico, inoperante e falso perché il semplice cittadino non ha alcuna possibilità di divulgare il proprio pensiero, mentre questa libertà rimane appannaggio dei soli professionisti dell'informazione.

L'auspicio è la realizzazione di un vero Giornalismo della Pace, che riesca a portare allo stesso livello di consapevolezza i popoli del mondo.

Gloria Capuano

"Le caste secondo il popolo 1978"

Nuova Impronta Edizioni, Roma - pp. 192, euro 12,00

Un uomo solo

Giuseppe Versace ricostruisce le vicende che hanno portato all'apertura dell'Ospedale psichiatrico provinciale di Reggio Calabria dalla sua programmazione, nel 1906, alla sua inaugurazione, nel 1932, superando molti contrattempi, tra i quali i danni del terremoto del 1908 e la I Guerra Mondiale. Questa ricostruzione offre all'autore l'occasione di fare una cronistoria del disturbo mentale con particolare attenzione alle vicissitudini degli ammalati di mente della provincia calabrese, che, prima dell'apertura dell'Ospedale psichiatrico, venivano ricoverati in altre città. Gli argomenti riguardanti il dramma della malattia mentale, la storia del manicomio, del miglioramento delle sue strutture e del personale sanitario, che nel testo sono svolte con trattazioni separate, hanno come tematica comune l'attenzione per l'ammalato e le attente considerazioni dell'autore su questo drammatico problema sociale.

Giuseppe Versace

"Un uomo solo"

Falzea Editore, Reggio Calabria - pp. 107, euro 14,00



In breve

Vanni Negro

LA LUNA NEL POZZO

Silloge di poesie in versi sciolti, divise in tre sezioni. Nella prima, intimistica e intellettuale, il poeta esprime sentimenti ed emozioni personali. Nella seconda formula una disincantata osservazione del mondo. Nell'ultima, in cui riscopre il piacere delle rime e dei giochi di parole, trova il modo di stupire e far sorridere il lettore.

Montedit, Melegnano (MI) - pp. 115, euro 12,50

Morena Musiani

IL CHIARO E L'OSCURO. STORIE DI DONNE

Brevi storie di donne, di amore, di sottomissione, di tradimento, di paura, di sogni, di maternità inattesa, di fatica e sfruttamento, di gioia e disperazione. Tutte assieme formano un panorama del complesso mondo femminile raccontato con una prosa semplice e spontanea, che in alcuni passi raggiunge la dimensione poetica.

Albatros Il Filo, Roma - pp. 82, euro 12,50

Giorgio Oblach

HO FATTO...

...LA GUERRA

È il racconto degli anni di guerra che l'autore ha vissuto con l'ingenuità di un adolescente che si avviava alla maturità. La narrazione conserva l'originale fresca sensibilità di quell'età e ciò dona alla crudezza delle vicende belliche una luce nuova che fa capire, meglio d'uno specifico trattato, come la gente comune abbia potuto sopportare tanto dolore.

Editografica, Rastignano, Bologna - pp. 79, euro 12,00

Enrica M. Corradini

LUNA D'AUTUNNO

Una storia veramente sui generis, nella quale un professore universitario si ritrova a fare i conti con fatti non ancora superati del suo passato. Nel racconto si intrecciano elementi propri dell'indagine psicologica, di credenze misteriche e spiritistiche, di dottrine esoteriche e orientali, di regressioni emotive e proiezioni nel futuro che acquisiscono l'intensità narrativa.

Albatros Il Filo, Roma - pp. 52, euro 12,50

Paolo de Bernardin

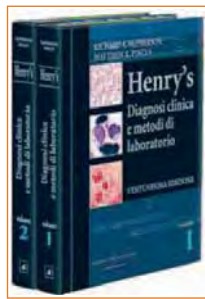
ARCHIVI DEL SUONO

Serie di articoli su musicisti italiani e stranieri di sicuro prestigio: da John Mauceri a Ennio Moricone, da Charles Aznavour a Domenico Modugno, da Susana Baca a Chavela Vargas. L'aspetto interessante di questi testi è che l'essenza caratteriale ed artistica dei personaggi viene fatta emergere dalle stesse parole degli intervistati.

Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna (RN) - pp. 204, euro 18,00

Henry's. Diagnosi clinica e metodi di laboratorio

Un'opera sempre puntuale nell'aggiornamento sui progressi che coinvolgono la medicina di laboratorio. La sua ventunesima edizione, accanto ai consueti capitoli relativi all'ematologia e agli esami di interesse clinico su liquidi e materiali biologici, vede l'ampliamento e l'integrazione delle Sezioni relative all'immunologia, alla tossicologia e alla patologia molecolare. Sono stati altresì inseriti ex novo capitoli d'attualità come la biochimica tumorale, la citometria a flusso, il terrorismo biologico. L'edizione italiana è stata curata dal professor Giuseppe Gandolfo, ordinario di Patologia clinica alla Sapienza di Roma, coadiuvato da un folto gruppo di traduttori ciascuno esperto nelle singole materie. Due ponderosi preziosissimi volumi, di elevato livello scientifico, irrinunciabili sia per il clinico che per il laboratorista. (L. Ster.)



McPherson RA, Pincus MR.

"Henry's. Diagnosi clinica e metodi di laboratorio"

21a ed. Antonio Delfino Editore, Roma - pp. 1460, euro 220,00

Una psicoanalisi al microscopio. Micropsicoanalisi



La micropsicoanalisi è un metodo di investigazione psicoanalitica di derivazione freudiana, fondato da Silvio Fanti, psichiatra-psicoanalista. La "seduta lunga", di tre ore con frequenza plurisettimanale e quasi quotidiana, che è divenuta lo strumento fondamentale dell'intervento micropsicoanalitico, permette un approfondimento analitico grazie alla possibilità di lavorare sui microdettagli della propria vita infantile. Particolare rilievo assumono i supporti tecnici (fotografie, corrispondenza, albero genealogico), che consentono di apportare elementi di realtà alle esperienze attuali e passate e rendono il lavoro di ricostruzione meno aleatorio. Nel volume vengono esposti per la prima volta il metodo della micropsicoanalisi e le sue caratteristiche, lo svolgimento delle "sedute lunghe" e l'utilizzo dei supporti tecnici.

Piero Codoni (A cura di)

"Una psicoanalisi al microscopio. Micropsicoanalisi"

Edizioni Cortina, Torino - pp. 226, euro 22,00

La memoria del testimone

Obiettivo principe delle scienze psicologiche applicate è lo studio della memoria, in particolare la valutazione della sua accuratezza e affidabilità, allo scopo di stabilire l'at-

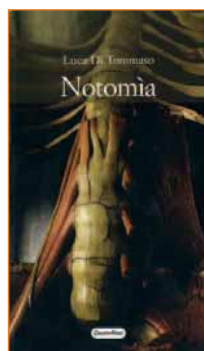
tendibilità del resoconto testimoniale. La testimonianza è un'operazione di recupero d'informazioni e il modo di porre le domande in questa fase può influenzare l'attendibilità e l'accuratezza del ricordo. Perciò la tecnica di raccolta della testimonianza e di ricostruzione del ricordo ha un'importanza fondamentale. L'intervista cognitiva utilizza le teorie della psicologia cognitiva per limitare le interferenze soggettive, ricreando, nella mente dell'interrogato il contesto dell'evento traumatico. In questo manuale sono trattate le basi giuridiche e procedurali della testimonianza nelle sue varie tipologie; gli aspetti psicologici e neurofunzionali dell'attenzione e della memoria; i fattori che possono influenzare la testimonianza e la tecnica dell'intervista con l'adulto e il minore.

Antonio D'Ambrosio

"La memoria del testimone"

FrancoAngeli, Milano

pp. 288, euro 32,00



Notomia

Bologna, 18 ottobre 1323. Un nuovo studente, Berengario, viene ammesso alla scuola del Maestro Cecco d'Ascoli, letterato, astrologo e, sopra ad ogni altra cosa, medico. Scoprirà a breve che la Notomia è una pratica largamente in uso tra gli studenti in Medicina. Repetere cadaveri da disseccare, trafugando- li con astuzia o barattandoli per pochi bolognini, seppur illegale è indispensabile:

quelle salme, esaminate in recondite cantine male illuminate, svelano la vera anatomia del corpo umano, mistificata nei testi classici, e ne suggeriscono il funzionamento. Sfiato dalla scure della Inquisizione ed incalzato da un oroscopo infausto, approdato alla scuola di Mondino de Liuzzi - decano dei medici felsinei - e con l'aiuto di sua figlia Alessandra, Berengario andrà ad incappare in una scoperta mirabolante, tale da segnare il corso della sua vita e quello della stessa arte medica.

Luca Di Tommaso

"Notomia"

Edizioni Quattroventi, Urbino - pp. 172, euro 12,00

Scuola sul ponte. Teorie psicologiche e analisi del disagio

Un'analisi psicologica di tutti i diversi aspetti del disagio scolastico, riporta eventi e brevi racconti di vita scolastica quotidiana, aventi in comune l'esperienza della difficoltà a tutti i livelli di osservazione. Ogni tipo di ostacolo, personale, relazionale e istituzionale, è commentato



secondo la visione di alcune tra le principali teorie psicologiche oggi esistenti. Così il lettore, studente, insegnante, dirigente, genitore o persona che sia stata coinvolta nel sistema scolastico, trova nel libro gli strumenti per rileggersi e comprendere come la propria esperienza negli anni della scuola abbia contribuito alla conquista della propria identità.

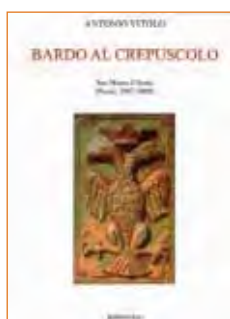
Antonio Ficarola

"La scuola sul ponte. Teorie psicologiche e analisi del disagio"

Albatros, Roma – pp. 496, euro 19,00

Bardo al crepuscolo

Un percorso dell'anima a ritroso nel tempo che solo grazie alla mirabilia del ricordo si fa emozione per chi viaggia attraverso gli occhi dell'autore. Parole che scolpiscono pietre, piazze, segreti, uomini, sensazioni, tradizioni, per fissarle nell'attimo ieratico dove il tempo si sospende, nonostante il passare degli anni, per ritornare ad oggi. *Le temps revient* in una circolarità dove l'inizio è fine, fine il principio, una coincidenza di opposti che delinea il tempo-non tempo dell'anima, in quella dimensione, in quell'altrove dove le convenzioni si sgre-



tolano, tutto è possibile; e la poesia con il suo incanto trascende il tempo per consegnarlo alla memoria che lo custodisce. (Dalla prefazione di Anna Carelli)

Antonio Vito

"Bardo al crepuscolo"

Edizioni Ripostes, Battipaglia (SA) – pp.80, euro 10,00

1909

Dentro la cornice storica del viaggio in America di Freud e Jung, si sviluppano una serie di lettere immaginate dall'autore, come una sorta di "convitato di pietra", alla ricerca di significati ma anche alla scoperta di lati oscuri dei due grandi studiosi della mente del secolo scorso. Ricco d'informazioni, immagini e resoconti di fatti realmente accaduti, storicamente riscontrabili, questa sorta di diario di bordo diventa un breve romanzo epistolare, che genera interesse e riformula domande fondamentali, proprie di tutti gli uomini. Un finale "a sorpresa" cambia di nuovo la scena e sposta l'attenzione su aspetti teorici della struttura stessa del romanzo e dello scrivere, ancora e da sempre oggetto di discussione e di riflessione.

Alberto Sbardella

"1909"

Alpes Italia, Roma – pp.72, euro 7,00



In breve - In breve - In breve - In breve - In breve - In breve - In breve

Giovanni D'Amiano
UN'OMBRA LUNGA

Versi nati dal dolore di un padre per la perdita di un figlio. Ma qui si tratta di un figlio che non è neppure nato, perché il padre ha optato per l'aborto: eppure è presente nella sua vita con più forza di un figlio vivo, alimentando un'ansia di dialogo che non lascia tregua, un rimorso atroce e irriducibile che dopo trent'anni ancora ne strazia la memoria e la coscienza.

Kaleidos, Napoli – pp. 124, euro 10,00

Mario Benatti
DUE PAROLE

Poesie da leggere con attenzione e meditare per cogliere appieno la sofferta, romantica mestizia espressa dai versi ispirati dal trascorrere del tempo, che lascia, assieme a mesti ricordi dell'infanzia e della giovinezza, i segni scabrosi del suo passare via veloce su ogni forma di vita, sui volti avvizziti degli uomini e i tronchi contorti degli ulivi. (G. Barb.)

Edizioni Joker, Novi Ligure, (AL) - pp. 99, euro 13,00

Luciano Ferranti, Maria Luce Tommasi
FERRARA IL DUCATO DELLE CORTI

Bel libriccino fotografico che i due autori hanno concepito per far riscoprire una delle più significative caratteristiche del territorio ferrarese: la corte colonica e il suo graduale evolversi con gli interventi di bonifica del territorio. Il breve testo e le illustrazioni fanno rivivere quegli operosi ambienti poi abbandonati a seguito dell'inurbamento postbellico. (G. Barb.)

Corso Editore, Ferrara - pp. 79, euro 6,50

Emanuele Zacchetti, Gianluca Castelnuovo
PSICOLOGIA CLINICA DELLA DEPRESSIONE.
ESPERIENZE CLINICHE TRA MEDICINA E PSICOLOGIA

Il tema della depressione in una prospettiva che coniuga l'esperienza clinica e di ricerca di medici e psicologi impegnati in vari ambiti di intervento clinico-psicologico e medico. Il testo offre spunti di riflessione e pratica clinica a psicologi, psicoterapeuti, medici di famiglia e specialisti di diverse aree, ma anche a operatori sanitari che si trovano a lavorare con pazienti che sperimentano singoli sintomi o più strutturati quadri depressivi.

FrancoAngeli, Milano - pp. 256, euro 26,50

Biblioteche pubbliche negli ospedali

di Fabrizio Federici

Strutturate ormai in un sistema unico, le Biblioteche pubbliche di Roma (trentasette in tutta la città, più dodici videopoint) costituiscono ormai una rete stabile e radicata nel territorio, in grado di portare avanti progetti di crescita culturale e at-

vità sperimentali varie (informatica, arti figurative, teatro, ecc.). Quarantatré anni, dirigente d'azienda, Francesco Antonelli, già consigliere d'amministrazione in Enti legati al Campidoglio, è il nuovo presidente delle Biblioteche di Roma, succeduto, dopo undici anni, a Iginio Poggioli: e ha scelto di svolgere il suo incarico gratuitamente, per rimarcare la sua passione per i libri.

Quali pregi e quali difetti caratterizzano attualmente il sistema delle Biblioteche pubbliche a Roma?

Il sistema delle Biblioteche romane, che ormai da una decina d'anni, con un Consiglio d'Amministrazione e un presidente, sostituisce quelle che erano le vecchie, e scoordinate, Biblioteche circoscrizionali, oggi vanta un milione di associati (con lo strumento della Bibliocard), e circa un milione di prestiti librari che avvengono annualmente (alcuni anche intercircoscrizionali: l'utenza, infatti, in gran parte è ancora municipale, molto legata al territorio, ma tutto ha un preciso coordinamento comunale). Ogni realtà è perfezionabile, è chiaro: ma non c'è un modello ideale estero che abbiamo in mente. In 15 biblioteche su 37, l'orario di prima, troppo rigido, è stato già prorogato sino alle 22; mentre, in linea di massima, stiamo cercando di aprire anche nell'ora di pranzo. Alcune di esse, poi, – come

l'“Enzo Tortora” e la “Rispoli” nel centro, più altre in periferia – ora sono aperte anche il sabato pomeriggio: per andare il più possibile incontro, sull'esempio di altre capitali europee, alle esigenze dei cittadini.

Che novità ha nel suo programma?

Voglio cercare di fare delle Biblioteche anche dei gestori di servizi aggiuntivi rispetto a quelli essenziali (grazie a specifici accordi con la Regione Lazio): soprattutto servizi di prenotazione, anche di visite del Servizio sanitario nazionale. Restando alle funzioni istituzionali delle Biblioteche, oltre a quelle usuali (compresi prestito, emeroteca, mediateca, organizzazione di conferenze, ecc.), abbiamo in programma il lancio di progetti speciali per combattere i disturbi della lettura (dislessia, ipolessia, ecc.), più frequenti di quanto si creda. Un'altra idea innovativa, che tocca direttamente il campo socio-sanitario, è quella di aprire dei “Corner” del sistema bibliotecario comunale anche negli ospedali: per renderli meno tristi, aiutando non solo i pazienti, che così passerebbero giornate davvero meno grigie e deprimenti, ma le loro stesse famiglie.

Erano state già avviate iniziative simili, ma questo è il primo progetto organico del genere lanciato da un'amministrazione comunale. Avete progetti anche per i giovani?

Sì, specie per far crescere nei ragazzi l'amore per la lettura: spesso, purtroppo, trascurato dopo la fine delle medie inferiori. Stiamo lavorando per lanciare, poi, il “Sistema Informa Giovani”: una serie di servizi d'orientamento postdiploma (scelte per l'Università, corsi di formazione professionale, attività ludiche, ecc.), in accordo con l'Assessorato Comunale per i Giovani. Altra idea nuova, da definire ancora, è quella d'una possibile collaborazione con la rete dei punti vendita Ikea: azienda che, vendendo anche scaffali e mobili per ufficio, interagisce col nostro settore. Tutto nasce da un'indagine svolta dal nostro sistema di monitoraggio interno sul target dei nostri utenti, la quale ha evidenziato che gli adolescenti che da noi non vengono in gran parte s'identificano proprio col “popolo” degli “habituè” dei centri commerciali, dove appunto l'Ikea è molto presente. Devo dire, infine, che su tutte queste possibili novità, i sindacati sinora sono risultati senz'altro disponibili. •



Julia Roberts, la rivoluzione del divismo

di Maricla Tagliaferri

Sarà il sorriso, così grande che si mangia la faccia magra. Saranno gli occhi nerissimi. Sarà il fisico snello che lascia intuire una prosperosità quasi mediterranea. Sarà che ascolta con attenzione perfino noi giornalisti, che, si sa, condividiamo con gli avvo-

cati una **dubbia** umanità. Di fatto Julia Roberts è un piccolo ciclone gentile che accetta con noncuranza il fascino e la bellezza: "Tutto merito di mamma e papà", liquida sbrigativa. E sorride. Anzi, ride. Insomma, si illumina.

Julia Fiona Roberts è nata ad Atlanta nel 1967, l'anno in cui i Beatles rivoluzionarono la musica pop incidendo *Stg. Pepper*. E questo vorrà dire qualcosa se poi lei, in ventiquattro anni di carriera, con una sfilza di premi alle spalle, ha rivoluzionato il modo di intendere il divismo, riconciliando glamour e famiglia, massima disponibilità e accanita difesa della privacy. Mrs. Roberts, per dire, è quella tigre che quando si accorse di un fotografo appostato nel cortile della scuola dei suoi figli, lo inseguì con l'auto, lo bloccò e gli fece la paternale: "Vuoi rubare una mia foto? Bene, seguimi al ristorante o dal parrucchiere, ma lascia fuori i bambini".

Da quando interpretò *Pretty Woman*, nel '90, è l'attrice più famosa del mondo. Da allora ha avuto le sue crisi personali. Mollò letteralmente sull'altare il fidanzato Kiefer Sutherland, per sposare un cantante country, Lyle Lovett e divorziare subito dopo. Da otto anni è felicemente accasata con l'operatore Daniel Moder, padre dei suoi tre

bambini e socio della sua casa di produzione Red Om: "Mi basta guardarlo negli occhi per tornare coi piedi per terra", ha detto di recente a Roma, dove ha lanciato *Mangia prega ama*, non certo uno dei suoi film migliori.

Ha vissuto anche crisi professionali, quando, dopo dodici-tredici film, non trovava più una vera soddisfazione nel cinema: "E pensare che avevo appena 24 anni! Mi presi un anno sabbatico e mi fermai. Bisogna sempre fare una pausa ogni tanto per capire a che punto sei e chi o cosa vuoi diventare. Senza, però, essere troppo rigidi, altrimenti non ti puoi aprire alla vita. Fu Alan Pakula, offrendomi *Il rapporto Pelikan*, a riportarmi sui set". E anche, si suppone, a farle scoprire l'impegno civile, se poi, *Rapporto Pelikan* compreso, è diventata la combattiva *Erin Brockovich* che le portò un Oscar, e si è messa spesso al servizio di film di denuncia, come *La guerra di Charlie Wilson*. "Da un po' sono ossessionata dal problema ecologico. Cerco di produrre meno spazzatura che posso", dice, da brava casalinga.

"Sono fortunata", ripete spesso. Fortunata ad aver cominciato da giovanissima: "Così quando ho realizzato ciò che volevo, cioè una famiglia numerosa, avevo già un certo potere contrattuale e la libertà di scegliere i film in funzione dei bambini: set vicino casa quando erano piccoli o la possibilità di portarli con me adesso". Fortunata a passare da un lavoro all'altro: "Amo appassionatamente questo mestiere e più è impegnativo il progetto più mi piace".

Ma quand'è finito, si torna a casa. In cucina: "Adoro cucinare, ho imparato da mia mamma, che da piccola guardavo ammirata. Il piatto che faccio più volentieri è una tajine di pollo, un piatto marocchino molto scenografico ma in realtà piuttosto semplice. E la domenica organizzo pranzi luculliani per gli amici, arrivo a cucinare fino a venti pietanze diverse". O nella sua "stanza tutta per sé", come quella di Virginia Woolf: "C'è la mia macchina da cucire e i miei ferri per lavorare a maglia, il pavimento è pieni di ritagli di stoffe e di lane. È così che mi rilasso completamente". •



Julia Roberts in una scena del film *Mangia, prega, ama*

Vagabondando lungo la Route 66

La “Mother Road” di Steinbeck, dall’industriale Chicago alle spiagge di Santa Monica, lontano dagli stereotipi per vivere un’America “minore”



Winslow Arizona



Texas

testo e foto
di Mauro Subrizi

Con le sue 2448 miglia da Chicago fino alle spiagge californiane di Santa Monica, attraverso gli Stati dell'Illinois, Missouri, Kansas, Oklahoma,

Texas, New Messico, Arizona e California, la Route 66 ha rappresentato il piano inclinato di flussi migratori verso ovest e di processi di riallocazione non meno epici di quelli della prima colonizzazione della fine del XIX secolo. È divenuta simbolo

dell'ottimismo collettivo seguito agli anni della Grande Depressione e della Seconda Guerra Mondiale.

Viaggiare lungo la strada che non c'è, che non c'è più – data di nascita 1926 e ufficialmente dismessa nel 1985, sostituita dalle freeways – è un

modo per sprofondare dentro il Grande Paese alla ricerca dei segni e simboli della nostalgia di un'epoca e di un'America non massificata, quando ancora non esistevano le diet-coke, le acque minerali importate, gli oligopoli del franchising,



Chicago, Illinois



Lexington, Kentucky, manifesto originale anni '40



quando i cartelloni pubblicitari lungo le strade non erano illegali e il colesterolo non era il nemico pubblico numero uno.

Lì si infilavano le Ford T uscite da Detroit, all'inizio della motorizzazione di massa. Lì è passata la famiglia di Tom Joad, quella di *Furore* – nata dalle pagine di Steinbeck, diventata, sullo schermo un capolavoro di John Ford e sessant'anni dopo un disco di Springsteen – che sulla Route 66 cercava di guadagnarsi un futuro. Lì, gli *Easy Rider* della contro-cultura sono stati presi a fucilate. Ed è ancora lungo questa strada che Tim McVeigh, un reduce della prima guerra del golfo, portò il suo carico di morte fino ad Oklahoma City, percorrendo la Route 66 al contrario per compiere il più

Santa Fe, New Mexico



Mid Point



grave atto terroristico pre 11 settembre: la sua bomba fece 168 morti.

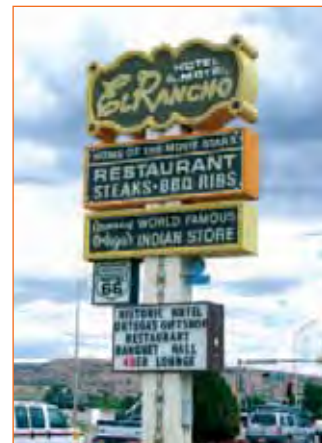
E oggi? È una esperienza, soprattutto visiva, che pone il viaggiatore, che attraversa tre fusi orari, a diretto contatto con una America essenzialmente minore, costringendolo alla rielaborazione di molti stereotipi dell'iconografia del paesaggio urbano e naturale americano. Si tratta di un percorso dove, per la maggior parte, non si avrà riscontro di immagini forti, mentre assolutamente prevalenti saranno gli elementi caratteristici della *Highway Culture* – motel, insegne, stazioni di servizio, ristoranti e centri commerciali – con tutta la loro carica di ostinata ripetitività. Un nastro trasportatore di visioni e di emozioni come altri non ce n'è. •



Albuquerque, New Mexico



Vecchia Stazione Phillips 66 - Spencer, Missouri



El Rancho Motel, New Mexico

Corrado Roselli, medico e violinista



Corrado Roselli

di Paola Stefanucci

Corrado Roselli percorre con imparziale impegno e fervore due itinerari esistenziali forse solo in apparenza distanti. L'odontostomatologo pugliese, che si è laureato 19 anni fa *cum laude*, spende il suo tempo, senza parsimonia, a Bari, nel suo ambulatorio e nello storico Conservatorio "Niccolò Piccinni" dove insegna violino e dove lui stesso ha studiato quando l'indimenticabile Nino Rota, "l'amico magico" di Federico Fellini, ne era il direttore. Dal duplice talento (e dall'esercizio quotidiano) di Corrado Roselli in entrambe le arti (sublimi) della musica e della medicina scaturisce uno studio documen-

tato sulle patologie dell'attività musicale e sulla fisiopatologia dell'apparato vocale che egli conduce con zelo certosino. Su tali argomenti il dottore cura altresì una rubrica per la rivista *Archi magazine*, letta dagli strumentisti ad arco, ma non solo. Ardente divulgatore della cultura musicale, egli è, tra l'altro, autore di "*Gioconda De Vito: un mito dimenticato*", biografia della leggendaria violinista originaria di Martina Franca, (stra)celebrata all'estero, ma finora, nel nostro Paese, consegnata all'oblio.

Incuriositi dalla doppia identità del dottore concertista, lo abbiamo intervistato.

Corrado Roselli, come è scandita la sua giornata tra camice ed archetto?

All'insegnamento del violino dedico tre giorni duran-

te la settimana, altri tre alla professione medica, la domenica, se possibile, riposo.

Ma quando è approdato allo studio del violino?

All'età di undici anni. È stata mia madre Magda ad infondermi la passione per la musica: sin da piccolo mi conduceva ad ascoltare concerti sinfonici. Nel 1973 m'iscrissi al Conservatorio di Musica "N. Piccinni" di Bari, allora diretto dal maestro Nino Rota, entrando, per mia enorme fortuna, nella classe di violino di Ludmilla Kuznetsoff. La musicista russa, nata a Leningrado nel 1930, era stata allieva dal '50 al '53 presso l'Accademia Nazionale di Santa Cecilia a Roma della mitica Gioconda De Vito.

Parliamo di un altro mito.

L'anno prossimo ricorre il primo centenario della na-

scita di Nino Rota la cui memoria oltre che nell'immaginario collettivo è ancora viva tra molti testimoni superstiti. Lei lo ha mai incontrato?

Certo! Il maestro Rota era una persona semplice e carismatica, come solo i grandi sanno essere. Chi l'ha conosciuto, come me da ragazzo, ricorda il suo aspetto minuto, esile, un po' curvo, dall'espressione a volte sorridente, spesso pensosa ed assorta, come se non fosse là, schivo, impalpabile, evanescente.

Quando era in Conservatorio anche se non lo vedevi, lui "c'era", pur essendo chiuso nel suo studio a comporre, la sua presenza rendeva l'atmosfera magica e surreale.

Una volta mi fermò nei corridoi e s'informò sui miei studi violinistici. Io, intimidito dal trovarmi al suo cospetto, gli dissi che studiavo da appena un anno: esaminò scrupolosamente i semplici esercizi che mi erano stati assegnati, esortandomi a studiare con costanza e passione. La sua umanità non è mai stata contagiata dal successo. La sua enorme generosità lo portò, spesso, a comprare a sue spese strumenti musicali per gli allievi più bisognosi e a donare alla biblioteca dell'Istituto preziose raccolte di libri. Per non parlare, poi, dei saggi di fine anno, che erano un momento importantissimo della vita del Conservatorio: il direttore Nino Rota li ascol-

tava tutti, dal primo all'ultimo, riservando la medesima estrema attenzione a tutti gli allievi, dal principiante al diplomando.

Ci racconti il suo debutto.

I primi concerti da solista li tenni a ventuno anni. Ricordo la sala gremita, il pubblico molto attento: che emozione! Proposi allora un programma molto impegnativo: due sonate di Bach per violino solo, intervallate da sei capricci di Paganini. In seguito, suonai in vari teatri pugliesi ed italiani, con buone affermazioni di pubblico e di critica.

E poi perché ha scelto di laurearsi in medicina?

La medicina mi ha sempre affascinato per il potere di aiutare l'uomo in tutte le sue difficoltà fisiche: anch'essa è un'arte, dovrebbe quindi rispondere ad una vocazione, sostenuta assolutamente dalla passione. Medicina e Musica, due nobilissime arti: l'una cura il corpo, l'altra lo spirito.

La sua prima volta in corsia.

Al quarto anno di corso in medicina, durante l'internato nell'Istituto di Patologia Medica del Policlinico di Bari. Bello il rapporto con i pazienti, contenti di poter parlare con giovani aspiranti medici, disposti ad ascoltarli. Con il tempo ho imparato che una delle più importanti qualità di un medico è proprio quella di saper ascoltare ciò che il paziente racconta, ma anche, e soprattutto, quello che non dice. Ho applicato questo metodo anche nel mio lavoro di docente di violino in conservatorio.

I pazienti seguono i suoi concerti?

Alcuni sì, spesso attratti dalla mia doppia veste di medico e musicista.

Il suo repertorio preferito e perché?

Bach ed Haendel, due giganti del barocco: il primo con lo sguardo rivolto al passato, il secondo al futuro. Ritengo che i grandi compositori del periodo barocco siano riusciti in un'impresa titanica: raggiungere i massimi livelli nelle tecniche compositive, sfruttare al meglio le capacità espressive di strumenti musicali non ancora perfetti, riuscire ad emozionare l'ascoltatore con un continuo gioco di colori e sfumature.

Ogni musicista ha un suo compositore di riferimento. Il suo?

Johann Sebastian Bach sin

da ragazzo mi ha affascinato con i suoi Concerti brandeburghesi. Ho poi scoperto e studiato le sue Sonate e Partite per violino solo, capolavoro assoluto del repertorio violinistico. Bach, con la perfezione del suo contrappunto e la profondità del messaggio musicale, rappresenterà sempre per tutti i musicisti un punto di riferimento, per cercare di comprendere il vero significato, teorico e spirituale, della musica.

Un consiglio ai giovani che sognano uno scintillante avvenire musicale.

Studiare moltissimo, amare la musica, mai intesa come esibizione, ma come un linguaggio dell'anima. La musica dovrebbero studiarla tutti, come avviene nei paesi dell'Est europeo o in Sudamerica: nonostante la precaria situazione econo-

mica di quelle nazioni, i loro governanti hanno compreso l'enorme valore formativo dell'istruzione musicale. In Italia la musica è purtroppo ancora confinata alle possibilità di una ristretta élite.

Un consiglio ai giovani che intendono seguire le orme di Ippocrate.

Ricordo l'esortazione della Commissione a noi neo-laureati: "Fino ad oggi avete studiato la malattia; da domani studierete l'uomo-malato". Fare il medico significa essere al servizio degli altri, il bene del paziente deve essere l'obiettivo primario.

Il dottor Roselli ha un sogno chiuso nel cassetto?

L'Africa e tutte le popolazioni economicamente più sfortunate meriterebbero più attenzione, da parte di tutti noi. È chiaro, poi, che i medici avrebbero un motivo in più, di tipo deontologico, per occuparsene. Mi piacerebbe, non so ancora in che modo, fare qualcosa di veramente concreto in questo senso. Bisognerebbe riflettere su ciò che scriveva Gabriele D'Annunzio: "Io ho quel che ho donato".

E il violinista Roselli ha un sogno nel cassetto?

Mi piacerebbe avere un ruolo istituzionale per aiutare i giovani talenti a vivere la magia del mondo musicale e trasformarla in professione. Come ci hanno insegnato le civiltà antiche, per lo sviluppo di una società, formata da buoni cittadini, l'Arte è assolutamente necessaria: chi la uccide, uccide il sogno e la speranza. •



Bronzino, la pittura al servizio del potere

La mostra dedicata a Agnolo di Cosimo, organizzata a Firenze presso Palazzo Strozzi, ripercorre le fasi artistiche del grande pittore cinquecentesco partendo dalle opere prodotte durante gli anni della formazione come discepolo del Pontormo, fino a quelle realizzate per la corte di Cosimo I de' Medici, senza però tralasciare la sua produzione sacra

di Riccardo Cenci

Si forma a contatto con la personalità inquieta e visionaria di Jacopo Carrucci detto il Pontormo l'arte del Bronzino, forgiata dal rapporto strettissimo con la "maniera" del maestro, eppure capace di conquistare a poco a poco una cifra stilistica spiccatamente originale. L'indole diversa dei loro caratteri, dolce e quieto Agnolo di Cosimo detto il Bronzino secondo la testimonianza offerta dal Vasari nelle celebri *Vite*, perennemente tormentato dai roveli di una sperimentazione linguistica senza fine il Pontormo, segnato da un solipsismo a tratti maniacale, non impedisce la na-

scita di un legame duraturo. Il discepolo fedele si trova a fianco del maestro quando questi, "essendo in Firenze un poco di peste", per citare le parole del Vasari, si reca presso la Certosa del Galluzzo per sfuggire all'epidemia; la solitudine del luogo è particolarmente congeniale al Carrucci, il quale si dedica alla decorazione del chiostro con un ciclo di affreschi purtroppo oggi difficilmente leggibile causa lo stato di conservazione precario, esperienza che deve aver comunque lasciato una forte impressione sul giovane allievo.

Parte proprio da una meditazione sugli esordi della sua vocazione artistica la prima grande mostra dedicata al

Bronzino, allestita nelle sale di Palazzo Strozzi (dal 24 settembre 2010 al 23 gennaio 2011), e non poteva essere altrimenti considerando il legame strettissimo fra il pittore e Firenze. Ecco dunque, appositamente restaurati per l'occasione, i tondi con i quattro evangelisti rimossi dalla Cappella Capponi di Santa Felicità, sulla cui attribuzione la testimonianza del Vasari è stavolta assai imprecisa. Basti dire che la loro omogeneità stilistica testimonia la dipendenza dell'allievo dal maestro negli anni del suo apprendistato. Povera di eventi la vicenda biografica del Bronzino, il cui carattere metodico e privo di sorprese non fornisce alcun appiglio

alla creazione di mitologie accattivanti; nato nel 1503 in un ambiente familiare modesto (il padre è un macellaio), eppure capace di accaparrarsi i favori di una ricca committenza, sino a divenire il pittore prediletto di Cosimo I de' Medici. È a questo punto che il lessico dell'artista giunge a sublimare le suggestioni ricevute in gioventù, trovando una dimensione espressiva spiccatamente individuale. Lontano dagli aneliti libertari del maestro, il Bronzino incarna con lucidità eccezionale il volto di una realtà caratterizzata dalla restaurazione del governo autoritario dei Medici. La sua pittura trascende gli sperimentalismi inquieti per farsi cerebrale, attingendo alle più alte vette della perfezione formale. Non è un caso che egli divenga uno dei massimi ritrattisti del Cinquecento; il suo stile è quanto di più consona a quello spettacolo autotelebrativo che l'aristocra-

Bronzino, "Ritratto di Lucrezia Pucci Panciatichi", 1541-1545, olio su tavola; cm 101 x 82,8



Bronzino, "Ritratto di Eleonora di Toledo col figlio Giovanni", 1545, olio su tavola; cm 115 x 96



Bronzino, "Ritratto di Laura Battiferri Ammannati", 1555-1560 circa, olio su tavola; cm 83 x 60



zia intende mettere in scena. Quando Cosimo I posa per il suo pittore prediletto, l'immagine che ne scaturisce è un formidabile strumento di propaganda del suo potere. Nel dipinto conservato agli Uffizi il granduca indossa l'armatura, simbolo di forza e determinazione, mentre lo sguardo che volutamente elude l'osservatore marca la distanza fra questi ed il monarca. Altrettanto magnifico il *Ritratto di Eleonora di Toledo col figlio Giovanni*, con la quale Cosimo de' Medici si unisce in matrimonio nel 1539. La resa meticolosa del vestito e degli ornamenti sottolinea il rango ed il ruolo del soggetto, assurto quasi ad emblema del potere assoluto. La Duchessa è un'icona inaccessibile, chiusa nella propria aulica lontananza, ma nel contempo è un esempio di virtù femminile, una madre con accanto il proprio figlio ed una sposa fedele, come suggeriscono le simbologie ricamate sull'abito (la melagrana allude alla fertilità). La sua immagine, sottratta ai vincoli contingenti della temporalità, viene in tal modo consegnata all'eterno. Troviamo qui la lezione del Pontormo sublimata in senso trascendente, mediante uno stile di estrema e algida raffinatezza. Eppure, pur nella sua apparente freddezza, l'arte del Bronzino non giunge mai a trasformare il soggetto in un'icona inanimata. Il primo a riconoscergli doti di grande naturalezza è proprio il Vasari. La stima che egli acquisisce nella ritratti-



Bronzino, "Ritratto di Cosimo I de' Medici in armatura", 1545-1559, olio su tavola; cm 103 x 84

stica evidenza una sorprendente abilità nel coniugare la verosimiglianza dell'immagine con le peculiarità psicologiche e sociali del soggetto. Ecco dunque il *Ritratto di Lucrezia Pianciatichi*, icona di una bellezza femminile libera dai pericoli della sensualità, esempio sommo di una devozione religiosa senza incrinature (eppure, ironia della storia, subirà il processo dell'Inquisizione); ed ancora il *Ritratto di Laura Battiferri Ammannati*, capace di veicolare il senso di un elevatissimo spessore intellettuale, facendo della donna un emblema dell'espressione poetica. "Si è dilettrato costui e diletta assai della poesia", scrive ancora il Vasari, aprendo un argomento al quale è dedicata un'intera sezione della mostra.

Complesso il rapporto fra il Bronzino e le arti, interessante esempio di una disputa allora in voga fra i sostenitori del primato della pittura in contrapposizione ai paladini della scultura. Curioso e significativo a tal proposito il *Doppio ritratto del nano Morgante* nel quale, raffigurando "da un lato del quadro il dinanzi e dall'altro il di dietro", il Bronzino prende posizione in favore del predominio pittorico. L'artista abbandona qui i panni di una rigorosa severità per offrirci un'immagine ricca di spirito e di ironia; non solo il corpo deforme del nano è quanto di più lontano dai soggetti aulici ai quali siamo abituati, ma l'idea di raffigurarlo in due momenti diversi, all'inizio ed alla fine di una

caccia, indicando in tal modo lo scorrere del tempo, mostra il volto di uno spirito arguto e tutt'altro che frigido, come del resto dimostra la predilezione per le forme poetiche burlesche. Bronzino dunque sublime creatore di raffigurazioni allegoriche dai labirintici contenuti intellettuali, in grado di plasmare immagini perfette ed enigmatiche, ma anche capace di notazioni di alta poesia ed umanità. Meno nota, ma non ultima per importanza, la produzione sacra, della quale la Pietà di Santa Croce, con la sua religiosità mesta e dolente, è un significativo esempio. Chiude il percorso espositivo una sezione dedicata ad Alessandro Allori, allievo devoto e seguace della sua maniera, da lui amato "non come discepolo, ma come proprio figliuolo". Grande merito della mostra, curata da Antonio Natali e Carlo Falciani, l'aver focalizzato l'attenzione su un artista grandissimo, a volte trascurato dalla critica, avviando nel contempo un lavoro scientifico culminato nella presentazione di tre opere inedite: accanto al *Cristo portacroce* da attribuire forse all'ultima fase della sua carriera, due lavori di grande bellezza, entrambi citati dal Vasari ed a lungo considerati perduti, quali il *San Cosma* eseguito per la Cappella di Eleonora di Toledo ed il *Cristo crocifisso* commissionato da Bartolomeo Pianciatichi, splendido esempio di un pensiero religioso sereno e privo di tormento. •

ed esposizioni in Italia

a cura di Anna Leyda Cavalli

CHARDIN. IL PITTORE DEL SILENZIO

FERRARA – fino al 30 gennaio 2011
È la prima grande mostra dedicata in Italia a Chardin, artista francese del Settecento, uno dei pochi ad aver elevato gli oggetti d'uso quotidiano e le scene di vita domestica a materia di rappresentazione pittorica.

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

LE ORE DELLA DONNA

NAPOLI – fino al 3 aprile 2011
Trenta ceramiche appartenenti alla collezione di Intesa San Paolo raccontano la vita e le storie delle donne vissute tra V e III secolo avanti Cristo in Grecia e nella Magna Grecia.

Palazzo Zevallos Stigliano
telefono: www.palazzozevallos.com

EGITTO MAI VISTO. LE DIMORE ETERNE DI ASSIUT E GEBELEIN

FORLÌ – fino al 9 gennaio 2011
Oltre quattrocento reperti datati intorno al 2.000 a.C., tra i quali dodici straordinari sarcofagi in legno stuccato e dipinto con iscrizioni che tramandano formule d'offerta e rituali magico-religiosi.

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

GIOVANFRANCESCO RUSTICI. I GRANDI BRONZI DEL BATTISTERO. RUSTICI E LEONARDO

FIRENZE
fino al 10 gennaio 2011
Prima mostra dedicata allo scultore nato a Firenze nel 1475, con le sue opere più belle fra marmi, terracotte,

dipinti, bronzi e il suo capolavoro "La Predica del Batista" alla cui realizzazione ha partecipato Leonardo da Vinci.

Museo Nazionale del Bargello
telefono: 055 2388606

MONDINO SCULTORE PIETRASANTA (LU)

fino al 12 dicembre 2010
Attraverso trenta opere dall'artista torinese vengono messi in luce i meccanismi sottili della sua poetica e del suo lavoro, rivisitato da una prospettiva tridimensionale.

Complesso di Sant'Agostino
telefono: 0584 795500

MUNCH E LO SPIRITO DEL NORD. SCANDINAVIA NEL SECONDO OTTOCENTO

PASSARIANO DI CODROIPO (UD) – fino al 6 marzo 2011

La mostra è composta di circa centoventi dipinti provenienti da musei scandinavi, europei e americani ed è dedicata particolarmente al paesaggio, ma anche al tema del ritratto e della figura.

Villa Manin
telefono: 0422 429999
www.lineadombra.it

TEATRO DEL SOGNO. DA CHAGALL A FELLINI

PERUGIA – fino al 9 gennaio 2011
Il sogno è il tema di questa mostra che

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

Galleria Nazionale dell'Umbria
telefono: 0755 721009

KAITAG. GIOIELLI TESSILI DAL DAGHESTAN

PORDENONE

fino al 30 gennaio 2011
Sessantacinque esemplari di kaitag, tessuti ricamati in seta prodotti nel Daghestan (Caucaso nord-orientale), provenienti da collezioni private europee, molti dei quali del tutto inediti.

Museo Civico di Storia Naturale
telefono: 0434 392950

VINCENT VAN GOGH. CAMPAGNA SENZA TEMPO E CITTÀ MODERNA

ROMA – fino al 30 gennaio 2011
Oltre centodieci opere tra importanti dipinti, splendidi acquerelli e disegni illustrano l'intera carriera del maestro olandese mettendo in luce le due inclinazioni principali e dicotomiche: l'amore per la campagna e il legame per la città.

Complesso del Vittoriano
telefono: 06 6780363

GALILEO CHINI E LA TOSCANA. LA TOSCANA E GALILEO CHINI

VIAREGGIO
fino 5 dicembre 2010
La mostra è dedicata al pittore, ceramista e scenografo Galileo Chini, una delle figure di maggior rilievo nel panorama italiano e internazionale dell'Art nouveau.

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



Particolare del sarcofago anonimo "Gli occhi di udjat", in legno dipinto Assiut, primo periodo intermedio scavi, Schiaparelli 1908

La storia di Milano sulle pareti di San Maurizio

Grazie ai restauri della Chiesa sono riemersi, nel loro originale splendore, i sontuosi interni decorati dai più grandi artisti lombardi del '500

di Serena Bianchini

Emozioni più intense dell'ammirare un affresco riportato alla luce dopo anni di studi, ricerche e fatiche fisiche, forse raramente ne abbiamo: poter osservare il rinnovato colore oscurato da anni, il primitivo significato dell'immagine, riuscire di nuovo a dialogare con l'opera d'arte in tutto il suo splendore. Questa esperienza, questa "riscoperta" dell'opera è sempre molto appagante, ma trovarsi di fronte a diecimila metri quadri di affreschi appena "spacchettati" che ricoprono ogni centimetro di una chiesa Cinquecentesca e dover descrivere le sensazioni pone non poche difficoltà.

E così, nel cuore di Milano, in Corso Magenta, tra vetrine ben curate e passi frettolosi di professionisti verso gli uffici, la Chiesa di San Mau-

rizio ci mostra i suoi sontuosi interni dopo 24 anni di restauri che – spiega Paola Zanolini che ha diretto i lavori – sono la testimonianza più importante della pittura lombarda del '500.

Il principale autore, il più apprezzato tra le varie mani che hanno contribuito alla realizzazione degli interni della chiesa è Bernardino Luini, tra i più grandi artisti lombardi del '500 milanese che su idea della committenza del tempo (Alessandro Bentivoglio e Ippolita Sforza) aveva come obiettivo rivestire l'architettura con pitture e cornici. Qui si trovano tutte le novità della cultura più avanzata del tempo: nastri araldici, finti rosoni, ornamenti architettonici classici, spesso lavorati con tarsie, secondo la moda influenzata dalle decorazioni della Domus Aurea neroniana.

La chiesa è composta di due

parti, una grande aula inclusa nello spazio delle monache di clausura e una più piccola, per i fedeli: in queste sale emergono gli ideali della committenza milanese, le monache che vivevano nel Monastero erano infatti di famiglia nobilissima. È l'esempio di un edificio di culto che diventa sede di celebrazione aristocratica: la luce che inonda le sale era stata strategicamente studiata in quegli anni per mostrare lo sfarzo dei committenti e ogni parete è coperta da colori sgargianti. Lo storico dell'arte Roberto Longhi aveva individuato nello sfarzo imperante dei primi anni del XVI secolo un tratto distintivo dell'aristocrazia lombarda e ha raccontato come venisse raccomandato agli artisti che "si vegga che la sua Signoria mangia in oro".

"In San Maurizio è come se la storia milanese si fosse fermata al secolo XVI. La de-

corazione architettonica che copre integralmente l'articolata struttura architettonica permette di approfondire la storia della pittura, della società, della liturgia, della politica, della fede, della moda, del collezionismo di Milano nel XVI secolo". Con queste parole Sandrina Bandera, la storica dell'arte che ha diretto i lavori eseguiti dal Centro di Restauro della Zanolini, spiega il valore degli affreschi appena tornati alla luce. Si è potuto riscrivere un capitolo importante della storia dell'arte Lombarda: tramite l'analisi chimica dei colori si sono confermate attribuzioni e smentite altre, si sono accertati infatti lavori di Simone Peterzano, maestro del Caravaggio e Antonio Campi oltre al Luini e ai suoi figli.

Ma il capolavoro, il carattere stilistico profondamente radicato nella cultura milanese è sicuramente di Bernardino Luini che usava il realismo corposo del Foppa insieme al classicismo raffaellesco confrontandosi, però, con Leonardo presente a Milano già negli ultimi anni del '400. Nella figura di Santa Caterina si legge questo assorbimento di vari stili in una sintesi molto personale: c'è la tradizione prospettica milanese, la posa frontale e l'espressione tersa dei sentimenti di Raffaello ma soprattutto l'intensità di Leonardo. Tutto tradotto con semplicità e naturalezza, ciò che davvero attrae il visitatore davanti al volto incantevole e, ora, finalmente giovane e fresco della Santa. •



Chiesa di San Maurizio al Monastero Maggiore di Milano con gli Affreschi di Bernardino Luini (prima metà del 1500)



A QUANTO AMMONTA LA MIA PENSIONE?

Egregio signor presidente prof. Parodi,

mi permetto di rivolgermi a lei per una risposta. Chiedo cortesemente di sapere, in caso di mia morte, a

quanto ammonta la pensione che percepirà mia moglie. Ringrazio e mi scuso per il disturbo.

(lettera firmata)

Caro Collega,
dall'analisi della tua posizione previdenziale risulta che, dal luglio 1999, ti viene erogata la pensione a carico del Fondo di Previdenza Generale e, dal luglio 2004, fruisce anche del rateo mensile a carico del Fondo dei Medici di Medicina Generale.

In merito al tuo quesito ti informo che, in ottemperanza alle disposizioni regolamentari dei Fondi di Previdenza dell'E.n.p.a.m., nell'ipotesi di premorienza del pensionato viene riconosciuta al coniuge, ove non concorrente con eventuali figli, una reversibilità pari al 70% dell'importo già in erogazione.

Ti saluto cordialmente.

Eolo Parodi



HO PRESENTATO DOMANDA DI RICONGIUNZIONE

Illustre presidente,

sono un medico specialista di 55 anni. Nel 2008 sono trascorsi 30 anni dalla mia laurea ed ho maturato 35 anni cumulativi di lavoro: dal 1983 al 1991 come dipendente ospedaliero a tempo pieno; dal 1991 a tutt'oggi come specialista ambulatoriale presso un Asl. A questi anni effettivi di servizio si aggiungono 10 anni riscattati durante il servizio ospedaliero. La domanda di ricongiunzione è stata da me presentata nel '90, ma non ho avuto più notizie. Vorrei sapere quando potrei effettuare la domanda di pensio-

ne di anzianità, a quanto ammonterebbe l'importo mensile, quale sarebbe il Tfr e le differenze nel caso in cui scegliessi di maturare 60 anni.

La ringrazio per l'attenzione e invio cordiali saluti.

(lettera firmata)

Cara Collega,

preliminarmente ti informo che le vigenti norme regolamentari prevedono il riconoscimento del trattamento pensionistico ordinario all'iscritto che cessi dal rapporto professionale con gli Istituti del S.s.n. dopo il compimento del 65° anno di età. La rendita pensionistica è erogata, altresì, al Sanitario che cessi lo svolgimento dell'attività convenzionata al raggiungimento del 58° anno di età, sempre che egli abbia maturato presso il Fondo una anzianità contributiva effettiva o riscattata, ovvero ricongiunta a norma della legge n. 45/1990, non inferiore a 35 anni; è necessario, inoltre, aver conseguito da almeno 30 anni il diploma di laurea in medicina e chirurgia. Devo precisarti che nel tuo caso, fino al perfezionamento della procedura di ricongiunzione, l'anzianità contributiva maturata presso il Fondo Ambulatoriali non ti consentirà di anticipare la data del collocamento a riposo rispetto al compimento del 65° anno di età. Ti comunico di aver attivato nel merito i competenti uffici della Fondazione, che provvederanno a sollecitare ulteriormente l'I.n.p.d.a.p. all'invio del tabulato contenente i dati contributivi necessari alla definizione della procedura. In assenza dei predetti dati contributivi, inoltre, non è possibile ricostruire la tua posizione previdenziale in essere presso il Fondo Specialisti Ambulatoriali e determinare la data di maturazione dei 35 anni di anzianità contributiva prescritti per l'accesso alla rendita pensionistica. Devo precisarti, infine, che in mancanza dell'esatto orario settimanale di servizio, svolto dall'inizio dell'attività professionale fino alla data odierna, gli uffici non sono in grado di quantificare l'ammontare del futuro trattamento di quiescenza. Ti invito, pertanto, ad attendere il completamento della procedura di ricongiunzione, che potrai sollecitare anche personalmente, attivandoti presso la competente sede del suddetto Ente pubblico.

Nel rimanere a disposizione per qualsiasi ulteriore chiarimento, colgo l'occasione per salutarti cordialmente.

E. P.



UNA SERIE DI QUESITI

Egregio presidente,
desidererei conoscere: l'importo dell'eventuale riscatto di laurea; il costo per il riscatto del servizio militare; il recupero dei versamenti effettuati in qualità di medico dipendente; l'eventuale riallineamento dei versamenti; l'importo della pensione se smettessi ora; l'importo della pensione se smettessi ora con il riscatto di laurea; l'importo della pensione se riscattassi parzialmente gli anni di laurea (con il calcolo del relativo costo); l'importo della pensione se proseguissi l'attività nelle prossime annate senza il riscatto (calcolando l'importo della pensione nei vari anni a venire). Riepilogo il mio curriculum: assistente a tempo pieno presso un ospedale nel '76; tirocinante presso la medesima struttura nel '76; allievo ufficiale medico dalla fine del '76 al '77; ufficiale medico dal '77 al '78; medico convenzionato dal '78. In attesa di sollecita risposta porgo cordiali saluti.

(lettera firmata)

Caro Collega,
ti comunico, preliminarmente, che i competenti uffici della Fondazione hanno provveduto a definire le tue istanze di riscatto e ricongiunzione. Riceverai, quindi, entro breve le rispettive lettere di proposta, in cui oltre agli oneri da sostenere e le possibili forme di rateizzazione, ti verranno dettagliatamente illustrati i benefici pensionistici connessi con le suddette operazioni.

Nel merito, devo informarti che in caso di mancata accettazione delle proposte in parola, raggiungerai i 35 anni di anzianità contributiva necessari per il conseguimento del trattamento di quiescenza nel mese di novembre 2011. In tal caso, in applicazione della legge n. 449/97, la rendita pensionistica anticipata decorrerebbe dal 1° luglio 2012, prima finestra utile di uscita.

Supponendo la cessazione dell'attività professionale svolta in convenzione con gli Istituti del S.s.n. a tale data, percepiresti un trattamento pensionistico pari a circa euro 3.400,00 lordi mensili. Ove decidessi di convertire in capitale il 15% della pensione maturata, come consentito dalle vigenti norme regolamentari, ti verrebbe erogata una rendita pensionistica pari a circa euro 2.900,00 lordi mensili, congiunta ad una indennità in capitale quantificabile in circa euro 79.000,00 al lordo delle ritenute fiscali.

Per quanto riguarda l'operazione di ricongiunzione, ai sensi legge n. 45/1990, posso anticiparti che la stessa, oltre ad accrescere seppure esiguamente la misura del futuro trattamento di quiescenza, determinerebbe, per effetto del trasferimento presso il Fondo Medici di Medicina Generale di contributi non coincidenti con quelli già accreditati, un incremento dell'anzianità contributiva utile pari a circa 6 mesi. Ti ricordo che a decorrere dalla data di ricevimento della lettera di proposta, avrai 60 giorni di tempo per far pervenire la tua adesione, provvedendo al pagamento dell'intero onere o delle prime tre rate.

Relativamente, invece, alle

domande di riscatto degli anni del corso di laurea e del servizio militare, devo precisarti che gli Uffici hanno considerato un periodo complessivo pari a 6 anni e 5 mesi. Il periodo di servizio svolto per assolvere agli obblighi di leva, infatti, può costituire oggetto di riscatto solo se non coperto da contribuzione. Posso anticiparti, al riguardo, che tale operazione, oltre ad aumentare cospicuamente l'anzianità contributiva utile al conseguimento del trattamento di quiescenza, determinerebbe, a fronte di un onere quantificabile in circa euro 80.000,00, un incremento della rendita pensionistica pari a circa euro 6.500,00 lordi annui. Ti preciso che in caso di accettazione, il contributo di riscatto dovrà essere interamente corrisposto entro la data del collocamento a riposo e che quanto versato a tale titolo, è interamente deducibile dall'imponibile determinato ai fini fiscali. Per ottenere la riduzione degli anni, ti sarà sufficiente effettuare il pagamento della prima rata o versare un importo a titolo di acconto, per poi comunicare la tua esigenza agli Uffici competenti, anche tramite fax.

Supponendo, quindi, la cessazione dell'esercizio in convenzione della medicina generale alla fine del corrente anno, previa l'estinzione dell'onere relativo al riscatto di anni 6 e mesi 5, come sopra rappresentato, l'ammontare delle rendite pensionistiche che percepiresti è quantificabile in circa euro 3.600,00 lordi mensili. Se optassi per l'indennità in capitale, la stessa sarebbe pari a circa euro 87.000,00 al lordo delle ritenute e la pensione mensile ammonterebbe a circa euro 3.100,00 lordi.

Qualora, invece, decidessi di proseguire l'esercizio dell'attività professionale fino al compimento del 65° anno di età, l'ammontare della rendita pensionistica è quantificabile in circa euro 3.800,00 lordi mensili. In caso di trattamento misto, l'indennità in capitale ammonterebbe a circa euro 83.000,00 lordi e la pensione mensile, al lordo delle ritenute fiscali, sarebbe pari a circa euro 3.200,00. Supponendo, infine, la cessazione dell'attività convenzionata al raggiungimento del suddetto requisito anagrafico e considerando estinto l'onere relativo al riscatto di anni 6 e mesi 5, l'ammontare del trattamento di quiescenza è quantificabile in circa euro 4.400,00 lordi mensili. Optando per un trattamento misto, percepiresti una indennità in capitale pari a circa euro 96.000,00 lordi, congiunta ad una rendita pensionistica mensile ammontante a circa euro 3.700,00 al lordo delle ritenute fiscali.

Ti preciso, da ultimo, che a fronte di eventuali modifiche della normativa previdenziale di riferimento, le ipotesi sopra rappresentate potrebbero subire variazioni. E' pertanto opportuno che tu proceda, prima della cessazione del rapporto in convenzione, ad una ulteriore verifica presso il Servizio competente alla erogazione della pensione, al fine di accertare sia la sussistenza del diritto che la esatta misura della prestazione. Ne discende che la presente informativa non deve ritenersi comunque impegnativa per la Fondazione.

L'occasione è gradita per salutarti cordialmente.

E. P.

di Gian Piero Ventura (*)

Sono finalmente usciti i due francobolli della serie tematica "Lo sport italiano" dopo una gestazione davvero travagliata. Infatti a quello per il cinquantenario delle Olimpiadi di Roma, deciso dalla Consulta filatelica, venne aggiunto dal Consiglio dei Ministri quello per il centenario della nascita dell'avvocato Mario Mazzuca, Stella d'Oro al Merito Sportivo. All'inizio i due temi dovevano coesistere in un solo francobollo, da emettere il 13 ottobre, giorno della nascita dell'avvocato; in seguito l'emissione è stata divisa in due valori e successivamente spostata al 30 dello stesso mese, per essere inserita nell'importante manifestazione RomaFil. Ma i proponenti del francobollo delle Olimpiadi hanno allora chiesto di anticiparne l'uscita per farla coincidere esattamente con il periodo in cui si sono svolte cinquant'anni prima, a settembre, mentre l'Associazione Mario Mazzuca ha accettato di lasciarla alla data del 30 ottobre, pur non essendo più il giorno esatto. Tutto a posto? Assolutamente no, perché i rugbisti italiani non sono certo tipi che si arrendono, ecco al-

Il Comune di Roma gli ha intitolato il Largo situato sotto lo Stadio Flaminio

Francobolli commemorativi dello sport italiano

Le due emissioni sono dedicate ai cinquant'anni dalle indimenticabili Olimpiadi di Roma ed al centenario della nascita di Mario Mazzuca, pioniere del rugby

lora che il 13 è stato effettuato un annulllo speciale con cartolina dedicata, questa volta presso lo Spazio Filatelia di Napoli, città nella quale Mario Mazzuca è nato da famiglia di origine calabrese. Dopo aver iniziato a lavorare nel capoluogo campano quale avvocato con il padre Giacinto (allievo di Enrico De Nicola), nel 1953 fu chiamato a Roma dal CONI, struttura nella quale sviluppò la sua carriera dirigenziale come responsabile dell'Organizzazione periferica, lavorando profondamente alla ricostruzione dello sport italiano del dopoguerra, presiedendo numerosi congressi di Federazioni sportive ed inaugurando centinaia di impianti (stadi, piscine, palestre, campi scuola, ecc.) nelle principali città. In tali occasioni, nei suoi discorsi,

sollecitava sempre con passione l'impegno dei giovani nelle attività sportive, sottolineandone l'alto valore formativo.

Ha fatto parte del gruppo di grandi dirigenti sportivi come Giulio Onesti, Bruno Zauli e pochi altri, che ha pensato e organizzato proprio le indimenticabili Olimpiadi di Roma nel 1960. Dal 1966 ha rappresentato l'Italia nella Fira (*Fédération Internationale de Rugby Amateur*) ed è stato fondatore e primo presidente del Ciar, Club Italia Amatori Rugby. Per molti anni vice presidente della Federazione Italiana Rugby (il suo incarico di dirigente al Coni rendeva incompatibile la carica di presidente), nel 1973 ne è stato Commissario straordinario su nomina della giunta esecutiva del Coni, impegnato in situazioni di

precarità e di disagio, tanto da essere considerato Benemerito del Rugby, sport che ha iniziato a praticare sino dalla fine degli anni '20.

Mario Mazzuca è infatti nel ristrettissimo elenco dei Pionieri del rugby italiano ed il Comune di Roma gli ha intitolato il Largo situato proprio sotto lo Stadio Flaminio, ovvero il posto dove la Nazionale azzurra ospita le squadre avversarie da quando nel 2000, esattamente dieci anni fa, è entrata a far parte del prestigioso torneo del 6 Nazioni.

Due curiosità: pare essere il primo francobollo al mondo emesso per un pioniere del rugby in quanto tale ed è anche inconsueto dato che il protagonista è presente due volte, infatti oltre al ritratto è anche il giocatore con la maglia a righe. •

(*) gp.ventura@enpam.it





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

Il primario ospedaliero non può addurre a discolta che al reparto sono assegnati altri medici o che il suo intervento è dovuto solo in casi di particolari difficoltà o di complicazioni; ciò perché il medico appartenente alla posizione apicale ha il potere di impartire istruzioni e direttive in ordine alle cure e di verificarne l'attuazione.

Peraltro, se è vero che gli obblighi di garanzia connessi all'esercizio della professione sanitaria possono essere delegati, con conseguente esclusione della responsabilità del titolare originario della posizione di garanzia, è però necessario che il delegato sia persona capace e competente nel settore e il delegante tenga sempre conto della peculiarità del caso in esame, dell'eventuale carattere di urgenza che lo stesso presenta e della gravità dello stato di salute del paziente. Nel caso che ci occupa il paziente era stato sottoposto ad intervento chirurgico per disarmonia dento-scheletrica dei mascellari

con asimmetria mandibolare. L'intervento era stato eseguito da un'equipe operatoria a capo della quale era il Primario del reparto di chirurgia maxillo facciale, e di cui faceva parte un medico quale terzo chirurgo. Dopo l'intervento si era verificata una emorragia. Il paziente era stato visitato da un altro medico (assolto dal Tribunale per non avere commesso il fatto) il quale, dopo avere consultato i colleghi che avevano eseguito l'intervento, aveva disposto la somministrazione di due fiale di un antiemorragico a seguito del quale era cessata la perdita ematica. Il paziente poi era stato visitato dal terzo chirurgo che aveva prescritto l'emocromo ed era andato via senza rilevare alcun sintomo che potesse fare ritenere a rischio il decorso postope-

ratorio. Il giovane, invece, aveva subito lamentato difficoltà respiratorie; inoltre presentava un rigonfiamento del viso e del collo. Quando nel reparto prestavano servizio due infermiere professionali, si accertava un aggravamento delle condizioni del giovane, essendosi presentata una insufficienza respiratoria acuta, tanto che erano stati chiamati il medico rianimatore ed il medico reperibile. Nonostante i tentativi fatti il paziente moriva. Il decesso era avvenuto per insufficienza respiratoria progressiva.

In tale situazione, trovano applicazione i principi di diritto affermati dalla Cassazione secondo cui, in tema di responsabilità professionale del medico, il capo dell'equipe operatoria è titolare di un'ampia posizione di garanzia nei con-

fronti del paziente che si estende alla fase dell'assistenza post operatoria che il chirurgo ha il dovere di controllare e seguire direttamente anche attraverso interposta persona.

Né può farsi questione di principio di affidamento in quanto il primario ospedaliero non può addurre a discolta che al reparto sono assegnati altri medici o che il suo intervento è dovuto solo in casi di particolari difficoltà o di complicazioni e ciò perché il medico appartenente alla posizione apicale ha il potere di impartire istruzioni e direttive in ordine alle cure e di verificarne l'attuazione. E, per l'appunto, i giudici muovono al primario il rimprovero di non avere tenuto il comportamento collegato alla posizione di garanzia che gli era propria, in vista della fase post operatoria, trasferendo tale posizione a personale paramedico svelatosi, indipendentemente dalla competenza posseduta, non in grado di fare fonte all'assistenza dei pazienti appena sottoposti ad interventi di chirurgia e ad un medico reperibile solo dietro chiamata. •

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



Organi Collegiali

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

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

COMITATO ESECUTIVO

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

COLLEGIO SINDACALE

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

PREMIO SCIENTIFICO "I GUIDONIANI"

L'Associazione Italiana di Medicina Aeronautica e Spaziale ha istituito un premio scientifico per ricordare il lavoro dei "Guidoniani". Questi giovani ricercatori (ingegneri, medici, biologi, psicologi) lavorarono in simbiosi, prima e durante la seconda guerra mondiale, nei laboratori della "città dell'aria" di Guidonia, ottenendo brillanti risultati e riconoscimenti a livello mondiale.

Il premio, destinato al miglior lavoro originale in forma di articolo scientifico (visualizza le note per gli autori all'indirizzo http://www.aimas.it/rivista_note_autori.asp), ha come oggetto l'uomo ed il volo atmosferico o spaziale. La data di scadenza per la presentazione delle domande di partecipazione è fissata per il 30 aprile 2011. Possono partecipare al concorso i laureati in medicina, biologia, psicologia, ingegneria che non abbiano superato il 35° anno di età.

Le domande degli interessati, debitamente compilate e firmate, devono pervenire on-line all'indirizzo e mail segreteria@aimas.it, unitamente a: fotocopia del documento di identità; copia del lavoro in lingua inglese ed italiana; curriculum vitae; liberatoria all'Aimas per la pubblicazione del lavoro.

Informazioni

Associazione Italiana di Medicina Aeronautica e Spaziale
Sede sociale: Università degli Studi di Roma "Sapienza"
Viale Regina Elena 336 00161 ROMA
www.aimas.it; info@aimas.it

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

IL GIORNALE DELLA PREVIDENZA DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

PERIODICO INFORMATIVO DELLA FONDAZIONE ENPAM

Editore: Fondazione ENPAM

DIREZIONE E REDAZIONE

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

Direttore: EOLO PARODI

Direttore responsabile: GIULIANO CRISALLI

PROGRAMMAZIONE E COORDINAMENTO REDAZIONALE

Carlo Ciocci

email: c.ciocci@enpam.it

CULTURA

Claudia Furlanetto

email: c.furlanetto@enpam.it

CONGRESSI, CONVEGNI E CORSI

ARCHIVIO E DOCUMENTAZIONE

Andrea Meconcelli: Tel. 06 48294513

Fax 06 48294260/793

email: congressi@enpam.it

SCIENZA E SOCIETÀ

Andrea Sermoni

email: andrea.sermoni@gmail.com

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Paola Boldregghini: Tel. 06 48294258 - Fax 06 48294260

email: giornale@enpam.it

Foto: Archivio ENPAM - THINKSTOCK

MENSILE - ANNO XV - N. 9

DEL 21/10/2010

Di questo numero sono
state tirate 431.370 copie

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

Stampa: COPTIP Industrie Grafiche

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

tel: 059 312500 - fax: 059 312252

email: centralino@coptip.it

Servizio Accoglienza Telefonica

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

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

NOTIZIE FLASH

Terremoto Abruzzo – Ulteriore sospensione dei termini di versamento

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

Quota A - pagamento contributi 2010

Il 30 novembre scade la quarta rata del contributo di Quota A.

Quota B - redditi professionali 2009

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

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

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

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

Utenti registrati: gli utenti registrati presso il portale www.enpam.it possono stampare dall'Area riservata il duplicato dei bollettini già emessi a loro carico. In questo caso il pagamento potrà essere effettuato esclusivamente presso gli Istituti di credito oppure utilizzando le procedure on-line.

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.

Area riservata

Per accedere all'Area riservata ed usufruire dei servizi on-line è necessario essere registrati al sito www.enpam.it. Per informazioni riguardanti la registrazione contattare il S.A.T. al n. 06.4829.4829 ovvero scrivere a sat@enpam.it, indicando nome, cognome e recapito telefonico.

Gli utenti registrati possono modificare nel profilo utente i seguenti campi:

numero di telefono fisso, numero di telefono cellulare e indirizzo di posta elettronica.

Servizi disponibili per gli utenti registrati:

- visualizzazione dei dati contributivi e dei riscatti;
- dati pensionistici;
- duplicati dei bollettini RAV e MAV smarriti o non ricevuti;
- stampa dei cedolini di pensione e del CUD;
- certificazione fiscale dei contributi versati a titolo di riscatto;
- certificazione fiscale del contributo Quota A (per gli iscritti che usufruiscono dell'addebito permanente in conto corrente);
- attivazione della Carta di credito Enpam (per richiederla accedere all'Area Riservata, selezionare la voce "Carta di credito – richiesta e servizi connessi" e compilare il modulo di richiesta).

Versamento on-line

Tramite la Carta di credito Enpam è possibile effettuare il versamento on-line dei contributi previdenziali e di tutti i bollettini inviati dall'Ente.

Riscatti. Versamento di un acconto

Gli iscritti che hanno presentato domanda di riscatto e sono **in attesa di ricevere il prospetto di calcolo** possono effettuare il versamento di un acconto, **entro e non oltre il 15 dicembre 2010** mediante bonifico bancario sul conto corrente acceso presso la Banca Popolare di Sondrio IT06 K 05696 03200 000017500X50 intestato alla Fondazione Enpam.

Nella causale del bonifico indicare cognome e nome, codice Enpam, tipologia del riscatto, Fondo sul quale è stato richiesto il riscatto e su cui sarà accreditato il versamento. La copia della ricevuta del bonifico dovrà essere trasmessa entro e non oltre il 15 gennaio 2010 al seguente numero di fax 06.48.294.978.

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

