

IL GIORNALE DELLA Previdenza

dei Medici e degli Odontoiatri



La famiglia del professor Ralph Steinman (nella immagine sullo schermo), premio Nobel per la medicina 2011, si intrattiene con i giornalisti durante la conferenza stampa che si è tenuta alla Rockefeller University di New York il 3 ottobre scorso. L'annuncio del Karolinska Institutet è stato dato tre giorni dopo la morte dello scienziato, avvenuta a causa di un tumore che lo aveva colpito al pancreas

2

PARODI
Uniti
contro le grandi
difficoltà

3

OLIVETI
Facciamoci
i conti
in tasca

4

PREVIDENZA
Come
cambiano
le pensioni

periodico

DCOER0953 Omologato

Posteitaliane

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

un futuro di certezze.

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

FondoSanità è la risposta alle tue esigenze di integrazione previdenziale.

www.advenir.it

Fondi chiusi o fondi aperti?

FondoSanità (fondo "chiuso" riservato ai lavoratori del settore) si fa preferire ai numerosi fondi "aperti" disponibili sul mercato per evidenti e concreti vantaggi:

- possibilità di scelta e di eventuali cambiamenti dei gestori;
- influenza sulle scelte attraverso le elezioni dei Rappresentanti dell'Assemblea e del C.d.A.;
- influenza sulle scelte strategiche ed organizzative del fondo;
- commissioni di gestione (tra 0,10% e 0,15%) nettamente inferiori ai fondi aperti (in generale tra 0,60% e 2%) e quindi solo 1,5% in 10 anni e non il 6-20%, con sensibili differenze nei rendimenti accumulati e quindi nel capitale e nella rendita vitalizia;
- nessuna spesa per pubblicità e nessuna commissione da corrispondere a venditori o agenti.

Prestazioni pensionistiche

Il diritto alla prestazione pensionistica complementare si acquisisce con almeno cinque anni di partecipazione. L'associato potrà chiedere che gli venga liquidato subito, sotto forma di capitale, al massimo il 50% dell'importo maturato, mentre il rimanente verrà impiegato come premio unico per l'acquisto di una rendita vitalizia rivalutabile personale oppure reversibile (moglie, ecc.). In misura non eccedente il 10% della propria contribuzione annua, è possibile acquisire polizze vita assicurative complementari per la copertura dei rischi di invalidità e premorienza.

Il regime di capitalizzazione (il capitale versato più i rendimenti accumulati serviranno a garantire le prestazioni pensionistiche future) e di contribuzione definita (il livello contributivo è predefinito e la pensione è in funzione del rendimento netto del fondo) scelti da FondoSanità, lo rendono uno strumento previdenziale sicuro, trasparente, vantaggioso, necessario.

CAPITALE TOTALE

Euro 51.645,69

Euro 154.937,07

Euro 258.228,45

RENDITA ANNUALE LORDA

Euro 3.640

Euro 10.920

Euro 16.650,64

Esempio di rapporto tra capitale accumulato (versamenti + rendimenti) e rendita vitalizia calcolato utilizzando un coefficiente medio di conversione per l'età di 65 anni. (Legge 335/95)

Per aderire:

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



PER INFORMAZIONI:

Tel. 06 48294333 Sig.ra DANIELA BRIENZA

Tel. 06 48294337 Sig.ra PAOLA CINTIO

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

www.fondosanita.it

Come pagare MENO TASSE

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

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



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

in questo numero

2	L'editoriale del Presidente
3	Oliveti, facciamoci i conti in tasca
4-5	Cambiano le pensioni
6	Ricongiunzione, negato recupero contributi
7	Limitata adesione ai Fondi per i pensionati
8	Progetto giovani
9-11	Al via l'Estratto Conto Integrato
12-13	Il medico targato Europa
14	Fnomceo: corso sull'Audit clinico
15	Federspev
16-17	L'intervista/1: tumore della prostata
18-19	L'intervista/2: Amiloidosi
20-21	L'intervista/3: il pediatra
22-23	Il podologo nel SSN
24-25	Un computer... tra medico e paziente
26	Lotta alla malaria: il contributo italiano
27	Malattie rare: le mutazioni del PCDH19
28-29	Attualità: veloce come la luce?
30	Accadde a... Novembre
31-35	Congressi, convegni, corsi

36	News
37	Fibrillazione atriale
38	Vita degli Ordini
39	Nobel per la Medicina
40-41	Nave ospedale per bambini africani
42-45	Recensioni libri
46	Medico e tennista
47	Notizie
48-49	Medici illustri: il 1848
50	Musica classica, un quintetto d'eccezione
51	Mostre ed esposizioni in Italia
52-53	Viaggi, l'Andalusia
54-55	Lippi sta al pathos come Botticelli alla grazia
56	Cinema, a tu per tu con Paola Bonelli
57	Il clarinetto, strumento più allegro dell'orchestra
58-59	Lettere al Presidente
60-61	Un medico racconta la sua malattia
62	Filatelìa
63	L'avvocato
64	L'annuale congresso de La Serpe

ADEPP

Le Casse dei professionisti si preparano ad adottare un codice di autoregolamentazione sulla gestione del rischio negli investimenti mobiliari e immobiliari. L'anticipazione arriva dal Sole-24 Ore e chiama in causa l'Adepp, l'associazione che rappresenta gli Enti previdenziali privatizzati (tra i quali l'Enpam): i suoi tecnici, in sostanza, sarebbero al lavoro per preparare un pacchetto di linee guida alle quali le Casse dovranno poi ispirarsi nelle loro operazioni finanziarie, mobiliari e immobiliari. Secondo il quotidiano economico, l'iniziativa mirerebbe a prevenire ingerenze soffocanti da parte della Covip, l'organismo al quale la Manovra di luglio aveva affidato il monitoraggio della gestione patrimoniale degli enti. Perché quel provvedimento entri in vigore devono ancora essere emanati i decreti attuativi, ed è proprio in previsione di tale passo che l'Adepp ha deciso di muoversi. L'obiettivo del codice di regolamentazione, in particolare, non sarà quello di fornire parametri minimi o massimi per gli investimenti, ma indirizzi per la trasparenza delle procedure: "tracciabilità" dei processi di investimento, indicatori di sostenibilità e garanzia, valutazione preventiva e successiva del rischio; definizione di limiti di garanzia degli investimenti nelle singole asset class; predisposizione di report omogenei con criteri comuni di quantificazione dei valori e dei rendimenti immobiliari e mobiliari. "Le linee guida contenute nel nostro codice" ha spiegato il presidente dell'Adepp, Andrea Camporese "sono la nostra proposta per aprire un tavolo concreto di confronto con i dicasteri vigilanti per varare i decreti attuativi". E a tale tavolo, le Casse punteranno a una revisione dei livelli di vigilanza (oggi otto senza ancora contare la Covip) per ridurre al massimo sovrapposizioni e duplicazioni.

Sciurbì e sciuscià non è possibile nello stesso tempo



di Eolo Parodi

Ci guardiamo intorno e tornano in mente battute antiche, direi quasi storiche. Bere e soffiare (sciurbì e sciuscià) contemporaneamente non si può. È un modo di dire genovese che, oggi come oggi, sembra adattarsi alla realtà che stiamo quotidianamente vivendo, troppo spesso “assaliti” da chi non ci vuole bene, ma anche - devo sottolinearlo - angustati da problemi interni alla categoria. Si alternano, come sempre, dibattiti e valide iniziative per risolvere problemi che sembrano nuovi ma, ad una analisi attenta, risultano sempre gli

stessi. La differenza a volte si riduce all'uso delle parole. Occorre UNITÀ per poter continuare ad affrontare una realtà che è dura e piena di continue insidie e di tanti gufi. I problemi, specialmente in questi periodi, sono ingigantiti dalla situazione economica che investe ormai tutto il pianeta. Non si comprende se siamo di fronte ad una rivoluzione che supera gli anni terribili che abbiamo passato tra guerre mondiali ed esplosioni atomiche. Questi sono e saranno certamente momenti che nessuno, giovane o vecchio, riuscirà a dimenticare; ne sono testimoni i disordini scoppiati prima in Grecia, e poi a Roma. La ricerca di soluzioni per queste drammatiche realtà sembra difficile e piena di trabocchetti anche perché parliamo di soldi. I “nostri soldi”, quelli che abbiamo accumulato, qui in Enpam, con il sacrificio di tutti gli iscritti, dal più giovane agli anziani; denaro che fa gola a molti. Non abbiamo timori per il lavoro svolto sino ad oggi (partiamo da un passato ormai lontano) per merito soprattutto dei colleghi che si sono alternati



nella guida dell'Ente. La loro attiva e preziosa presenza, grazie all'esperienza accumulata e documentata da un impegno costante, consente il rafforzamento a vari livelli dell'Enpam. Non si dimentichi che tutti gli Organi di controllo testimoniano autorevolmente che il nostro comportamento è lineare anche se, nell'ambito del-

le scelte di investimenti, si può non essere sempre fortunati.

È questa la realtà che dobbiamo affrontare con la massima attenzione unitamente ad una strategia del cambiamento richiestaci anche da migliaia e migliaia di colleghi. Non dobbiamo smettere di rimboccarci le maniche e il cervello. Tutti insieme. •



di Alberto Oliveti (*)

Ho da poco compiuto 58 anni e mi è stato augurato di vivere a lungo. Di questo sono ben contento. Come amministratore dell'Enpam, però, non posso fare a meno di tradurre gli auguri in date, proiezioni e assegni pensionistici. Faccio il medico di famiglia a Senigallia dal 1980, quando non ero ancora specializzato. Alla fine di quest'anno potrei andare già in pensione d'anzianità prendendo 3.174 euro lordi al mese. Se anche all'Enpam fosse vigente il sistema contributivo percepirei invece 2.088 euro: questa è attualmente la differenza tra il nostro sistema e quello pubblico. Mi sono fatto fare questi calcoli proprio nel momento in cui stiamo per varare le riforme previdenziali che sono necessarie per adeguarci ai dettami di una manovra del Governo che, come ho scritto tante volte, ha alzato troppo repentinamente l'asticella e ha portato i nostri obblighi di equilibrio

Facciamoci i conti in tasca

prospettico da 15 a 30 anni. La buona notizia è che le tabelle preparate dagli attuari dopo mesi di lavoro dimostrano che l'obiettivo è alla nostra portata. La notizia meno buona è che, come tutte le riforme, i cambiamenti ci costeranno qualche sacrificio. Che si tratti di un provvedimento non rinviabile, lo dimostra un conteggio rudimentale: dividendo il totale dei contributi che ho versato finora per l'importo della pensione che ho maturato, emerge che l'Enpam mi avrà restituito tutto con gli interessi nel giro di pochissimi anni. È evidente che si tratta di una generosità eccessiva, o meglio non sostenibile. Anche perché la speranza di vita degli italiani (e dei medici in particolare) si sta allungando sempre di più. Nel 1991 un maschio sessantacinquenne aveva davanti a sé circa 15 anni di vita, nel 2007 l'aspettativa era salita a quasi 18

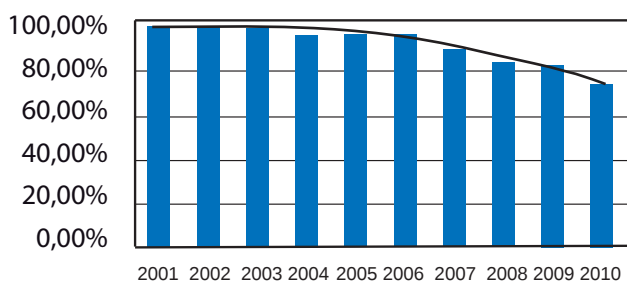
anni (addirittura a oltre 19 anni se consideriamo solo la categoria dei medici e degli odontoiatri). E, secondo un recente studio del Censis, la speranza di vita continuerà ad aumentare di due mesi ogni anno che passa. Aumentare, seppur gradualmente, l'età della quiescenza è quindi una conseguenza inevitabile. Mentre questo accade, i dati Enpam segnalano una crescente tendenza dei medici a lasciare la professione prima del tempo. Agli inizi del decennio scorso più del 97% dei medici di medicina generale restava al lavoro oltre i 65 anni e quasi il 78% aspettava addirittura i 70 anni. L'anno scorso, invece, meno del 73% ha atteso l'età della pensione ordinaria di vecchiaia e ad aspettare le 70 candeline in ambulatorio è rimasto meno di un medico su due. È un andamento del tutto comprensibile: la mole di lavoro, lo stress e la burocrazia

sono aumentati e l'alienazione spinge molti a voler cessare l'attività appena possibile. Per questo la riforma continuerà a lasciare al medico la libertà di scegliere l'età del pensionamento. Ma quest'opzione dovrà essere valutata con attenzione: proprio perché la demografia ci dice che la vita si sta allungando, il sistema Enpam dovrà rendere conveniente restare al lavoro e a chi va via anticipatamente dovrà assegnare una pensione che tenga conto del fatto che gli sarà pagata per un numero maggiore di anni. Personalmente sarò toccato in pieno dalla riforma: nel 2018 avrò 65 anni e cessando l'attività a quell'età non me ne andrei più con l'assegno pieno perché sarei in anticipo di tre anni sul nuovo "punto zero" (68 anni). I tecnici hanno calcolato che non percepirei più 4.800 euro come previsto dall'attuale regolamento ma 4.200 euro. Cioè sempre 1.100 euro in più di chi va in pensione con il sistema contributivo pubblico. Il sistema che i ministeri ci imporrebbero se ora non facessimo le riforme. •

(*) vice presidente
vicario Enpam

PS: gli importi che ho citato non includono i riscatti che ho fatto. Considerando anche quelli, la pensione sarebbe sempre più alta sia prima della riforma sia dopo. E il confronto con il sistema contributivo pubblico andrebbe ancora più a vantaggio dell'Enpam.

In pensione dai 65 anni in poi



Da dieci anni a questa parte sono sempre di più i medici di medicina generale e i pediatri di libera che scelgono di andare in pensione prima dei 65 anni.

MMG e pediatri di libera scelta, come cambiano le pensioni

La riforma entrerà in vigore già dal 2012 ma la decorrenza delle modifiche sarà dal 2013 per permettere ai medici di scegliere se andare in pensione anticipatamente o meno

Le riforme delle pensioni Enpam sono in dirittura d'arrivo. Il primo fondo del quale presentiamo i futuri interventi è quello dei medici di Medicina generale e dei Pediatri di libera scelta. Le linee generali, frutto dei calcoli degli attuari e dei tecnici dell'Ente, sono state illustrate dal Consiglio di amministrazione dell'Enpam a Villasimius, in Sardegna, in occasione del Congresso Fimmg. Innanzitutto le date: la riforma entrerà in vigore nel 2012, come previsto, ma – in accordo con i ministeri vigilanti – si punta a far decorrere i **cambiamenti delle regole dal 2013** per lasciare un intero anno di riflessione ai medici che stanno valutando se andare o meno in pensione anticipatamente.

Attualmente all'Enpam l'età per la pensione ordinaria di vecchiaia è 65 anni, ed è detta "punto zero". Chi cessa il lavoro prima di quell'età vede il suo assegno decurtato secondo una tabella di percentuali decisa diversi anni fa. Chi resta al lavoro più a lungo gode invece di una maggiorazione. Con la riforma il meccani-

simo rimane lo stesso ma cambiano i parametri: il **punto zero** verrà aumentato gradualmente fino a raggiungere i 68 anni nel 2018. I contributi versati dopo il compimento dell'età della pensione ordinaria di vecchiaia varranno il 20% in più. Chi va in quiescenza prima vedrà il suo assegno ridotto in base a nuovi **coefficienti di adeguamento all'aspettativa di vita** definiti con logica attuariale. Facciamo un esempio confrontando due casi: oggi un medico sessantacinquenne ha ancora circa 20 anni di vita davanti a sé. Se decide di andare in pensione in quel momento (caso A) l'Enpam dovrà versargli un assegno mensile per due decenni. Se invece il medico sceglie di cessare l'attività a 60 anni (caso B), avrà diritto mediamente a 25 anni di pensione, percependo quindi un vitalizio per cinque anni in più. Per fare in modo che l'importo totale percepito nel corso della vita sia identico in entrambi i casi, è necessario che la pensione B sia ridotta tenendo conto del più lungo periodo in cui verrà versata. Perché l'intero sistema tenga, dunque, è importan-

te che le percentuali di decurtazione vengano calcolate in base a rigorosi studi sulla reale aspettativa di vita. I nuovi coefficienti dovrebbero scattare il 1° gennaio 2013. In ogni caso il sistema è studiato per non

avere date tagliola: chi va in pensione il giorno successivo alla riforma non avrà un trattamento molto diverso da chi è andato via il giorno prima. Le nuove percentuali di riduzione, infatti, verranno applicate su base mensile, non annuale (è un po' come avere un telefonino con tariffa al secondo invece che al minuto).

Rimarranno invece del tutto identici i requisiti per andare in quiescenza prima del punto zero: come nel passato, **il medico resterà libero di pensionarsi a partire dai 58 anni di età**, se ha



Il Consiglio di Amministrazione dell'Enpam ha illustrato la riforma delle pensioni

un minimo di 35 anni di contributi versati e 30 anni di laurea. In generale, comunque, **restare al lavoro più a lungo continuerà a convenire** perché l'assegno finale verrà calcolato su una massa di redditi più elevata: il salvadanaio da cui si preleverà la propria pensione, cioè, sarà in ogni caso più pesante, grazie alla progressiva maggior rivalutazione dei contributi già versati.

Un altro aspetto su cui la riforma inciderà è **l'aliquota di rendimento** che, per i contributi versati a

partire dal 2013, sarà di 1,4 invece che 1,5. Non cambierà il valore assegnato ai contributi già pagati (si chiama principio del *pro rata*): in pratica la pensione costruita finora non verrà in alcun modo intaccata. Questo vale anche per i riscatti: chi li ha fatti, ha acquistato un beneficio che non verrà ridotto. La riforma si pone anche l'obiettivo di **tutelare le giovani generazioni**, per cui sono allo studio dei correttivi che favoriscano i contribuenti che ad oggi hanno meno di 50 anni di età.

Infine, la Fondazione avvierà un **progressivo aumento dei contributi**. A partire dal 2015 l'aliquota comincerà a salire dall'attuale 16,5% a circa il 26% nel 2026. Nessun cambiamento è previsto fino al 2014 perché le recenti manovre finanziarie hanno bloccato le convenzioni fino a quell'anno. Qualsiasi aumento contributivo prima di quella data significherebbe ridurre la busta paga dei medici, cosa che l'Enpam non vuole fare. A regime, l'aliquota del fondo Enpam di medicina generale resterà comunque sensibilmente inferiore a quella applicata da altri enti previdenziali. I medici ospedalieri, per esempio, versano già ora il 32,65%.

Nei prossimi numeri del Giornale della Previdenza verranno illustrate anche le riforme previste per gli altri fondi Enpam (fondo generale della libera professione, specialisti ambulatoriali e specialisti esterni) e saranno pubblicati i dettagli ancora in corso di definizione.

Nelle maglie della manovra si cercherà di introdurre anche un elemento migliora-

tivo a garanzia delle **pensioni più basse**. La speranza è di aumentare al 100% la percentuale di rivalutazione (adeguamento al costo della vita) degli assegni fino a tre volte il minimo Inps. Lo scopo è tutelare quella parte di entrate che serve a sopperire a bisogni primari ("la pensione del pane").

Questa riforma è un risvolto della Finanziaria del 2007, che ha imposto alle casse previdenziali private di aumentare l'orizzonte temporale di stabilità dei propri bilanci. In questi mesi, per effetto dell'obbligo di legge, tutti gli enti stanno varando le loro manovre. Le misure che l'Enpam si appresta ad approvare permettono di raggiungere la **sostenibilità a 30 anni con una copertura patrimoniale a 50 anni**. In precedenza era richiesto un equilibrio a 15 anni.

La parola ora passa alle Consulte dell'Enpam e ai 106 presidenti di Ordine, che dovranno discutere e approvare il testo definitivo della riforma prima che il provvedimento passi ai ministeri vigilanti per l'ultima ratifica. •



al 66° congresso della Federazione dei medici di medicina generale

Il punto zero

2011	65 anni	2015	66 e 6 mesi
2012	65 anni	2016	67 anni
2013	65 anni e 6 mesi	2017	67 anni e 6 mesi
2014	66 anni	2018	68 anni

L'età per prendere la pensione piena salirà gradualmente a partire dal 2013

Ricongiunzione, negato il recupero dei contributi

di **Claudio Testuzza**

I contributi, relativi alla ricongiunzione dei periodi assicurativi prodotti in diverse sedi e versati alle Casse dei liberi professionisti, non possono essere restituiti all'interessato qualora non abbia maturato il diritto al trattamento pensionistico. Lo ha affermato, in passato, la Corte costituzionale con la sentenza n. 439/05. La questione, che era stata posta in giudizio di legittimità costituzionale, risiedeva nella norma per la ricongiunzione dei periodi assicurativi ai fini previdenziali per i liberi professionisti, prevista dall'articolo 8 della legge n. 45 del 5 marzo 1990.

In particolare, nel corso di un procedimento civile che riguardava un libero professionista e la Cassa di previdenza ed assistenza a favore dei dottori commercialisti, il tribunale aveva adombrato l'incostituzionalità, con riferimento all'articolo 3 della Costituzione, dell'indicazione legislativa con cui si dispone che nei confronti dei soggetti che si siano avvalsi della facoltà della ricongiunzione non si applica l'articolo 21 della legge n. 21 del 29 gennaio 1986, che consente a coloro che cessano dall'iscrizione alla Cassa senza aver maturato il diritto alla pensione, ed eventualmente ai propri eredi che



non abbiano diritto alla pensione indiretta, di richiedere la restituzione delle somme versate a titolo di contribuzione alla Cassa di appartenenza. Inoltre veniva sottolineato, dallo stesso tribunale, che la norma censurata appariva irragionevole anche perché, mentre la ricongiunzione non comporta alcun onere per la Cassa, costituisce un arricchimento privo di causa il trattenimento dei contributi versati dal professionista senza alcuna prestazione costui o i suoi eredi abbiano conseguito.

I rappresentanti della Cassa avevano rilevato, invece, che l'articolo 3 della Costituzione era stato richiamato solamente sotto il profilo della violazione del principio di uguaglianza e senza alcun riferimento a quello di ragio-

nevolezza e che la stessa Corte, con una precedente sentenza, aveva sottolineato che l'invocato principio non potesse essere utilizzato per estendere situazioni di privilegio. Peraltro non sussisteva neppure l'ipotesi di un arricchimento della Cassa medesima, in quanto data la natura solidaristica dei sistemi previdenziali non è configurabile un generale diritto per gli assicurati, i quali non abbiano comunque goduto le prestazioni attese, di ottenere la restituzione di quanto versato agli enti previdenziali di appartenenza, essendo il versamento dei contributi finalizzato al conseguimento di un interesse collettivo.

La Corte costituzionale ha valutato, preliminarmente, che sebbene la ricongiunzione delle posizioni previ-

denziali presso gestioni diverse sia un istituto a carattere generale, la restituzione dei contributi è di carattere eccezionale ed è prevista solamente a favore di determinate categorie professionali e non regolata da norme uniformi. La domanda di ricongiunzione è, poi, irrevocabile con la formale accettazione oppure tramite il versamento, anche parziale, dell'importo dovuto.

La riconducibilità della domanda ad una libera scelta dell'assicurato, unitamente al carattere eccezionale della restituzione dei contributi, fa sì che, qualora la facoltà di ricongiunzione venga esercitata, non possa essere affermata l'irragionevolezza della scelta legislativa della regola generale, ossia quella dell'inesistenza di un diritto alla restituzione. Vizi di irragionevolezza non vengono riscontrati dalla Corte neppure riguardo l'indebito pagamento dell'assicurato ovvero dell'arricchimento senza causa che la Cassa conseguirebbe essendo, appunto, i versamenti giustificati dalle situazioni e legislazioni esistenti e dalla circostanza che trattasi, comunque, di un sistema solidaristico.

Per queste determinazioni fu respinta, in quanto non fondata, la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 8 della legge 45/90 e quindi confermata la non restituzione dei contributi versati ai fini della ricongiunzione nel caso in cui il lavoratore non raggiunga il diritto al trattamento pensionistico. •

Limitata l'adesione ai Fondi per i pensionati

I pensionati di vecchiaia o coloro che abbiano raggiunto il limite di età per ottenere il trattamento pensionistico non possono aderire a forme di previdenza complementare. Possono invece iscriversi i pensionati di anzianità a condizione che l'iscrizione avvenga almeno un anno prima del compimento dell'età prevista per il pensionamento di vecchiaia.

Lo ha precisato la Covip, la Commissione di vigilanza sui Fondi di previdenza complementare, con una deliberazione concernente gli orientamenti in materia di adesione alle forme pensionistiche complementari da parte dei pensionati.

Con riferimento al decreto legislativo n. 252 del 5 dicembre 2005, era stata rappresentata alla Commissione l'esigenza di precisazioni in merito alla possibilità per i pensionati di aderire alle forme pensionistiche complementari. Al riguardo, sotto il profilo normativo, sono da rilevare le disposizioni contenute negli artt. 8, comma 11, e 11 comma 2 del decreto legislativo stesso.

In particolare secondo l'art. 8, comma 11, "La contribuzione alle forme pensionistiche complementari può proseguire volontariamente oltre il raggiungimento dell'età pensionabile previ-

sta dal regime obbligatorio di appartenenza, a condizione che l'aderente, alla data del pensionamento, possa far valere almeno un anno di contribuzione a favore delle forme di previdenza complementare. È fatta salva la facoltà del soggetto che decida di proseguire volontariamente la contribuzione, di determinare autonomamente il momento di fruizione delle prestazioni pensionistiche". Secondo l'art. 11, comma 2 "Il diritto

l'iscritto possa vantare almeno un anno di contribuzione alle forme di previdenza complementari. Il punto nodale della questione, ha fatto rilevare la Covip, risiede nell'interpretazione della espressione "raggiungimento dell'età pensionabile" e "data del pensionamento" contenute nell'art. 8, comma 11 del decreto legislativo 252/2005. È da ritenersi che per raggiungimento dell'età pensionabile, possa intendersi,

È da ritenersi che per "raggiungimento dell'età pensionabile" possa intendersi il compimento dell'età prevista nel regime obbligatorio di appartenenza per il conseguimento della pensione di vecchiaia

to alla prestazione pensionistica si acquisisce al momento della maturazione dei requisiti di accesso alle prestazioni stabiliti nel regime obbligatorio di appartenenza, con almeno cinque anni di partecipazione alle forme pensionistiche complementari".

L'ordinamento dunque non disciplina specificamente la possibilità di adesione dei pensionati ma si limita a prevedere la facoltà di continuare a contribuire anche oltre il raggiungimento dell'età pensionabile purché alla data del pensionamento

in assenza di ulteriori specificazioni, il compimento dell'età prevista nel regime obbligatorio di appartenenza per il conseguimento della pensione di vecchiaia. Si reputa, altresì, che a tale concetto, per logica connessione, possa ricondursi anche il successivo riferimento "alla data del pensionamento". Tenuto conto di quanto rilevato, in base al combinato delle norme sopra richiamate, per i titolari di pensione di vecchiaia o, comunque, per coloro che abbiano raggiunto il limite di età previsto per il conseguimento

di tale trattamento pensionistico, l'adesione alle forme di previdenza complementare risulta pertanto preclusa. Per tali pensionati, la disciplina del settore ammette solo la possibilità di continuare la contribuzione su posizioni aperte in forza di adesioni avvenute almeno un anno prima della data del pensionamento. Diversa è invece la situazione dei titolari di pensione di anzianità che non abbiano raggiunto l'età pensionabile prevista nel regime obbligatorio di appartenenza per il conseguimento del trattamento pensionistico di vecchiaia. Per tali soggetti, l'adesione alle forme di previdenza complementare appare ammissibile in presenza della medesima condizione prevista per continuare a contribuire alle forme di previdenza complementare indicata dall'art. 8, comma 11, ossia della circostanza che l'iscrizione avvenga almeno un anno prima del compimento dell'età pensionabile stabilita per il regime di previdenza obbligatoria di appartenenza. Ricorrendo a questa condizione, il soggetto che prosegue volontariamente la contribuzione, oltre il compimento dell'età pensionabile, potrà determinare autonomamente il momento della fruizione della prestazione, una volta conseguito il requisito minimo di almeno cinque anni di partecipazione alle forme pensionistiche complementari. •

C. T.

Informarsi per conoscere possibilità e opportunità

di **Gian Piero
Ventura Mazzuca (*)**

Nel momento in cui scriviamo quest'articolo il numero precedente è appena arrivato nella casa di tutti i giovani medici e odontoiatri. Ecco perché, nel frattempo, sono continuate a giungerci molte richieste di informazioni di carattere tecnico. Non volendo replicare quanto già pubblicato un mese fa, ricordiamo solo che per questo tipo di informazioni, come descritto dettagliatamente nella penultima pagina di questo giornale, esiste il personale dell'Ufficio Accoglienza e Relazioni con il Pubblico e quello del Servizio Accoglienza Telefonica (Sat). A quest'ultimo l'organismo svizzero SQS ha

recentemente rilasciato la certificazione di qualità UNI EN ISO 9001:2008 per la sua attività.

In effetti la maggior parte delle domande sono sempre dello stesso tipo, ovvero informazioni sul riscatto di

le nuove generazioni... e quindi nuovi iscritti alla Fondazione, non è proprio così.

Ad esempio, la parola fondazione che anticipa la sigla Enpam, spiega come il nostro sia diventato nel 1995

La Fondazione Enpam rischia di rimanere un soggetto sconosciuto sino al momento del pensionamento

laurea etc. allora, magari già nel prossimo numero, intervisteremo un collega specializzato in materia previdenziale col quale responderemo alle domande più richieste.

Nel frattempo ricordiamo allora alcuni dati fondamentali, che però spesso diamo per scontati mentre in realtà, specialmente per

un organismo privato ma di interesse pubblico.

Si sa che chiunque voglia esercitare la professione deve iscriversi all'Albo professionale tenuto dall'Ordine Provinciale, e con tale iscrizione nasce automaticamente anche l'obbligo legale dell'iscrizione e della contribuzione alla Fondazione Enpam, che è l'Ente

gestore della previdenza obbligatoria a favore di tutti i medici e gli odontoiatri iscritti all'Albo.

Ma mentre l'Ordine diventa una realtà vicina agli iscritti perché presente in tutte le provincie e quindi è un soggetto che accompagna il medico in molte fasi della sua vita lavorativa invece, per i più, la Fondazione Enpam rischia di rimanere un soggetto sconosciuto sino al momento del pensionamento. Errore grave. Però proprio tali considerazioni hanno fatto nascere "Progetto Giovani", ossia la volontà da parte dell'Enpam di portare avanti una serie di iniziative volte ad avvicinare i giovani colleghi alla Fondazione e viceversa. L'importante dunque è informarsi per conoscerne bene possibilità e opportunità, anche perché è proprio adesso che diventa ancora più fondamentale difendere il proprio futuro. •

(*) progettogiovani@enpam.it



Estratto conto integrato: la fase sperimentale

di Vittorio Pulci (*)

La trasparenza è un obiettivo prioritario della Fondazione Enpam. Pertanto, al fine di consentire a tutti gli iscritti un accesso diretto, tempestivo e completo ai dati essenziali relativi alla propria posizione previdenziale, l'Ente ha cercato, nel corso degli anni, di arricchire sempre più i servizi *on-line* offerti dal portale Internet www.enpam.it.

In particolare, per quanto attiene gli aspetti contributivi, il medico o l'odontoiatra può oggi usufruire delle seguenti funzionalità:

- consultazione *on-line* della propria posizione contributiva (obbligatoria e volontaria) relativa a ciascun Fondo di previdenza: "Quota A" e "Quota B" del Fondo Generale, Fondo Medicina Generale, Fondo Specialisti Ambulatoriali, Fondo Specialisti Esterni/Accreditati;
- stampa dei duplicati dei bollettini RAV per il pagamento del contributo "Quota A" (attivo dal 2010, circa 250.000 documenti/anno);
- certificazione dei contributi "Quota A" corrisposti tramite RID (domiciliazione bancaria, attivo dal 2010, oltre 105.000 d/a);
- presentazione per via telematica della dichiarazione dei redditi professionali

imponibili presso la "Quota B" (servizio utilizzato da circa 50.000 iscritti nel corso dell'anno 2011);

- stampa dei duplicati dei bollettini MAV per il pagamento del contributo "Quota B" (circa 120.000 d/a);
- certificazione ai fini fiscali dei contributi ordinari versati nel corso dell'anno in favore della "Quota B" del Fondo di Previdenza Generale (attivo dal 2011, circa 120.000 d/a);
- stampa dei duplicati dei bollettini MAV per il pagamento del regime sanzionatorio "Quota B" e certificazione dei relativi importi versati nell'anno precedente (circa 15.000 d/a);
- stampa dei duplicati dei bollettini MAV per il pagamento dei contributi di riscatto e certificazioni degli importi corrisposti a tale titolo (circa 13.000).

Al fine di offrire all'iscritto una visione unitaria e completa della propria posizione, è stato adesso predisposto un unico documento riepilogativo dell'intera vita contributiva, nel quale sono evidenziati gli importi corrisposti in favore di tutti i Fondi Enpam, sia a titolo di contribuzione obbligatoria che volontaria (riscatti di laurea, di allineamento, contributi modulari etc.).

Grazie alla consultazione di tale Estratto Conto Unico – disponibile per tutti gli

iscritti sul portale della Fondazione entro la fine dell'anno – sarà possibile, in ogni momento, monitorare, con un solo *click*, la propria posizione previdenziale presso l'Enpam in maniera semplice, sintetica e diretta.

Gli iscritti che hanno contribuito anche presso altre gestioni (Inps o Inpdap, etc.), infine, grazie alla fattiva collaborazione con gli altri Enti previdenziali italiani potranno accedere *on-line* ad un ulteriore documento: l'*Estratto Conto Integrato* nel quale saranno esposti, in ordine cronologico, i versamenti e i periodi contributivi maturati presso tutti i Fondi di previdenza obbligatoria ai quali il contribuente è stato assicurato. Il modello di *Estratto Conto Integrato* è stato predisposto tenendo conto dei diversi tipi di estratto già in uso presso gli Enti e le Casse previdenziali ed è composto di due sezioni:

- un primo quadro (Quadro A), riporta gli elementi utili alla valutazione dell'anzianità contributiva complessivamente maturata presso i diversi Fondi d'iscrizione, nonché i periodi di contribuzione figurativa riconosciuta;
- un secondo quadro (Quadro B), illustra gli elementi prettamente contabili, quali la contribuzione dovuta e gli importi effettivamente versati.

Anche tale documento sarà consultabile direttamente *on-line*, mediante accesso al portale www.enpam.it, previa autenticazione presso l'Area riservata. Gli interessati, una volta entrati nel sistema, potranno visionare una guida dettagliata alla lettura dell'Estratto (vedi *legenda a pag. 10 e facsimile a pag. 11*).

Nelle prossime settimane sarà avviata una prima fase sperimentale: l'accesso a tale servizio sarà disponibile solo per un campione limitato di soggetti, individuati tra i titolari di posizioni contributive presso più Enti di previdenza. Ai prescelti sarà trasmessa una specifica nota informativa volta ad illustrare le finalità dell'operazione ed a spiegare le modalità di accesso e consultazione del documento.

Ciascun Ente previdenziale continuerà, ovviamente, ad essere responsabile solo dei propri dati contributivi. Pertanto, le eventuali richieste di chiarimento in merito alle informazioni esposte nell'ECI, saranno inoltrate per via telematica all'Ente previdenziale titolare della relativa posizione contributiva.

Con l'offerta di questi innovativi servizi, la Fondazione Enpam vuole proseguire nell'opera di capillare diffusione della conoscenza previdenziale fra i propri iscritti e confermarsi come un punto di riferimento nel panorama previdenziale italiano. (**continua a pagg. 10-11**)

(*) *Dirigente Servizio contributi ed attività ispettiva*

LEGENDA PER LA CORRETTA LETTURA DELL'E.C.I.

L'Estratto Conto Integrato è suddiviso in tre quadri di lettura: il quadro A è riassuntivo riguardo i periodi contributivi utili al diritto e alla misura con l'esposizione dei dati relativi alle retribuzioni o ai redditi dichiarati da attività professionale. Il quadro B è analitico rispetto ai versamenti effettuati, in particolare dai liberi professionisti. Il quadro C è riservato ai contribuenti ENASARCO.

1 Regole generali per l'esposizione dei periodi contributivi.

Le informazioni relative ai periodi assicurativi (numero contributi, unità di misura, retribuzioni o redditi, versamenti) sono esposte in ordine cronologico. Ove per uno stesso periodo fossero presenti contributi di diversi Enti di previdenza o Casse professionali, l'ECI ne riporta l'elencazione senza eseguire sommatorie.

Per ogni Ente/Cassa i periodi da ricongiunzione e da riscatto non attribuiti ad uno specifico periodo temporale sono riportati in testa all'elenco dei periodi contributivi. In caso di ricongiunzione, il periodo contributivo oggetto di ricongiunzione può figurare sia tra quelli relativi all'Ente che trasferisce i contributi, sia tra quelli relativi all'Ente ricevente, con una evidente duplicazione e sovrapposizione di periodi contributivi. Questa evenienza viene segnalata da un'avvertenza di carattere generale che giustifica la compresenza di detti periodi nell'ECI ed informa l'utente sulla conseguenza che essi, in quanto duplicati, verranno conteggiati una volta sola ai fini del raggiungimento dei requisiti di legge.

2 Gestione e/o Fondo" dei Quadri A e B.

In questo campo viene specificato il Fondo previdenziale, cui si riferiscono i periodi assicurativi, per i soli Enti o Casse che ne hanno più di uno.

3 Tipologia Rapporto / Contribuzione dei Quadri A e B.

In questo campo è presente l'indicazione del rapporto di lavoro o del tipo/forma di contribuzione, ottenuta sulla base delle informazioni indicate da ciascun Ente o Cassa, secondo regole di esposizione fornite dagli Enti sulla base di schemi validi all'interno di ciascuno di essi.

4 Campi "Unità di Misura" (al diritto e al calcolo) del Quadro A.

In corrispondenza ai possibili valori "A", "T", "M", "S", "G", viene riportata, in calce all'ECI, una legenda con le corrispondenti decodifiche: "anno", "trimestre", "mese", "settimana", "giorno".

5 Campo "Note" del Quadro A.

In questo campo vengono esposti codici corrispondenti ad eventuali annotazioni ed avvertenze indicate dagli Enti e relative al periodo contributivo.

6 Campo "Retribuzione o Reddito" del Quadro A.

Nel campo, in alternativa tra loro, vengono riportati:

- l'importo in euro della retribuzione imponibile dei lavoratori dipendenti;
- l'importo del Reddito IRPEF dei liberi professionisti;
- la dizione "dichiarazione all'Ente non presentata";
- la dizione "dichiarazione all'Ente non dovuta".

7 Campo "Volume Affari IVA" del Quadro A.

Nel campo, in alternativa tra loro, vengono riportati:

- l'importo del Volume d'affari IVA dei liberi professionisti (se dichiarato all'Ente);
- la dizione "dichiarazione all'Ente non presentata";
- la dizione "dichiarazione all'Ente non dovuta".

8 Riepilogo dei periodi contributivi nel quadro A.

Nel riepilogo dei periodi contributivi, in fondo al quadro A, vengono esposti, per ogni Ente o Cassa, i dati riassuntivi espressi in anni, mesi e giorni, calcolati seguendo le regole di conversione previste dalle norme in materia di totalizzazione dei contributi.

9 Riepilogo dei montanti contributivi nel quadro A.

Nel riepilogo dei montanti contributivi vengono riportati, se disponibili, gli importi dei montanti contributivi e la corrispondente data di rivalutazione (generalmente il 31 dicembre dell'anno precedente, sulla base dei dati acquisiti), per ciascun ente o fondo interessato.

10 Campi "Contributi Soggettivi", Contributi Integrativi o Aggiuntivi", "Altri Tipi di Contributi", del Quadro B.

Vengono qui riportati, per i liberi professionisti, gli importi della "Contribuzione Dovuta" e della "Contribuzione Versata", classificati negli appositi quadri secondo i valori del Tipo di Contributo e della relativa classificazione.

Per "Altri Tipi di Contributi" si intendono quelli NON utili a fini pensionistici.

GUIDA ALLA LETTURA DELL'ESTRATTO CONTO INTEGRATO (E.C.I.)

QUADRO "A" - Generalità degli Enti e Casse Professionali (eccetto ENASARCO) - Anzianità contributiva - Montanti contributivi

DAL	AL	ENTE E/O CASSA PROFESS.	GESTIONE e/o FONDO	TIPOLOGIA RAPPORTO / CONTRIBUZIONE	PERIODI CONTRIBUTIVI UTILI A PENSIONE				NOTE	RETRIBUZIONE O REDDITO	VOLUME AFFARI IVA	AZIENDA - AMMINISTRAZIONE/ENTE - LAVORATORE	
					UNITA' DI MISURA	AL DIRITTO	UNITA' DI MISURA	AL CALCOLO				CODICE MATRICOLA	DENOMINAZIONE
1			2	3			4		5	6	7		

"Gli eventuali periodi oggetto di ricongiunzione contributiva possono risultare presenti più volte, in quanto riferiti a tutti gli Enti interessati al procedimento."

RIEPILOGO DEI PERIODI CONTRIBUTIVI				
Ente / Cassa	Fondo	Anni	Mesi	Giorni
Ente 1	Fondo A			
.....				
Ente n	Fondo Z			

I contributi maturati presso Enti e gestioni diversi, purché non coincidenti, possono essere sommati ai fini pensionistici, alle condizioni previste dalle norme in materia di totalizzazione e di ricongiunzione dei periodi assicurativi.

RIEPILOGO DEI MONTANTI CONTRIBUTIVI			
Ente	Fondo	Importo	rivalutato al
Ente 1	Fondo A		
.....			
Ente n	Fondo Z		

QUADRO "B" - Generalità degli Enti e Casse Professionali (eccetto ENASARCO) - Riepilogo dei contributi versati

DAL	AL	ENTE	GESTIONE e/o FONDO	TIPOLOGIA RAPPORTO / CONTRIBUZIONE	AZIENDA - LAVORATORE		CONTRIBUTI SOGETTIVI		CONTRIBUTI INTEGRATIVI O AGGIUNTIVI		ALTRI TIPI DI CONTRIBUTI	
					CODICE	DENOM.	DOVUTO	VERSATO	DOVUTO	VERSATO	DOVUTO	VERSATO
			2	3			10		10		10	

QUADRO "C" - Sola contribuzione ENASARCO

DAL	AL	CONTRIBUTI UTILI A PENSIONE		IMPORTO CONTRIBUTI PENSIONABILI	DITTA MANDANTE
		UNITA' DI MISURA	AL DIRITTO		
		4			

Fa passi in avanti il “medico targato Europa”

Due italiani al vertice dell'Unione Europea dei Medici Specialisti. Il lungo lavoro del presidente Amedeo Bianco e di altri esponenti della Fnomceo è stato premiato. Ma le sfide sono grandi per armonizzare la formazione nel Vecchio Continente e per giungere a un servizio sanitario comune europeo. Già nel 2013 libera circolazione per i professionisti della salute e per 480 milioni di cittadini che potranno curarsi nei 27 Paesi UE

di Orfeo Notaristefano

Due medici italiani, Salvatore Ramuscello e Giorgio Berchicchi, sono stati eletti dall'Assemblea plenaria che si è tenuta a Napoli il 6 e 7 ottobre al vertice dell'Unione Europea dei Medici Specialisti (UEMS). Ramuscello ha assunto la carica di Vice-presidente e Berchicchi quella di tesoriere. Il nuovo Presidente dell'Unione è Romuald Krajewski, già deputato al Parlamento della Polonia. Krajewski sarà affiancato da quattro Vice-presidenti: oltre a Ramuscello, sono Hans-Peter Ulrich, Jan Skhra e Hans Hjielmqvist. Segretario generale sarà Edwin Borman, mentre Zlatko Fras, Presidente uscente, è stato eletto membro di collegamento con le istituzioni europee, visto che l'Uems, che ha sede a Bruxelles, svolge gran parte delle sue attività in stretta relazione con Parlamento europeo e Commissione. Grande soddisfazione, ovviamente, per la doppia e

qualificata rappresentanza italiana, unica delegazione presente nel board con due nomi. La prossima rilevante attività Uems è prevista nella capitale belga il 18 novembre, quando sarà presentata l'ultima bozza del Documento per l'accreditamento europeo delle attività formative del medico.

anni, Nicolino D'Autilia, responsabile ufficio esteri della Federazione e presidente Omceo di Modena, ne indica una: “L'omogeneità dei percorsi formativi e la libera circolazione dei professionisti costituiscono, in questo senso, punti di riferimento per una discussione sempre

I limiti ci sono ma la formazione specialistica in Italia è di buona qualità

Il rafforzamento della rappresentanza italiana in seno all'Uems è il fatto nuovo e positivo. Amedeo Bianco, presidente della Fnomceo, parla chiaro: “In tanti anni l'attenzione della Federazione verso la dimensione europea della professione medica è stata costante. Nulla succede a caso. Abbiamo seminato prima, in maniera continuativa e sobria, e i risultati sono arrivati”. Tra le sfide dei prossimi

aperta tra i partner europei”. Dal canto suo, Gabriele Peperoni, segretario della Federazione e presidente Omceo di Napoli, sottolinea: “La nostra speranza è che da Napoli parta una nuova Uems, capace di rilanciare ancora più avanti la figura del professionista europeo che, in una fase come questa, sta vivendo una situazione molto delicata, come abbiamo visto nel recente workshop di Udine”.

La professione medica esce dai recinti della dimensione nazionale

Si tratta, in effetti, di percorsi che gli esponenti della Fnomceo stanno battendo da anni, nella consapevolezza che l'Europa Unita non vuol dire soltanto moneta unica, non vuol dire solo Europa delle banche, ma un'Europa più forte nelle sue Istituzioni politiche. Ed è sulla scia delle migliori intelligenze degli europeisti convinti che si colloca la sfida della professione medica che esce dai recinti della dimensione nazionale per proiettarsi nella dimensione sovranazionale ed europea. Di strada se n'è fatta, ma altra ne resta da fare. Non a caso D'Autilia e Peperoni fanno riferimento al convegno di Udine sulla formazione medica europea. Perché proprio a Udine, il 9 e 10 settembre, la Fnomceo ha riunito le rappresentanze mediche dell'Europa per delineare strumenti e mezzi per armonizzare i percorsi formativi a livello europeo. L'espressione “armonizzare” fu coniata proprio da Bianco a Udine, a conclusione dei lavori. “Armonizzare più che uniformare”, questa la sintesi, che il Presidente motivò in questo modo: “L'Europa ha definito il riconoscimento dei titoli professionali, ora dobbiamo riflettere sui contenuti e questa è una riflessione complessa”.

“Recuperare il senso del lavorare insieme”

Bianco si è poi chiesto: “E' più importante il contenitore o il contenuto? Credo che



siamo giunti ad una fase in cui dobbiamo cambiare il contenitore (legge 368/99) per salvare il contenuto. Occorre pensare a un diverso *asset* normativo per garantire mezzi e strumenti ai professionisti. L'obiettivo è quello di garantire un profilo di standard comuni che abbiano caratteristiche comuni. Insieme, dobbiamo riflettere su limiti e carenze della situazione attuale, nella consapevolezza che i limiti ci sono, ma la formazione specialistica in Italia è di buona qualità. Nei percorsi che ci attendono, dobbiamo recuperare, tutti, a livello europeo, il senso del lavorare insieme”.

Dal 2013, 480 milioni di cittadini liberi di curarsi nei 27 Paesi UE

E a Udine si è verificato proprio un esempio di questo “lavorare insieme”, con la presenza e gli interventi dei rappresentanti delle maggiori sigle dei professionisti europei: Ceom (Conseil Européen des Ordres des Médecins), Pwg (Permanent Working Group of European Junior Doctors), Uemo (Union Européenne des Médecins Omnipraticien) e Uems (Union Européenne des Médecins Spécialistes). Tutti insieme per quella che Luigi Conte, Presidente dell'Ordine di Udine e promotore dell'evento, ha definito

“una sfida colossale e globale l'apertura delle frontiere della salute” a 480 milioni di europei che dal 2013 saranno liberi di curarsi nei 27 Paesi dell'Unione. Conte, che è rappresentante Fnomceo nella commissione Ecm del ministero della Salute, ha parlato di “cultura della qualità, da porre alla base di ogni aspetto del percorso formativo di ciascun medico”. Ma la fotografia della situazione attuale l'ha fornita il vice-presidente Fnomceo Maurizio Benato che ha parlato di luci e ombre nei processi formativi, ribadendo il ruolo degli Ordini, anche in rapporto alle

Università e alle Scuole di specializzazione. Un ruolo più incisivo degli Ordini nell'ambito delle Istituzioni europee lo ha rivendicato anche Nicolino D'Autilia, coordinatore ufficio Estero della Federazione e vice-presidente Ceom.

Verso un Sistema sanitario comune europeo

L'evento di Udine, pur se incentrato sull'accreditamento europeo degli specialisti, aveva come sfondo gli scenari che si vanno delineando in Europa in questi decenni. Si tratta di processi lunghi, complessi, dove pesi e contrappesi dei singoli Paesi a volte spingono in avanti l'idea dell'Europa Unita, altre volte la frenano. Con uno sguardo all'indietro, ai primi passi delle strategie comuni per la formazione, dal Bologna Process del 1999, poi ratificato a Lisbona nel 2002, ma oggi con l'auspicabile prospettiva, tutta da costruire, di un Sistema Sanitario comune Europeo. Vale la pena consultare, sul portale www.fnomceo.it, il documento conclusivo scaturito a Udine. Per i medici si pensa a una Tessera, o Carta, professionale europea volontaria, “ma bisogna studiare bene quali informazioni deve contenere – precisa Mario Pirillo, europarlamentare della commissione Ambiente e Sanità del Parlamento Europeo – Continuerò a seguire l'evoluzione di queste tematiche perché giungano a buon fine, in collaborazione con la Fnomceo”. •

Audit, strumento per migliorare le performance professionali

di Sesto Francia

Come già riportato su queste colonne ha preso l'avvio, nella prima metà di settembre, il corso *fad - bleded* sull'Audit clinico, secondo step del più ampio percorso ECM sul "Governo clinico" (il primo ha riguardato la *Root Cause Analysis*) promosso dalla Fnomceo in collaborazione con il ministero della Salute e la Federazione Ispasvi. Un tema, anche questo, che ha suscitato grande interesse tra i professionisti della salute se consideriamo già l'alto numero di accessi al corso, sia on-line che in "modalità fax" (autoformazione sul volume e invio del test di valutazione). Mentre scriviamo infatti oltre 5.300 camici bianchi hanno terminato il percorso ed acquisito i 12 crediti ECM.

Secondo il National Institute for Clinical Excellence (NICE) l'Audit clinico "è un processo finalizzato a migliorare le cure offerte al paziente, attraverso il confronto sistematico delle prestazioni erogate con criteri espliciti, l'implementazione di cambiamenti a livello individuale e di team, e il successivo monitoraggio dei fattori correttivi introdotti". A sua volta il ministero della Salute ha definito l'Audit come "metodologia di analisi strutturata e sistematica

per migliorare la qualità dei servizi sanitari, applicata dai professionisti attraverso il confronto sistematico con criteri espliciti dell'assistenza prestata, per identificare scostamenti rispetto a standard conosciuti o di best practice, attuare le opportunità di cambiamento individuato ed il monitoraggio dell'impatto delle misure correttive introdotte".

"La principale caratteristica dell'audit è quella di fondarsi sul confronto e la misurazione delle pratiche professionali con standard di riferimento - sostiene Luigi Conte, responsabile delle attività ECM della Federazione degli Ordini - concetto sempre più accolto nel mondo sanitario. Infatti gli

operatori della salute frequentemente richiedono di avere riferimenti precisi per fornire cure appropriate ed i pazienti, più e meglio informati, richiedono una qualità dell'assistenza adeguata rispetto alle conoscenze scientifiche".

In quali contesti - dottor Conte - può o deve essere applicata questa metodologia di analisi?

L'audit clinico è applicabile ad aree dell'assistenza per le quali sia ipotizzabile sviluppare interventi di miglioramento; ciò significa che non è ragionevole impegnarsi in un processo di audit allorché il divario tra la prassi esistente e quella ottimale sia minimo, quando pur aven-

do livelli di assistenza subottimali le possibilità di introdurre cambiamenti siano limitate o quando non siano conosciuti i livelli ottimali di assistenza. In ogni caso, prima di intraprendere un audit è necessario esaminare attentamente la situazione e assicurarsi che l'audit clinico sia il metodo più appropriato per trovare le soluzioni al problema individuato.

Esistono altre metodologie di verifica?

Certamente. A seconda del contesto, possono essere utilizzati anche altri metodi quali ad esempio l'analisi di morbosità e mortalità (MM&M) o il benchmarking.

Come nasce l'esigenza di ricorrere all'audit e chi ne deve essere il promotore?

La richiesta di effettuare un audit può avere origine dalla direzione aziendale, dai professionisti che operano nel dipartimento e/o nell'unità operativa ma anche su richiesta dei pazienti e dei cittadini.

È comunque necessario che venga precisato il contesto da dove parte la richiesta, le motivazioni, gli obiettivi ed i beneficiari.

Perché se la proposta proviene dalla direzione aziendale, vanno consultati i professionisti coinvolti al fine di acquisire il loro parere circa l'esistenza della criticità e la sua priorità. Se il tema dell'audit è proposto dai professionisti è necessario il tempestivo interessamento della direzione aziendale per

COME ACCEDERE ALL'AUDIT ON-LINE

Ricordiamo che i Corsi FNOMCeO sono attivi sulla piattaforma *FadInMed*. Chi ha già frequentato il corso sulla RCA può utilizzare lo stesso PIN per registrarsi all'Audit.

Per coloro i quali vi accedono per la prima volta è **obbligatorio** passare dal sito della Federazione (www.fnomceo.it), dove si verrà riconosciuti e dal quale si arriverà direttamente alla scheda di registrazione.

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

Inserita la *password* basterà cliccare su "**vai ai corsi**" o direttamente su **Audit Clinico** (o nel caso su **RCA - Root Cause Analysis**) per svolgere le attività formative. **Terminato il corso si avrà la conferma del superamento direttamente dalla piattaforma** e si potrà scaricare e stampare il proprio attestato con i relativi crediti.

valutare il possibile impatto su altri servizi.

I cittadini/pazienti possono avanzare le loro proposte di audit direttamente ai professionisti o alla direzione aziendale.

Abbiamo detto che l'audit è un processo di miglioramento ma, in breve, quali benefici comporta?

In modo schematico possiamo dire che migliora la pratica e quindi produce benefici nella cura e nella fornitura di servizi, sviluppa l'apertura al cambiamento, fornisce garanzie sulla qualità dell'assistenza mediante l'applicazione delle migliori pratiche evidence-based.

Possiamo aggiungere che l'audit migliora l'ascolto dei pazienti, aiuta a comprendere e dare risposta alle loro aspettative, permette di sviluppare linee guida o protocolli locali e riduce al minimo gli errori e i danni ai pazienti riducendo nel contempo il contenzioso per veri o presunti casi di malpractice.

È pertanto auspicabile che le Regioni e le P.A. inseriscano, tra gli indirizzi da fornire ai Direttori Generali delle strutture sanitarie e ai rappresentanti istituzionali delle professioni sanitarie, l'utilizzo sistematico e continuativo dell'audit clinico, al fine di sviluppare la capacità di valutare, di innovare e rispondere, rispetto ad una realtà in continuo cambiamento, alle aspettative dei pazienti e dei professionisti". •

Appartenenza, forza motivante nelle conquiste sociali

di Eumenio Miscetti (*)

In questa manovra finanziaria c'erano molte aspettative per sanare i bilanci dello Stato con riforme strutturali, ma ancora una volta il Governo non ha trovato la forza di esercitare una valida azione per gli obiettivi assunti, e ovviamente la confusione regna nell'affrontare la grave crisi economica.

Stando così le cose, il problema del debito e del deficit dello Stato immancabilmente rimane irrisolto e necessariamente sono gli italiani ad essere chiamati, come sempre, ad intervenire con un aumento della pressione fiscale, impatto devastante soprattutto sul ceto medio, al quale ancora si chiede ciò che esso non è più in grado di dare.

Tutti sono d'accordo che questa classe non va impoverita, ma ancora una volta questa enorme fetta di società, che è il motore dello sviluppo, viene sottoposta ad enormi sacrifici.

In un momento così difficile non possiamo rimanere indifferenti, c'è bisogno dello sforzo di tutti nel manifestare energicamente la propria delusione per i mancati, necessari e risolutivi tagli strutturali, che affidati, così come sono stati, con molta superficialità ad un intervento di modifica costituzionale, vuol dire rimandare i provvedimenti alle calende greche e

quindi non utili per l'attuale esigenza economica.

Incredibilmente si è tornati all'insana abitudine italiana di ricaricare il risanamento sulle spalle delle famiglie del ceto medio e quindi sui pensionati, che ormai hanno raggiunto la soglia dell'umana sopportazione.

Quando la politica non fa ciò che dovrebbe, come dare soprattutto un segnale di buon esempio, anziché farsi lo sconto sui tagli dei costi della politica, mantenendo intangibili vitalizi, ammorbidendo o quasi annullando modifiche strutturali, l'indignazione monta nel Paese e il ceto medio deve farsi venire la voglia di uno scatto verso l'alto, cercando in se stesso la forza e la spinta a trovare le motivazioni per difendere, per reagire, per protestare contro frustrazioni e sacrifici.

Per fare questo il ceto medio e nel caso specifico la classe sanitaria non deve essere divisa, ma deve organizzarsi con rinnovata determinazione e fiducia e sentirsi motivata al fine di costruire un solido consenso indispensabile per le conquiste sociali. Ecco la necessità di appartenenza ad una Federazione sindacale di sanitari quale la Federspev, che da sempre ha un impegno aperto nei confronti dei colleghi pensionati e pensionandi contro le inique misure della politica.

È doveroso rimarcare, che

questa Federazione, forte e coesa come non mai, inserita, come più volte ho detto, in un contesto di un grande sindacato di ceto medio, quale la Confedir-Mit, è ora diventata co-protagonista nelle scelte economiche e sociali dei pensionati nel dialogo col Governo.

Ma per rendere la sua azione di rappresentanza ancora più forte ed incisiva, la Federspev ha bisogno della partecipazione di tutti i colleghi in quiescenza, tenendo ben presente che nessun processo di accrescimento nelle conquiste sociali può realizzarsi senza il pieno coinvolgimento di tutte le componenti sociali del variegato mondo sanitario.

Questa classe deve essere sempre presente nella società civile sui temi che la riguardano ed assumere una responsabile mentalità culturale politica e sindacale come ragione di difesa del proprio stato sociale e sentirsi motivata ad associarsi per costituire una grande forza, sempre più imponente, combattiva e convincente nel rivendicare i propri diritti. •

(*) presidente Federspev

Info FEDER.S.P.EV.

(Federazione nazionale sanitari pensionati e vedove)

tel. 06.3221087,

06.3208812,

fax 06.3224383,

e-mail federspev@tiscalinet.it

www.federspev.it



Il professor Carlo De Dominicis si è laureato presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università "La Sapienza" di Roma ed ha conseguito la Specializzazione in Urologia con il Prof. Ulrico Bracci. È divenuto Professore Associato prima e Professore Ordinario poi presso l'Università "La Sapienza" di Roma ed è attualmente responsabile dell'Unità Operativa Complessa di Urologia e Tecniche Mininvasive. È direttore della Scuola di Specializzazione in Urologia dell'Università "La Sapienza"

Tumore della prostata, PSA e nuovi marcatori

di Carlo Ciocci

Il cancro della prostata viene oggi riconosciuto come uno dei principali problemi medici cui è sottoposta la popolazione maschile. In Europa rappresenta la neoplasia di gran lunga più frequente, con un'incidenza annuale di 214 casi ogni 1000 uomini per una stima di circa 2,6 milioni di nuovi casi ogni anno, e la seconda causa di morte per neoplasia. Da circa 20 anni con l'introduzione nella pratica clinica del PSA (antigene prostatico specifico) si è registrato infatti un notevole aumento nella diagnosi della neoplasia, al quale però ha corrisposto solo un leggero incremento della mortalità, ponendo il problema del tumore prostatico clinicamente non significativo e del rischio del sovra-trattamento.

Professor De Dominicis, quali sono le indagini che avete a disposizione per fare diagnosi precoce di tumore della prostata?

Ad oggi gli strumenti diagnostici principali usati includono l'esplorazione digito-rettale della prostata

prostatica, che rappresenta la sola indagine che permette di fare diagnosi certa di neoplasia. Il PSA costituisce ad oggi ancora il marcatore sierico più utilizzato. E' una glicoproteina prodotta quasi esclusivamente dalle cellule epi-

Nonostante le nuove tecniche spetta all'urologo decidere il migliore iter per ogni singolo paziente

(DRE), l'ecografia transrettale e il PSA. La DRE deve costituire sempre il primo approccio diagnostico e ha lo scopo di apprezzare la forma, la consistenza, la dolorabilità e approssimativamente il volume della ghiandola, nonché la presenza di noduli sospetti. L'ecografia transrettale assolve principalmente il compito di evidenziare aree ecograficamente dubbie e migliorare l'accuratezza della biopsia

teliali della prostata e, dato fondamentale, costituisce un marcatore d'organo e non di cancro; pertanto un'elevazione dei suoi valori può presentarsi anche in presenza di altre patologie prostatiche (Iperplasia Prostatica Benigna, prostatiti). Nei primi anni dell'uso clinico del PSA le principali linee guida internazionali avevano adottato un valore soglia di 4 ng/ml, poi abbassato da alcuni Autori a 2,5 ng/ml. In realtà già da

qualche anno è stato ampiamente dimostrato che non è possibile stabilire un valore soglia minimo che possa escludere con certezza la presenza di un carcinoma prostatico. Un noto studio statunitense (IM Thompson et al., N Engl J Med 2004) condotto su circa 3000 uomini ha evidenziato un rischio di neoplasia di circa il 25% per valori di PSA tra 2 e 4 ng/ml e di circa l'8% per valori inferiori a 1 ng/ml. Quindi abbassando il valore di riferimento del PSA si assiste ad un aumento della diagnosi di nuovi casi di neoplasia prostatica, ma con un aumento anche d'incidenza di tumori non significativi, la cui storia naturale non incide sulla sopravvivenza. Pertanto il PSA mostra una bassa specificità diagnostica e risulta scarsamente affidabile per selezionare i tumori clinicamente significativi. Per questo motivo nel corso degli anni si è tentato di migliorare la specificità del PSA con alcune sue varianti come ad esempio il rapporto tra PSA libero e totale, che trova il suo razionale nel fatto che le cellule prostatiche neoplastiche producono meno PSA nella forma libera rispetto alle cellule benigne; pertanto quanto più è basso questo rapporto tanto più aumenta il rischio di neoplasia. Per esempio quando il valore scende al di sotto di 0,10, il rischio di cancro prostatico è stimato del 56%. Negli ultimi mesi, tra le varie isoforme del PSA, ha suscitato un certo inte-

È fondamentale conoscere non solo le nuove tecniche diagnostiche a disposizione ma soprattutto le caratteristiche ed i limiti di ognuna di esse

resse il 2proPSA. Esso è un precursore del PSA libero ed è tipicamente associato al tessuto canceroso prostatico. L'utilizzo di questo marcatore permette di migliorare significativamente la specificità diagnostica del rapporto PSA libero/PSA totale nei pazienti con valori di PSA tra 2,5 e 10 ng/ml. Un recente studio (J Brian et al., J Urol, 2010) ha confrontato la specificità clinica del PHI (Prostate Health Index: $p2PSA/PSA \text{ libero} \times \text{radice quadrata PSA totale}$) e del rapporto PSA libero/PSA totale. Al 95% di sensibilità clinica, la specificità clinica del PHI per valori di PSA compresi tra 2,5 e 10 ng/ml è stata del 18,2% mentre quella del PSA libero/PSA totale del 6,6%, con un miglioramento della specificità diagnostica di circa tre volte.

Negli ultimi anni è stato introdotto nella pratica clinica il dosaggio del PCA3: in che cosa consiste e a che cosa serve?

Il PCA3 è un gene sovraespresso nel 95% dei casi di carcinoma prostatico. Il PCA3 viene dosato su un campione di urine ottenuto dopo massaggio prostatico. Più alto è il livello di PCA3 presente nelle urine, più alta è la probabilità di

una biopsia prostatica positiva, poiché questa proteina si concentra in quantità molto più elevata nel tessuto canceroso. L'utilità clinica del PCA3 consiste nel selezionare quei pazienti con PSA alterato che presentino una maggiore probabilità di neoplasia, permettendo quindi di ridurre il numero di biopsie inutili. Inoltre è stato dimostrato che il PCA3 è correlabile con l'aggressività della neoplasia e potrebbe quindi essere usato come marcatore predittivo di malattia localmente avanzata. In realtà però, al di là dell'entusiasmo iniziale, sebbene il PCA3 possa essere certamente di ausilio nella pratica clinica, non rappresenta ancora una soluzione definitiva al problema della diagnosi precoce del tumore prostatico.

Anche il PCA3, pertanto, pur aiutando l'urologo a precisare il reale stato della prostata non risolve del tutto il problema diagnostico. Ci sono altre indagini che possono essere utili?

La ricerca e il progresso tecnologico sicuramente non si fermano. Negli ultimi anni anche nel campo della diagnostica per immagini si è cercato di migliorarne l'accuratezza ed in questo

senso l'indagine da considerarsi più affidabile è la RMN della prostata con studio spettroscopico e dinamico. Le immagini alla RMN della prostata sono molto definite, ma da sole non distinguono con sufficiente validità una neoplasia da una infiammazione, fibrosi o iperplasia della prostata. Il vantaggio di questa metodica è di associare alla valutazione per immagini uno studio metabolico della prostata (spettroscopia) ed uno della sua vascolarizzazione (studio dinamico). Lo studio spettroscopico valuta la concentrazione nella prostata di tre sostanze: il citrato che è presente nella prostata normale; la creatina che può aumentare nella flogosi e in tutti i processi proliferativi; la colina, più specifica in caso di trasformazione neoplastica. Il risultato è un grafico che diventa caratteristico nel distinguere un sospetto di neoplasia da uno di flogosi o ipertrofia.

Professore, alla luce delle problematiche e delle nuove tecniche esposte, nella sua pratica clinica come si comporta?

Nonostante le attuali metodiche a nostra disposizione, spetta sempre all'urologo, con la sua esperienza clinica, decidere di volta in volta il migliore iter per ogni singolo paziente in relazione alle specifiche problematiche del caso. È quindi fondamentale, da parte dell'urologo, conoscere non solo le nuo-

ve tecniche diagnostiche a disposizione, ma soprattutto le caratteristiche ed i limiti di ognuna di esse, per poter prendere di volta in volta la decisione più appropriata per arrivare alla biopsia prostatica con l'indicazione più mirata.

Altro compito fondamentale dello specialista è inoltre quello di assicurare il paziente lungo il suo iter diagnostico, che spesso si sviluppa nell'arco di mesi, se non di anni, specificando che comunque, nella maggioranza dei casi, si tratterebbe di ricerca di neoplasia in una fase clinica molto precoce e quindi di malattia ancora limitata. Infatti il paziente tende molte volte a vivere con preoccupazione anche piccole variazioni del valore del PSA e spesso commette l'errore di ripeterlo arbitrariamente ed ossessivamente o di ricorrere di sua iniziativa ad altre indagini. D'altro canto, altri pazienti si affidano esclusivamente all'esecuzione periodica del dosaggio del PSA, che sappiamo essere da solo insufficiente per una tranquillità clinica nei confronti del carcinoma prostatico. In questo senso diviene essenziale l'instaurarsi di un rapporto di fiducia tra paziente e medico, per evitare da una parte che il paziente tenda a diventare medico di se stesso e che il medico, dall'altra, non cogliendo le ansie e preoccupazioni del paziente, non renda lo stesso parte attiva nel processo decisionale. •



Giampaolo Merlini è direttore dell'Area di ricerca di Tecnologie biomediche e Biotecnologie presso i Laboratori sperimentali di ricerca e del Laboratorio di Analisi chimico cliniche della Fondazione IRCCS, Policlinico S. Matteo di Pavia. È direttore del Centro per lo Studio e la Cura delle Amiloidosi sistemiche "Carlo Bernasconi" presso il Policlinico San Matteo e ha istituito e coordina il Gruppo italiano per le Amiloidosi. Professore di Biochimica clinica e Biologia molecolare clinica all'Università di Pavia, nel 2008 ha ricevuto il Premio internazionale "Jan Waldenström" per le sue ricerche sulla attività biologica delle immunoglobuline e sulla definizione della prognosi e miglioramento della terapia della macroglobulinemia di Waldenström

Amiloidosi, riconoscerla significa curarla

di Claudia Furlanetto

“Le amiloidosi sono malattie caratterizzate dalla deposizione progressiva di proteine, con anomalie conformazionali (*misfolded proteins*), in forma fibrillare in vari tessuti, con conseguente insufficienza funzionale degli organi bersaglio. Le fibrille hanno una struttura ben definita (a foglietti beta) e presentano una patognomica birifrangenza verde mela in luce polarizzata dopo colorazione con rosso Congo”, spiega il professor Giampaolo Merlini, direttore del Centro per lo Studio e la Cura delle Amiloidosi sistemiche della Fondazione IRCCS - Policlinico San Matteo di Pavia. “Ad oggi sono stati classificati più di 28 tipi di amiloidosi sulla base delle diverse proteine che formano le fibrille di amiloide. I depositi possono essere localizzati al cervello (Alzheimer), o formarsi in numero-

si organi: cuore, rene, fegato, milza, tratto gastroenterico, sistema nervoso periferico e autonomo, come nel caso delle amiloidosi sistemiche, causando un progressivo e grave danno funzionale.

Dei cinque tipi di amiloidosi sistemica più comuni quella AL è la più frequente, con una incidenza di circa dieci pazienti per milione per anno. Le fibrille in questo caso sono formate da una catena leggera immunoglobulinica monoclonale”.

Quali sono le difficoltà nella diagnosi?

La sintomatologia è spesso simile a quella di altre patologie. Secondo i dati a nostra disposizione il ritardo diagnostico medio è di circa un anno e mezzo ed essendo questa una malattia progressiva è chiaro come il tempo, in questo caso, sia “vita”. L'età mediana alla diagnosi è di circa 60 anni.

Quanti centri specializzati ci sono in Italia?

Essendo una malattia rara,

già nel 1986, quando a Pavia abbiamo iniziato ad occuparcene, abbiamo istituito una rete nazionale di centri - 68 in tutta Italia - che sono vitali sia per il riconoscimento della patologia sia per il follow up a cui i pazienti devono essere sottoposti. L'elenco dei centri è disponibile sul sito web www.amiloidosi.it.

Quale è la sintomatologia?

Esistono dei segnali di allarme (cosiddetti *red flags*): la comparsa improvvisa di edemi declivi, che spesso spinge il medico a pensare a disfunzione vascolare, nella maggior parte dei casi è causata da importante proteinuria. Il 10 per cento delle

sindromi nefrosiche sono causate da amiloidosi e i reni sono coinvolti in circa il 70 per cento dei pazienti che presentano la malattia. Se poi la proteinuria si associa alla presenza di una componente monoclonale, il sospetto diagnostico diventa molto forte.

Aumenti di biomarcatori cardiaci, in particolare il peptide natriuretico di tipo B (NT-proBNP e BNP), sono segnali precoci di un possibile coinvolgimento del cuore. Negli stati più avanzati, invece, il cardiologo riscontra una cardiomiopatia restrittiva, che è tipica della malattia. Spesso sono presenti uno sparkling del setto e bassi voltaggi all'elettrocardiogramma. Comunque solo l'impiego dei biomarcatori dà la possibilità di una diagnosi precoce di queste severe malattie. Quindi, nei pazienti con gammopatia monoclonale di incerto significato (MGUS), condizione che può associarsi ad amiloidosi, la raccomandazione è di eseguire periodicamente la valutazione dei biomarcatori cardiaci. Considerando che oltre l'80 per cento dei nostri pazienti muore per scompenso cardiaco o morte improvvisa, è comprensibile come la misura periodica dei biomarcatori cardiaci



Porpora periorbitale, è un segno caratteristico presente in circa l'11 per cento dei pazienti con amiloidosi AL

consenta di identificare precocemente il danno cardiaco causato da amiloidosi e di intervenire in tempo.

Tra gli altri sintomi, la disautonomia: il paziente, intorno ai 50 anni ed in assenza di diabete, presenta impotenza da cause non note e severa ipotensione ortostatica (spesso associata a sincopi), etc. Questi segni del coinvolgimento del sistema nervoso autonomo devono far pensare ad una possibile amiloidosi. Stessa cosa vale per le neuropatie periferiche sensitivo-motorie progressive.

Quali sono i segni fisici evidenti?

Ci sono aspetti fisici caratteristici che si presentano solo in una piccola percentuale (10-15 per cento) di pazienti: porpora periorbitale che appare e scompare in pochi giorni, soprattutto dopo manovre di Valsalva. Questo, in particolare, non è un segno molto precoce ma è patognomonico. Ed ancora: la macroglossia che è presente solo nel 10 per cento degli ammalati e dovrebbe suscitare prontamente il dubbio di amiloidosi AL. Epatomegalia e splenomegalia sono pure presenti in alcuni pazienti.

Quali sono gli strumenti diagnostici?

La diagnosi di amiloidosi si basa sul riscontro biotipico di depositi che, dopo colorazione con rosso Congo, osservati al microscopio ottico a luce polarizzata, assumono un caratteristico color verde brillante.

Poiché oltre l'85 per cento dei pazienti presenta depo-

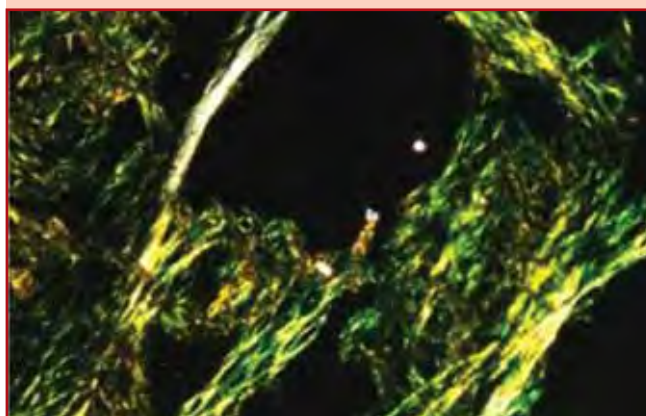
siti di amiloide nel grasso periombelicale, si effettua un agoaspirato e si procede all'analisi. Se il risultato è negativo, si consiglia la biopsia delle ghiandole salivari minori. Questo identifica un ulteriore 5 per cento dei pazienti.

Se anche in questo caso il risultato è negativo si può procedere ad una biopsia dell'organo coinvolto, che presenta però qualche rischio emorragico perché a questa malattia si associa, a volte,

Per procedere con la terapia bisogna prendere in considerazione il rischio connesso al danno d'organo?

La valutazione del rischio, in particolare quello connesso alla disfunzione cardiaca, è necessaria per scegliere la strategia terapeutica. Prendiamo ad esempio l'amiloidosi AL: il sistema di stadiazione, messo a punto dai colleghi della Mayo Clinic, si basa su due marcatori biochimici di disfunzione cardiaca, l'NT-proBNP e le troponine.

Depositi di amiloide ottenuti dalla aspirazione del grasso periombelicale, colorati con rosso Congo con la tipica birifrangenza verde brillante in luce polarizzata



anche un deficit di un fattore della coagulazione, il fattore X in particolare.

Una volta documentato il deposito nei tessuti, è necessario identificare la proteina che lo ha formato: un errore di tipizzazione potrebbe avere delle conseguenze catastrofiche dal punto di vista terapeutico. Le tecniche di immunoistochimica sono in genere poco affidabili. Abbiamo pubblicato da poco sulla rivista *Blood* uno studio sull'impiego di metodologie di proteomica per la tipizzazione inequivocabile dei depositi di amiloide.

La concentrazione dei marcatori determina la prognosi: se entrambi sono normali la prognosi è eccellente, se sono entrambi elevati è più severa ed il paziente richiede regimi terapeutici attenuati per ridurre la tossicità.

Ogni due cicli di terapia è necessaria una valutazione della risposta basata sia sulla concentrazione delle catene leggere libere (nel caso della amiloidosi AL) sia sui biomarcatori cardiaci, per modificare in tempi brevi un eventuale trattamento inefficace.

Con questa strategia tera-

peutica si riescono ad ottenere risultati molto buoni: circa il 70 per cento dei pazienti risponde alla terapia e circa il 40 per cento di loro sopravvive almeno 10 anni.

A che punto siamo con la ricerca?

Grazie alla ricerca e ai nuovi farmaci, riusciamo oggi a colpire il processo amilodogenico nelle sue tappe, quindi dalla sintesi del precursore all'interazione con i tessuti, alla rimozione dei depositi, al danno cellulare. In quest'ultimo caso, capire meglio come le proteine determinano la tossicità cellulare diventa un obiettivo primario per aggiungere un tassello importante alla terapia.

Il lavoro di coordinamento tra i centri è stato fondamentale per i progressi che avete compiuto?

È stato vitale. È importante il riconoscimento del formidabile lavoro dei 68 centri che compongono la rete nazionale e dei ricercatori del Centro per lo Studio e la Cura delle Amiloidosi sistemiche della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo. La stretta e consolidata osmosi con i ricercatori del dipartimento di Biochimica della nostra Università, diretti da Vittorio Bellotti, ha consentito di trasferire rapidamente in Clinica gli importanti progressi nella ricerca di base. La battaglia a questa malattia è un'impresa corale, con tanti protagonisti, ed è solo grazie all'impegno e all'entusiasmo di tutti che si sono finalmente aperte concrete prospettive di miglioramento per i pazienti. •



Intervista con Giuseppe Mele, presidente della Federazione italiana dei medici pediatri (Fimp). Nato a Melendugno (Lecce) si è laureato in Medicina e chirurgia nel luglio del 1977, specializzandosi in Clinica pediatrica tre anni dopo con il massimo dei voti e la lode. Docente di Terapia pediatrica ambulatoriale presso l'Università di Foggia, è stato eletto Segretario nazionale della FIMP nel 2001 e dal 2006 è Presidente nazionale dei pediatri italiani

Il pediatra del Terzo millennio “Assistente di volo nella crescita”

L'obiettivo è quello di accompagnare le famiglie nel percorso di crescita dei propri figli, e insegnare loro un corretto stile di vita, fin dai primi anni. Perché la famiglia sta perdendo sempre più le prerogative di stabilità, sostituite oggi da cambiamenti repentini all'interno del focolare domestico

di **Andrea Sermonti**

Il nucleo familiare, siamo tutti d'accordo, non è più “quello di una volta”: il numero di separazioni e di divorzi degli ultimi anni è tale da certificare un cambiamento a dir poco ‘radicale’. E alla luce di questo mutamento, la figura del pediatra diventa un riferimento ancor più fondamentale e indispensabile per i genitori. E anche l'ambulatorio pediatrico diventa sempre più un luogo in cui si apprende un modello di vita adeguato: “Il pediatra interviene per migliorare lo sviluppo del bambino e delle famiglie – conferma Giuseppe Mele, presidente della Federazione italiana medici pediatri – e

non cura solo la malattia, ma anche i rapporti fra genitori e figli. Con l'aspettativa di vita destinata ad aumentare (in Italia il 18% sono anziani solo il 15% adolescenti), la prevenzione è fondamentale, sin dai primi mesi di vita: si deve andare oltre il concetto di malattia”.

In che modo si sta modificando la figura del moderno pediatra?

Il pediatra di famiglia, oggi, è un vero e proprio tutore del benessere psicofisico del bambino e dell'adolescente. E perché ciò non resti solo uno slogan il pediatra ha orientato sempre più la sua formazione professionale, divenendo di fatto veicolatore di corretta informazione sa-

nitaria, soprattutto nell'ambito della prevenzione. Conoscenza delle patologie emergenti, delle trasformazioni demografiche e familiari e dei nuovi bisogni socio sanitari rendono questo professionista della salute il vero perno centrale del Ssn.

E cosa vi serve per fare questo?

Innanzitutto ambulatori dotati di attrezzature diagnostiche di alto livello, per dare risposte sempre più precise. E se, oggi, per poter investire sul “self help”, i pediatri si stanno sempre più organizzando in associazioni, il Servizio Sanitario Nazionale deve fare la sua parte investendo in attrezzature e fattori di produzione per

la salute pubblica, nella consapevolezza che non si tratta di aumenti di costo ma di veri investimenti sul futuro dell'Italia.

Eppure esistono tante leggi che puntano a questo obiettivo...

Credo che non sia sufficiente ‘scrivere’ le leggi. Perché il Servizio Sanitario Nazionale non continui a essere il buco nero che tutti conosciamo, in termini di costi, si deve operare per una sanità di prossimità ai bisogni di salute della popolazione. Una sanità territoriale che eviti gli accessi impropri al pronto soccorso ospedalieri. A ciò, mi sento di segnalare la implementazione di due ulteriori attività preventive e informative all'un tempo: quella sulla corretta alimentazione e quella sul corretto utilizzo dei farmaci.

Molte mamme si chiedono: quali medicine è meglio dare ai nostri bambini, anche ai più piccoli?

La cosa più importante è quella di evitare ad ogni costo il cosiddetto “fai da te” e i famosi “passa parola” tra mamme. I dati che abbiamo raccolto ci dicono che le malattie infiammatorie, che sono le più frequenti, nel 60, 70 per cento dei casi sono di origine virale e solo 3 su 10 sono di origine batterica. Di conseguenza è da evitare ogni abuso di antibiotici. Ma ancor più importante risulta l'approccio culturale al “sistema farmaci”: e il pediatra deve contribuire all'utilizzo sempre più significativo del farmaco generico, che oltre-

I rischi sulla tavola del bambino

L'Italia è fortunatamente uno dei paesi che ha la normativa più stringente e puntuale dell'alimentazione per l'infanzia. La legge tollera la presenza di ridotte quantità di micotossine, metalli pesanti e pesticidi, ma distingue tra adulti e "children" (lattanti e bambini fino a 3 anni di età) imponendo per questi ultimi limiti molto più ristrettivi e vicini allo "zero analitico". Come nel caso del deossinivalenolo di cui è ammessa una dose fino a 750 parti per miliardo (microgrammi/chilo) per l'adulto, mentre per i bambini il tetto scende a 200 ppb. Con un ulteriore distinguo: solo i prodotti specificamente dedicati a questa fascia (*baby food*), e soggetti a notifica ministeriale, devono rispettare i limiti per i *children*. La crisi economica che tutti i Paesi stanno vivendo da più di due anni sta condizionando fortemente tanto l'abitudine al consumo e di acquisto delle famiglie quanto le strategie e le proposte delle aziende, che in alcuni casi pur di raggiungere gli obiettivi di business, hanno messo sullo scaffale dedicato normalmente ai prodotti per l'infanzia prodotti generici "vestiti" e personalizzati come se fossero *baby food*.

tutto è una risorsa nel senso che riduce la spesa sui farmaci incidendo sulla sostenibilità economica del Servizio Sanitario Nazionale.

Molte mamme si chiedono: non è meglio che i bimbi si facciano gli anticorpi anziché insistere con i vaccini? Sono convinto che le vac-

nazioni siano fondamentali: tanto che penso che il bambino vada vaccinato contro tutte le malattie prevenibili. Anche contro l'influenza! Anche le patologie sono evolute e, oggi, non è più tempo per i cosiddetti 'rimedi della nonna': per la profilassi delle malattie respiratorie, per esempio, possiamo usa-

re farmaci o sostanze come la lattoferrina e la vitamina D, che saranno lanciati nei prossimi mesi e che possono essere somministrati fin dai primi periodi di vita.

Avete recentemente istituito il primo "Osservatorio Nutrizionale d'Italia". Di cosa si occupa?

L'osservatorio studia le carenze e gli eccessi nutrizionali fin dai primi mesi di vita. All'inizio di ottobre abbiamo presentato a Torino – al nostro congresso nazionale, una manifestazione dedicata all'attività motoria, perché la sedentarietà ha un ruolo deleterio quanto determinante per l'obesità: ecco perché stiamo studiando diete ad hoc per i bimbi a rischio. Del resto, l'obesità infantile sta aumentando, specie nelle regioni del Sud: già dai primi mesi di vita bisogna incidere sull'alimentazione, fornendo informazioni corrette alle famiglie. Per questo lo scorso anno abbiamo istituito una Scuola di formazione, sotto l'egida del ministero della Salute.

Finora abbiamo formato duemila pediatri, e ci proponiamo di formarne altrettanti nei prossimi anni.

Una delle accuse che vengono mosse ai genitori di oggi è quella di essere poco presenti.

La teoria per cui non è importante il tempo ma la qualità non mi convince: il "quanto" è fondamentale. La comunicazione può essere facilitata dalla presenza, e il contrasto deve avvenire perché attraverso i contrasti si cresce. Bisogna amare nel rispetto l'uno degli altri, ma la dissimmetria generazionale è fondamentale. È vero, comunque, che in Italia purtroppo le strutture di supporto genitoriale sono ancora troppo assenti. È uno dei motivi per cui è sempre più difficile decidere di diventare genitori. A ciò si aggiunga che nel nucleo familiare si trova sempre meno tempo per il dialogo genitori/figli e che, questo, genera comunque altre problematiche. Il "dio" bambino non deve esistere. •

Il Decalogo del Web secondo il pediatra

- 1. No alla nuova divinità:** Internet non è il nuovo Messia
- 2. No alle esagerate paure:** Internet non è un mostro
- 3. No all'eccesso di uso.** A qualsiasi età, troppe ore davanti ad uno schermo sono deleterie
- 4. No al surfing infinito.** Provoca profonde distrazioni e modifiche neuronali e già gli esperti Usa si chiedono: il web ci rende stupidi?
- 5. No all'uso di Facebook come diario.** Usarlo con parsimonia nei testi e nelle immagini: troppi dati e troppe confessioni personali fanno male oggi e faranno ancor peggio domani
- 6. Sì al computer in una area comune della casa:** sul web i ragazzi non hanno diritto alla privacy e i genitori non devono avere paura di controllarli
- 7. Sì all'uso accompagnato del web.** Internet è la più colossale enciclopedia a disposizione, aiutate i figli a scoprirne i pregi e ad eliminarne i difetti
- 8. Sì alla condivisione delle regole sull'uso:** i ragazzi devono sapere che i genitori hanno diritto e dovere di sorvegliarli
- 9. Sì all'insegnamento della educazione sul web:** ciò che non si può fare all'esterno è sconsigliato anche su Internet
- 10. Sì al dialogo genitori-figli sull'uso dei media digitali:** occorre diventare assistenti affinché Internet-telefonini-sms-mms diventino un autentico contributo a volare

Ruolo del podologo nel Sistema sanitario nazionale

di Rocco Menechella (*)

In ascesa tra le professioni sanitarie, con una forte cultura della prevenzione e del servizio alla collettività, il podologo si avvia ad essere un professionista indispensabile in qualunque sistema sanitario moderno. Oltre che in Italia, negli U.S.A. e in Canada, nel Regno Unito, in Francia e Spagna, nei Paesi più evoluti dell'Europa ed in quelli extraeuropei si assiste, infatti, ad un progressivo sviluppo della professione ed al rilievo che essa assume nelle strategie di prevenzione, cura e riabilitazione. Fino a qualche anno fa, in Italia il ruolo della podologia era considerato del tutto marginale: la cultura prevalente, infatti, tendeva a confondere il podologo con il pedicure e con l'estetista, nonostante la legge l'avesse esplicitamente inserita tra le professioni sanitarie. Fortunatamente nell'ultimo decennio si assiste ad una decisa inversione di tendenza, sia presso le istituzioni preposte alla Sanità pubblica, sia presso la popolazione, sempre più sensibile al rilievo che i piedi possono assumere, soprattutto in tema di prevenzione. Il salto di qualità della podologia deve essere attribuito alla forma-



zione che garantisce la massima professionalità ai podologi. Infatti da oltre un decennio è stata introdotta una laurea specifica che prevede un ciclo di studi di tre anni, con oltre trenta discipline medicopodologiche ed un tirocinio pratico presso istituti qualificati, convenzionati con le Università. Grande rilievo assumono, poi, i Master Universitari post-laurea (piede diabeti-

co, postura, gestione delle lesioni cutanee ecc.). Vengono anche organizzati numerosi work-shop e annualmente un congresso nazionale, attualmente arrivato alla XXVI edizione, che affronta i temi più innovativi delle patologie podaliche. Tuttavia occorre ancora lavorare per far meglio comprendere le opportunità che offre la Podologia affinché essa possa allinear-

si ai livelli raggiunti in altri Paesi, nei quali riveste un ruolo di fondamentale importanza nei rispettivi sistemi sanitari. Per questo l'Associazione Italiana Podologi (A.I.P.), l'unica associazione formalmente riconosciuta dalle istituzioni italiane ed estere, è sempre più fortemente impegnata nella valorizzazione della professione, nella formazione dei giovani, nella lotta contro l'abusivismo, nella comunicazione che si rivolge alle istituzioni e alla gente attraverso la valorizzazione della medicina sul territorio.

Il podologo tratta tutti gli aspetti preventivi, diagnostici e terapeutici delle patologie che riguardano il piede, dalle più semplici, come l'ipercheratosi, alle più complesse, come la complicità del piede diabetico, le affezioni derivanti dalla postura, il piede dell'anziano e del bambino, il piede reumatico, ecc.. ecc.. Esegue fra l'altro esami diagnostici (come ad esempio l'esame baropodometrico) e confeziona protesi personalizzate su misura.

Ma per meglio comprendere quale rilievo assuma il ruolo del podologo esaminiamo nello specifico alcune delle più impegnative patologie, come la complicità del piede diabetico, il piede dell'anziano e quello dei bambini.

E' ampiamente noto che il 25% dei malati diabetici soffre della complicità del piede diabetico e che il 15% di essi è affetto da ul-

cere. Purtroppo l'ammon-
tare delle amputazioni rag-
giunge cifre drammatiche,
non degne di un paese ci-
vile. Nel 2009 (ultimi dati
disponibili del ministero
della Salute) esse ammon-
tavano a ben 7.276, con
138.221 giornate di degen-
za, per una degenza media
di 19 giorni per paziente.
L'assistenza podologica, so-
prattutto in termini di pre-
venzione, realizza l'obietti-
vo di una notevole riduzio-
ne delle amputazioni (se-
condo uno studio USA, cir-
ca il 60% in meno), senza
contare, poi, l'abbattimen-
to dei costi di ospedalizzazio-
ne che ne derivano.

L'A.I.P. ha messo a punto,
in merito, un progetto
operativo che prevede, ol-
tre all'inserimento del po-
dologo nei team diabeto-
logici e all'apertura di am-
bulatori podologici nelle
ASL (attualmente pochissi-
mi), una stretta collabora-
zione con il medico di
medicina generale, che ri-
sulta fondamentale per
una corretta assistenza al
malato diabetico.

Altra area in cui la po-
dologia è fortemente coin-
volta, è quella relativa alle
patologie podaliche degli
anziani, i quali nel 70%
dei casi soffrono di tali af-
fezioni. Le più gravi impe-
discono la deambulazione
e sono spesso causa di ca-
dute, di sovente con la
conseguente frattura del fe-
more. Quanto al piede del
bambino, i podologi sono
fortemente impegnati nel-
la verifica della mobilità
degli arti inferiori, della po-
stura, della dinamica del

È noto che il 25 per cento dei malati diabetici soffre della complicità del piede diabetico e che il 15 per cento di essi è affetto da ulcere

passo, della tipologia del
piede. Il piede piatto e le
deformità digitali sono le
patologie più frequenti che
vengono rilevate.

Il salto di qualità registra-
to dalla professione, l'evoluzio-
ne di essa, la forma-
zione sempre più avanza-
ta e di alto livello, l'ormai
stabilmente acquisita ca-
pacità di offrire una diver-
sa più completa assistenza
sanitaria, la forte crescita
della domanda da parte dei
pazienti, impongono una
revisione del profilo pro-
fessionale che consenta di
contrastare le diverse e
gravi conseguenze che de-
rivano dalle patologie po-
daliche. Anche perché si
potrebbe contare su un
professionista che diretta-
mente fornisca all'utenza

una prestazione sanitaria
compiuta, in quanto avreb-
be la possibilità di accer-
tare le patologie con l'au-
silio di apparecchiature
diagnostiche per immagini
e contestualmente di in-
tervenire, completando la
cura con la fornitura di di-
spositivi medici su misura.
L'evoluzione del profilo
professionale tracciato dal
decreto n° 666 favorireb-
be, quindi, una migliore
professionalità e competi-
tività della podologia ita-
liana, attualmente operan-
te non alla pari con gli al-
tri paesi più evoluti del-
l'Unione Europea, dando
la possibilità ai nostri pro-
fessionisti di essere com-
petitivi nel contesto lavo-
rativo internazionale. Da
ultimo, un'annotazione. A

livello internazionale la FIP
(Federazione Internazio-
nale Podologi) ha testimo-
niato in una dichiarazione
formale la grande crescita
della podologia italiana,
ponendola ai primi posti di
un'ipotetica graduatoria
mondiale. Ne è testimo-
nianza, a tal proposito, la
scelta proprio di Roma
quale sede del prossimo
Congresso Mondiale che si
terrà dal 17 al 19 Ottobre
del 2013, di cui l'A.I.P. è
stata incaricata dell'orga-
nizzazione unitamente al-
la stessa Federazione In-
ternazionale. Un appunta-
mento sicuramente di
grande rilievo per l'intero
universo della medicina ge-
nerale, delle professioni sa-
nitarie e della podologia in
particolare la cui macchi-
na organizzativa si è già
messa in moto per farsi
trovare pronta ad un even-
to che vedrà giungere a
Roma Capitale oltre 1500
delegati provenienti da
ogni parte del mondo. •

(*) *Coordinatore
Editoriale A.I.P.*

A.I.P. - Associazione Italiana Podologi

L'AIP da oltre 35 anni rappresenta i podologi italiani e favorisce lo sviluppo del-
la professione. L'associazione rappresenta la podologia in Italia e all'estero.
Fra l'altro si è data un codice deontologico che regola e disciplina sotto l'aspetto
etico e morale i comportamenti che il podologo deve assumere verso i pazienti, i
colleghi e i terzi.

Il **prof. Mauro Montesi** è il presidente dell'Associazione italiana podologi fin dalla
sua nascita ed anche per questo è considerato il "padre" della podologia italiana.
I principali temi sui quali si è sviluppata l'azione dell'AIP sono la formazione, la
ricerca, la comunicazione, i rapporti istituzionali.

A.I.P. - Via Francesco Tovaglieri, n°17
tel. e fax. 062282023 – e-mail: aip@tin.it
Sito web: www.associazionepodologi.it

Un computer... tra medico e paziente

L'impiego della telemedicina potrebbe garantire continuità assistenziale, capillarità degli interventi e risparmio economico, ma i processi, per essere implementati, hanno bisogno di una riorganizzazione del Servizio sanitario nazionale. L'importanza di una formazione specifica in e-Health



di Daniele Cellucci

Alla vigilia del congresso nazionale della SIT, Società italiana telemedicina e sanità elettronica, che quest'anno si svolgerà dal 22 al 25 novembre ad Arezzo, nell'ambito dell'annuale Forum risk management in sanità, abbiamo intervistato il dottor Giancarmine Russo, noto esperto di telemedicina nonché segretario generale della società.

Dottor Russo, ma nello specifico che cosa è la telemedicina?

Il termine "telemedicina" si presta a svariate definizioni, che spesso focalizzano l'attenzione solo su alcuni aspetti della materia. La telemedicina consiste, sostanzialmente, nella trasmissione e condivisione di informazioni di carattere sanitario e scientifico tra medico e cittadino o tra gli stessi operatori sanitari, attraverso sistemi di comunicazione di tipo telematico/informatico.

In pratica, quali conseguenze ha la telemedicina

per il lavoro del medico? Si può davvero fare a meno di visitare il paziente di persona?

La telemedicina permette l'erogazione di servizi di assistenza sanitaria tramite il ricorso alle tecnologie di telecomunicazione computer assistite, in situazioni in cui il professionista della salute ed il paziente (o due o più professionisti) non si trovino nella stessa località o vi si trovino in momenti diversi.

Essa comporta la trasmissione, in modalità sicura e protetta, di informazioni e dati di carattere medico grazie a testi, suoni, immagini o altre informazioni necessarie per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento ed il successivo monitoraggio dei pazienti. Sicuramente, almeno la prima visita deve essere eseguita di persona, anche per spiegare al paziente la nuova metodologia, poi i successivi controlli ed il monitoraggio possono tranquillamente avvenire a distanza.

Per erogare un servizio di telemedicina, sono neces-

sarie delle competenze specifiche?

Absolutamente sì ed il ruolo degli infermieri e di un qualificato centro servizi è indispensabile per assicurare una corretta telemedicina. Chiaramente occorre anche una certa dimestichezza con l'utilizzo delle moderne tecnologie informatiche. Siamo talmente convinti della indispensabilità di una formazione specifica in e-health da aver programmato nel nostro prossimo congresso nazionale una sessione appositamente dedicata a tale tematica.

In pratica, per le strutture sanitarie quali sono le conseguenze, sia dal punto di vista economico che organizzativo, nell'utilizzo della telemedicina?

L'applicazione di sistemi informatici e di telecomunicazione alle scienze mediche ha reso concrete prospettive inimmaginabili sino a poco tempo fa, come, ad esempio, quella di garantire la "sicurezza sanitaria" del paziente attraverso la teleassistenza domiciliare ed il telemonito-

raggio medicale delle patologie croniche, definite ormai come "la nuova emergenza sanitaria". La telemedicina non è solo un problema tecnico o di tecnologie da calare direttamente nei Servizi sanitari nazionali e regionali, e neanche un problema puramente sanitario o medico. È necessario, infatti, prevedere una fase di riorganizzazione e razionalizzazione dell'intero Servizio sanitario: è qui che si realizzano i maggiori risparmi economici ed è così che si sfruttano pienamente le opportunità offerte da tali tecnologie. Occorre, quindi, ridisegnare e in un certo senso "ripensare" lo stesso Servizio sanitario nazionale e regionale in modo orientato al "problem solving".

Le attuali moderne vedute dell'HTA (Health Technology Assessment), infatti, prendono in considerazione non solo gli aspetti economici, ma anche quelli riguardanti i benefici, l'efficienza, l'efficacia, l'utilità, l'usabilità, l'equità, l'universalità, ovvero un insieme di raffronti tendenti a



migliorare la qualità di cura, di erogazione e di fruizione dello stesso Servizio sanitario nazionale e regionale.

A che punto è la telemedicina in Italia rispetto agli altri Paesi?

Sicuramente allineata a quella dei paesi europei riguardo gli standard tecnologici, ma ancora indietro riguardo una legislazione che ne garantisca l'effettiva messa a sistema. La Francia, ad esempio, ha regolamentato la telemedicina dal primo gennaio 2010, per non parlare dei paesi del nord Europa, come Norvegia, Finlandia,

Svezia e Danimarca, dove la telemedicina è molto diffusa. Comunque, dopo il nostro congresso dell'anno scorso a Firenze, devo riconoscere che il ministero della Salute, tramite la dottoressa Rossana Ugenti, direttore generale del Sistema informativo e la professoressa Maria Carla Giliardi, consulente del ministro Fazio per la telemedicina, si sta muovendo molto bene, coinvolgendo il Consiglio superiore di sanità per la stesura di apposite linee guida dedicate alla telemedicina.

La telemedicina si può applicare a tutti i campi della medicina o vi sono limitazioni?

Dal punto di vista tecnologico, praticamente, non vi sono limiti all'utilizzo della telemedicina in qualsiasi campo medico e chirurgico.

Chiaramente vi sono diversi ambiti di applicazione: si va da quelle verticali, ultraspecialistiche, basti pensare agli astronauti, alle spedizioni polari, alle piattaforme oceaniche, a quelle orizzontali, destinate a larghe fasce della popolazione, come anziani, pazienti cronici o disabili. Ed è proprio su queste ultime che noi puntiamo per la definitiva affermazione, anche nel nostro Paese, della medicina telematica. Basti pensare all'emergenza cronicità ed alla possibilità di seguire, presso il proprio domicilio, attraverso il telemonitoraggio medicale, pazienti con malattie cronico-degenerative come, ad esempio, diabete, scompenso cardiaco, aritmie, ipertensione, insufficienza respiratoria o ulcere degli arti inferiori. Con la stessa accuratezza con la quale un paziente viene seguito in ospedale, lo si può oggi seguire al proprio domicilio, con maggior soddisfazione dell'assistito ed indubbi risparmi di spesa. A breve con la ASL 8 di Arezzo ed il suo direttore generale Enrico Desideri ed il direttore di staff Piercarlo Ghiselli, che hanno fortemente voluto e creduto nella telemedicina, partiremo, coinvolgendo i medici di medicina generale, con un progetto di medicina telematica che va proprio in questa direzione: telesorveglianza, telemonitoraggio e teleassistenza domiciliare dei pazienti con patologie croniche. Gradatamente il progetto sarà esteso all'intera regione Toscana e, suc-

cessivamente, a Piemonte, Sicilia e Lombardia.

Si parla di database comuni e di cartelle cliniche elettroniche: cosa occorre fare per far sì che dati così sensibili siano protetti?

Garantire la sicurezza e la privacy dei dati trattati è una delle criticità insite nella telemedicina. Lavoriamo a stretto contatto con l'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, proprio perché anche con la telemedicina, occorre preservare quel rapporto fiduciario che ci lega, indissolubilmente, ai nostri pazienti, rapporto imprescindibilmente basato sulla riservatezza dei dati trattati e sulla confidenzialità delle informazioni forniteci dai nostri pazienti. Fortunatamente, l'Italia, in questo campo, ha una legislazione molto avanzata ed è sufficiente applicare, rigidamente, le norme previste dal Codice privacy oltre a tutte le misure di sicurezza che le moderne tecnologie info-telematiche ci mettono a disposizione, per garantire sicurezza e privacy dei dati trattati. Infatti la nostra Società, oltre ai medici, agli informatici ed agli ingegneri, ha una qualificata partecipazione di giuristi particolarmente esperti, come quelli provenienti dal CIR-SFID (Centro interdipartimentale di ricerca in storia del diritto, filosofia e sociologia del diritto e informatica giuridica) dell'Università di Bologna, sulle tematiche privacy. •



Lotta alla malaria, il contributo italiano

di Walter Pasini

Nella seconda metà dell'800 la malaria rappresentava il più importante problema sanitario che affliggeva la penisola italiana colpendo per di più poveri che vivevano nelle campagne, ma anche personaggi famosi come Camillo Benso Conte di Cavour e Anita Garibaldi. Contrariamente alla maggior parte dei paesi europei, la malaria non era una patologia delle colonie, ma il maggiore problema di sanità pubblica nazionale. Le aree dove il morbo sembrava più diffuso si estendevano dal Veneto all'Emilia Romagna lungo la costa adriatica e poi dall'Abruzzo fino al sud della Puglia lungo tutta la costa ionica e tirrenica fatta eccezione per il golfo di Napoli. Particolarmente colpite erano alcune aree come l'Agro Romano, l'Agro Pontino, l'intera Sardegna e la Sicilia. Nel 1882, su una popolazione di 25 milioni di abitanti, oltre 11 milioni erano a rischio di contrarre la malattia. Di questi ogni anno almeno un milione si ammalava e 15-20mila morivano. Il tasso di mortalità cambiava di anno in anno a seconda delle condizioni climatiche (temperatura ed umidità), del-

le precipitazioni e delle alluvioni. Si registrarono picchi epidemici importanti: nel 1879, 1887, 1895 e 1900. Fino alla scoperta dell'agente eziologico identificato dal medico militare Alfonse Laveran di stanza in Algeria nel 1878, la malattia era attribuita a miasmi, emanazioni ammorbanti sprigionate dalle acque stagnanti dei terreni paludosi: "mal'aria".

Oltre a dare il nome alla malattia, l'Italia ebbe il privilegio di annoverare dagli ultimi decenni dell'800 per circa un secolo grandi maestri, illustri scienziati nel campo della malariologia. Tra questi Camillo Golgi, Angelo Celli, Giovan Battista

Grassi, Ettore Marchiafava, Amico Bignami, Giuseppe Bastianelli. La cosiddetta scuola romana fu il punto di riferimento per oltre un secolo per gli studiosi della materia.

La malariologia italiana deve parte della sua reputazione anche all'ospedale S. Spirito adibito alla cura dei pazienti affetti da malaria di sesso maschile provenienti dalle aree limitrofe alla capitale.

Nel 1898 venne fondata la Società per gli Studi sulla Malaria che aveva una rivista, "Gli Atti" su cui venivano pubblicati i lavori scientifici.

Nel dicembre 1898 Giovan Battista Grassi insieme a Bi-

gnami e Bastianelli fecero la scoperta più importante: la modalità di trasmissione della malaria attribuendola alla zanzara anofele.

Dopo la scoperta dell'agente eziologico della malaria e delle modalità di trasmissione, la lotta alla malaria poté contare su uno strumento formidabile: il chinino. Ad Angelo Celli va attribuito il merito di aver promosso una legge che istituiva in Torino la sede di un laboratorio di produzione nazionale del chinino e che prevedeva la distribuzione del chinino negli spacci di sale e tabacchi.

Tappe decisive nella eradicazione della malaria in Italia furono nei decenni successivi la bonifica dell'Agro Pontino e di altre aree paludose italiane e successivamente la lotta al vettore attraverso la disinfestazione con il DDT negli anni immediatamente successivi la

II guerra mondiale.

La malaria rappresenta ancora oggi nel mondo uno dei maggiori problemi di sanità pubblica causando oltre 200 milioni di nuovi casi l'anno con 1 milione di morti. L'ultimo contributo italiano nel contrasto alla malattia è stato la produzione di una nuova molecola da parte di una casa farmaceutica: l'associazione diidroartemisinina-piperachina (eurrartesim) per la cura della malattia. Il farmaco è stato approvato recentemente dall'organo europeo di controllo (EMA) per la commercializzazione in Europa. •



Le mutazioni del PCDH19

La patologia interessa solo pazienti di sesso femminile e determina l'insorgenza di crisi epilettiche nel primo anno di vita

di Nicola Specchio (*)
Raffaella Cusmai (**)
Alessandra Terracciano (***)

PCDH19 è un gene, localizzato sul cromosoma X, che codifica per la proteina "protocaderina 19", la quale fa parte di una famiglia di proteine che favoriscono la connessione delle cellule del sistema nervoso centrale.

Mutazioni del gene PCDH19 sono state descritte in alcune famiglie australiane per la prima volta nel 2008 da un gruppo di ricercatori anglo-australiani.

In seguito, sono stati condotti studi anche in altri Paesi, compresa l'Italia e tale mutazione è stata identificata in pazienti di diverse nazionalità. Molte delle mutazioni ad oggi accertate sono "de novo", ovvero non ereditate dai genitori, bensì insorte per la prima volta nelle pazienti. Mutazioni di PCDH19 determinano una patologia rara che interessa solo pazienti di sesso femminile e che determina l'insorgenza di crisi epilettiche nel primo anno di vita. Nella maggior parte dei casi si presentano in grappolo (numerosi crisi in poche ore) e sono di lunga durata: da qualche giorno a una settimana. Talora possono essere favorite dalla febbre.



Le crisi sono focali o generalizzate e difficilmente trattabili all'esordio.

Questa forma di epilessia può essere farmaco-resistente e, talora, si associa a deficit cognitivo, nonché a disturbi del comportamento con possibili tratti autistici.

Lo spettro fenotipico è variabile: sono riportate pa-

zienti con remissione dell'epilessia e normale sviluppo cognitivo. Le indagini di neuroimaging come la risonanza magnetica non mostrano alterazioni cerebrali.

Al momento non vi è una correlazione tra genotipo e fenotipo e non è noto all'esordio quali pazienti andranno incontro ad una for-

ma di epilessia severa associata a ritardo mentale e quali pazienti avranno un decorso meno grave.

Il meccanismo tramite il quale le mutazioni del PCDH19 determinano questa condizione clinica a tutt'oggi è sconosciuto.

La diagnosi molecolare è importante per intraprendere il trattamento più adeguato possibile nella fase acuta, per la prognosi e per il counselling genetico. Nel 2011 in Italia è stata costituita l'associazione "Insieme per la ricerca PCDH19", una ONLUS fondata dalle famiglie di bambine affette che ha come obiettivo primario quello di promuovere e finanziare la ricerca scientifica sul PCDH19. •

(*) nicola.specchio@opbg.net
Neurologia, Ospedale

Pediatrico Bambino Gesù
(**) raffaella.cusmai@opbg.net

Neurologia, Ospedale
Pediatrico Bambino Gesù

(***) aaterracciano@yahoo.it
Medicina Molecolare, Ospedale
Pediatrico Bambino Gesù

Insieme per la Ricerca PCDH19 Onlus nasce per sapere di più di questa rara malattia genetica; sensibilizzare l'opinione pubblica diffondendo informazioni sulla patologia; supportare la ricerca, trasformando in realtà la speranza di trovare una cura che combatta questa malattia; migliorare la qualità di vita delle bambine affette da mutazione PCDH19; divulgare i pochi dati noti anche in italiano (rari articoli ed estratti scientifici sono pubblicati, ma solo in inglese);

facilitare la comunicazione tra le famiglie coinvolte e sollecitare lo scambio di informazioni utili anche tra professionisti e genitori delle piccole pazienti.



Contatti: Onlus Insieme per la Ricerca PCDH19
Via Pier Luigi Sagramoso, 7 – 00135 ROMA
www.pcdh19research.org
insiemepcdh19@yahoo.it

INSIEME PER LA RICERCA

Veloce come la luce? Come sei lento!

di Antonio Gulli

Come possono cambiare la vita di ognuno di noi le scoperte scientifiche che, in molti casi, sono solo il prodotto casuale del lavoro di anni e anni di una comunità scientifica? Ricordare quanto la scienza unita alla tecnologia abbia cambiato radicalmente la nostra vita è banale. Basta aggiungere che la storia del genere umano è assimilabile al progresso della scienza. Anche se – come scriveva Arthur Fine – “reale nella scienza è ciò che è legato all’esperimento in modo analogo a come gli oggetti di tutti i giorni sono legati all’evidenza dei sensi”. L’ultima scoperta scientifica avvenuta presso i laboratori del Gran Sasso dell’INFN, per esempio, modificherà il nostro modo di comunicare, curarci, viaggiare? E fino a quando? O, ancora, modificherà veramente il nostro modo percepire il mondo così come avvenne con Copernico? Questo scienziato scrisse un trattato matematico-geometrico molto complicato per dimostrare che se si assumeva che non la terra, ma il sole sta al centro del nostro universo, e che tutti i pianeti, compresa la terra, ruotano intorno al sole seguendo orbite circolari per-

fette, si era in grado di prevedere la maggior parte dei fenomeni astronomici allora noti, con un’esattezza superiore a quella del famoso Almagesto di Tolomeo; e, inoltre, che i suoi risultati potevano essere utilizzati per costruire un calendario migliore e più comodo. Ciò rappresentò un elemento di estrema importanza per l’organizzazione della vita quotidiana, per la navigazione, l’agricoltura e, non in ultimo, per la stessa religione. Venne di nuovo definito il rapporto fra la terra e gli altri corpi dell’universo. Gli uomini seppero finalmente perché un proiettile sparato nello spazio tornerà al punto in cui è partito. E perché ciò accada il proiettile non deve essere sparato proprio verticalmente. Ma le cose più importanti che si possono sottolineare circa la scoperta che, per antonomasia, è indicata come capace di incarnare una vera e propria rivoluzione nella scienza sono, da un lato, che il copernicanesimo diventò credibile solo quando riuscì a diffondersi come struttura concettuale; dall’altro, che Tolomeo fu letteralmente battuto dal telescopio. Solo allora poté scomparire l’ultima significativa opposizione alla concezione di una terra planetaria. Solo allo-

ra questa “verità” diventò un nuovo modo di guardare alla natura, all’uomo e a Dio. Siamo in presenza – come alcuni affermano – di un fatto così importante? La scoperta riportata da tutti i media mondiali – che se confermata rappresenterebbe un’ennesima rivoluzione nella scienza, o almeno nella fisica teorica, in quanto rivisita sostanzialmente il concetto di causa ed effetto – potrà cambiare, per esempio, l’idea che l’uomo è geneticamente programmato a mutare di continuo? Questa scoperta – sempre se confermata – può ribaltare tale conoscenza? Intanto, qualcosa di molto di meno ha prodotto. Ha arricchito il dizionario dei più con il termine neutrino, e probabilmente non permetterà più di esclamare: “veloce come la luce”. Perché ciò significherebbe andare “lenti” di almeno sessanta nanosecondi. Infatti, se la scoperta verrà confermata, chi andrà “solo” alla velocità della luce – ovvero a 300.000 Km/s – potrà vedersi superato da uno che va veloce come un neutrino. Ma che cosa sono questi neutrini? I neutrini sono particelle particolarmente leggere che interagiscono molto poco con la materia e per questo, quindi, estre-

mamente difficili da rilevare in laboratorio. Quando furono introdotti nella teoria, intorno agli anni Cinquanta, si pensava addirittura che fossero particelle senza massa, cioè proprio come le particelle che compongono la luce: i fotoni. Molti esperimenti in tutto il mondo sono stati fatti negli anni ed è ormai confermato che i neutrini, seppur piccolissima, una massa ce l’hanno. Quindi non assomigliano più ai fotoni. Ma cosa c’entrano i fotoni? Einstein in una parte della teoria della relatività ristretta dice che niente, che nessuna informazione, può viaggiare più veloce della luce. Cioè che i fotoni sono i messaggeri più veloci che possano esistere e ciò dunque produce un limite insuperabile per tutte le altre particelle. Sebbene l’idea dell’invariabilità della veloci-





tà della luce sia un concetto complicato e controintuitivo, lontano cioè dal senso comune, Einstein non fece altro che prendere atto di alcuni dati sperimentali già allora ben noti: la luce viaggia – come detto – a circa 300.000 Km/s e nulla (attenzione: neanche i leggerissimi neutrini!) può superare questa velocità. Si dice anche che questo sia alla base del cosiddetto “principio di causalità”, ovvero semplicemente che la causa deve sempre e per forza precedere l’effetto, e che un vaso non può rompersi (effetto) prima di essere caduto per terra (causa). Sarà solo utile aggiungere alla conoscenza dei più che un fotone è un “quanto di energia” – per questo quanto inerte senza massa – che si associa ad una onda elettromagnetica. Quindi in che cosa consiste questa scoperta? La risposta ce

la offre il fisico italiano Antonio Ereditato, portavoce dell’esperimento OPERA: la luce (se viaggiasse nel vuoto) impiegherebbe circa 2,4 millesimi di secondo a percorrere la distanza (circa 730 Km) che separa il Cern dal Gran Sasso. I neutrini inviati da Ginevra invece ci mettono un po’ meno. La differenza è di appena 60 nanosecondi: potrebbe sembrare poco, ma in realtà è una differenza notevole (la differenza che c’è fra centimetri e metri) rispetto alla precisione che si può ottenere oggi anche nella vita di tutti noi ad esempio con strumenti quali i GPS. Ma la scienza è un’impresa umana e come tale sottostà sia ai suoi criteri interni di validazione, sia all’interpretazione che gli scienziati ne danno. Così si può leggere sia che quanto è avvenuto – come afferma la Hack: è “una

scoperta clamorosa e totalmente inattesa che aprirebbe prospettive teoriche completamente nuove. La celeberrima equazione per cui $E=mc^2$ prevede che se un corpo viaggiasse ad una velocità superiore a quella della luce dovrebbe avere una massa infinitamente grande. Per questo la velocità della luce è stata finora considerata un punto di riferimento insuperabile”; oppure, come ha scritto Odifreddi, che “la relatività di Einstein non prevede affatto che la velocità della luce non possa essere superata! Lo si dice continuamente, ma questo non significa che sia vero. Ciò che la relatività prevede, è soltanto che ci debba essere una velocità limite che non può essere superata”. Una cosa rimane certa. E questa cosa è che i risultati di frontiera della ricerca in fisica teorica, come la geometria astratta e quadridimensionale di Einstein, la relatività, la fisica quantistica, la matematica dei buchi neri, la teoria delle stringhe e il modello della pluralità degli universi hanno sconvolto il nostro senso classico della realtà, in quanto dimensioni teoriche difficilmente rappresentabili e comprensibili dalla nostra architettura biologico-neuronale. Ma – come avverte Susskind – i fisici “non parlano quasi mai di realtà”, una parola della quale occorre sbarazzarsi definitivamente per superare i limiti della nostra capacità di comprensione dell’universo, tenendo conto

dei paradigmi e dei modelli scientifici che cambiano improvvisamente soppiantando del tutto le vecchie idee. Un atteggiamento prudente è comunque d’obbligo. Poi potremo dar corso liberamente al nostro sentimento di meraviglia verso il grandioso mistero della vita, del mondo e dell’universo e alle altissime domande che questo ci pone. Per tornare alla domanda che ci siamo posti all’inizio, cioè in cosa a noi, comuni mortali, questa scoperta potrà essere utile, si può rispondere attraverso il contributo del grande fisico italiano Amaldi, quando afferma: “Per il progetto OPERA sui neutrini, sono stati impiegati strumenti di rilevazione dello spazio e del tempo avanzatissimi, che potranno essere applicati in modo straordinario in futuro, come è stato fatto proprio per gli acceleratori nella radioterapia, che oggi curano il cancro. È la tecnologia ricavata dalla ricerca a cambiare subito la quotidianità, non le scoperte che ci mettono tempo”.

L’impressione più generale che si può ricavare dalla scoperta che forse è possibile immaginare che una cosa possa avvenire prima che ci sia una causa che la possa produrre è – riprendendo l’affermazione che fu di Ludwig Wittgenstein – che oggi sempre meno “la risoluzione dell’enigma della vita nello spazio e nel tempo è fuori dello spazio e del tempo”. •

28 NOVEMBRE 1994

In Norvegia poco più della metà dei votanti vota contro l'ingresso del Paese nell'Unione europea.

29 NOVEMBRE 1989

Michail Gorbacev, accompagnato dal ministro degli esteri Eduard Sevardnadze, arriva in Italia in visita di stato. Il 1° dicembre sarà ricevuto anche in Vaticano dal Papa.



Michail Gorbacev ed Eduard Sevardnadze

22 NOVEMBRE 1988

Lo Stealth, il cacciabombardiere "invisibile", non è più tale: è stato presentato per la prima volta al pubblico.



4 NOVEMBRE 1979

A Teheran attaccata l'ambasciata degli Stati Uniti da parte di un gruppo di fondamentalisti: il personale viene preso in ostaggio.

Novembre e le sue storie...

Non v'è colpa più grande dello scontento.

Lao Tzu, Tao Te Ching

20 NOVEMBRE 1975

In Spagna muore Francisco Franco. Due giorni dopo Juan Carlos è proclamato re.



Juan Carlos

25 NOVEMBRE 1959

16 miliardi di lire è la cifra record con la quale viene venduto all'asta il dipinto di Paul Cézanne "Contadino con camicia azzurra".

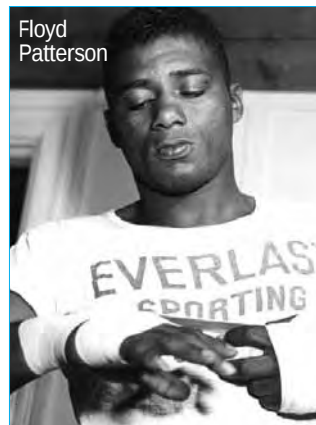
4 NOVEMBRE 1957

È una cagnolina di nome Laika il primo essere vivente a fare il giro della Terra in una navicella spaziale.



30 NOVEMBRE 1956

Il ventunenne americano Floyd Patterson diventa campione del mondo dei pesi massimi sconfiggendo il connazionale Archie Moore. Patterson è il più giovane nella storia del pugilato a conquistare l'ambito titolo.



Floyd Patterson

10 NOVEMBRE 1951

In Uganda, a Entebbe, viene aperto l'aeroporto più grande di tutta l'Africa.

7 NOVEMBRE 1942

Fausto Coppi, correndo al velodromo Vigorelli di Milano, migliora di 29 metri il record mondiale dell'ora correndo a 45,798 Km/h.



Fausto Coppi

12 NOVEMBRE 1936

Negli Stati Uniti viene inaugurato il ponte San Francisco - Oakland, lungo più di sette chilometri.

19 NOVEMBRE 1929

"Il principe consorte", pellicola cinematografica di Ernst Lubitsch, dà il via al genere del film musicale.

18 NOVEMBRE 1926

La Gran Bretagna si trasforma da impero a Commonwealth.

22 NOVEMBRE 1986

Il pugile americano Mike Tyson si aggiudica il titolo mondiale dei pesi massimi.



Mike Tyson



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.

Microchirurgia in chirurgia tiroidea

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

Presidenti: Rinaldo Lampugnani, Francesco Paolo Campana

Direttori: Giorgio De Toma, Andrea Ortensi, Lodovico Rosato

Coordinatore: Valerio D'Orazi

Argomenti: la microchirurgia con sistemi di ingrandimento e sofisticato strumentario dedicato permette oggi una radicalità ulteriore rispetto al passato ed un rispetto accurato delle strutture più delicate quali vasi e nervi

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

Odontologia forense

Firenze, 24-26 novembre, Auditorium Cto- Aou Careggi

Presidente: prof. Gian Aristide Norelli

Coordinamento Scientifico: prof.ssa Vilma Pinchi, prof. Marco Scarpelli

Alcuni argomenti: il Congresso vedrà la partecipazione delle Società Scientifiche di riferimento sia per la parte identificativa sia per quella attinente la responsabilità professionale, e si strutturerà come una Consensus Conference. La prima parte sarà incentrata sulla identificazione dell'età nel vivente a fini legali e giudiziari, mentre la seconda tratterà il tema del trattamento odontoiatrico nel soggetto in terapia con bifosfonati

Informazioni: sito web: www.proofweb.eu; www.andi.it; Andi Servizi tel. 02 30461050; e-mail: eventi@andiservizi.it

Segreteria Scientifica per invio abstracts: prof.ssa Vilma Pinchi, e-mail: pinchi@unifi.it; prof. Marco Scarpelli, e-mail: mscarpelli-wolit@tiscali.it



Medicina manuale

Roma, anno 2012

Direttore: prof. Valter Santilli

L'Università La Sapienza di Roma ha istituito il Master di secondo livello in medicina manuale, metodiche posturali e tecniche infiltrative in riabilitazione. Il Master si propone di approfondire ed aggiornare l'insegnamento teorico e pratico della medicina manuale (manipolazioni vertebrali) e delle tecniche di supporto.

Al termine del corso è prevista una approfondita conoscenza e competenza su: semeiotica specialistica nel percorso diagnostico delle algie vertebrali, trattamento manuale (manipolazioni vertebrali) e riabilitativo delle algie vertebrali, e una conoscenza di base di tecniche di terapia infiltrativa quali infiltrazioni intrarticolari, mesoterapia, ossigeno-ozono-terapia e metodiche posturali

Informazioni: prof. Valter Santilli, tel. 06 49914661, e-mail: valter.santilli@uniroma1.it, sito web: www.uniroma1.it/didattica/offerta-formativa/master

Centro studi terapie naturali e fisiche

Agopuntura

Torino, 16 dicembre

Struttura: sono previsti sei seminari annuali, per un totale di 480 ore di formazione residenziale, più 50 ore di pratica clinica ambulatoriale in regime di tutoraggio presso gli ambulatori pubblici convenzionati. Al termine viene assegnato l'Attestato Italiano di Agopuntura F.I.S.A.

Alcuni argomenti: fondamenti di medicina cinese, punti e meridiani di agopuntura, eziopatogenesi, semeiotica e diagnostica agopunturali, metodiche di infissione e di manipolazione dell'ago

Informazioni ed iscrizione: segreteria CSTNF, tel. 011 3042857, e-mail: info.cstnf@fastwebnet.it, sito web: www.agopuntura.to.it

Ecm: il corso assegna crediti ecm

Tumori del volto

Milano, 11-12 novembre, Aula Magna Istituto Ortopedico Galeazzi

Presidente: dott. Franz W. Baruffaldi Preis

Direttore: dott. Maurizio Cavallini

Informazioni e iscrizioni: Segreteria Organizzativa Keyword Europa, Via Lodovico Mancini 3, 20129 Milano, tel. 02 54122513, fax 02 54124871, e-mail: keyword1@mdsnet.it, sito web: www.keyword-europa.it

Prevenzione, integrazione e multidisciplinarietà nelle malattie tumorali

Roma, 11-12 novembre, Ospedale San Pietro Fatebenefratelli

Comitato Scientifico: dott. Pietro Alimonti, dott. Francesco Bottaccioli, dott. Osvaldo Sponzilli, dott. Gianfranco di Paolo

Informazioni: Segreteria Organizzativa dott. Osvaldo Sponzilli, Ambulatorio di Medicina Anti-Aging, Omeopatia e Agopuntura, Ospedale San Pietro Fatebenefratelli, sito web: <http://www.sponzilli.it>, e-mail: dr.osvaldosponzilli@libero.it

Segreteria ecm: dott. Francesco Drago, tel. 06 33554121; per gli ecm è necessaria la pre-iscrizione telefonica, sito web: <http://www.omeopatiainospedale.org/index.html>

Ecm: evento ecm interprofessionale ad ingresso libero gratuito

Medicina osteopatica

Zanica (BG), 25-26-27 novembre, Via Roma 38

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

Destinatari: medici e fisioterapisti

Argomenti: Corso quinquennale di medicina osteopatica. 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



Associazione lombarda medici agopuntori

Agopuntura

Milano, 19 novembre

Direttore: dott. Carlo Moiraghi

Svolgimento: Corso annuale riservato a laureati in medicina e chirurgia certificati del corso di formazione in agopuntura di scuole fisa o di altri corsi equipollenti. Sono ammessi gli allievi del 4° anno dei corsi di formazione di scuole fisa. 20 posti disponibili. Composto di sette seminari teorici pratici giornalieri a cadenza mensile, il corso è dedicato alla clinica, ma si rivolge anche ai fondamentali mtc. Al termine del Corso previa frequenza e esame finale di verifica viene rilasciato attestato Alma di partecipazione

Informazioni e Iscrizioni: Alma, Via Sambuco 12, 20122 Milano, tel. 02 8361618, fax 02 8392468, cell 328 9116809, sito web: www.agopuntura-alma.it, e-mail: cmoira@tin.it

Cocktail ortodontico: ortodonzia 3D e diagnosi

Catania, 18 novembre, Aga Hotel

Relatori: dott. Orazio M. Bennici, dott. A. Ascanio

Argomenti: Verrà esposto un innovativo approccio alla diagnosi ortodontica (Dolphin) sfruttando le potenzialità delle apparecchiature cone-beam, per visualizzare immagini 3D del cranio da esaminare senza margini di errore e distorsioni di immagine

Informazioni: dott. Bennici, e-mail: odontomax@tiscali.it, tel. 329 2025591, Rb Service, sig. Filippo Barone, e-mail: info@rbservice.eu, 095 7837211, dott. M. Rugeri, e-mail: mr dental@alice.it, Infolab di Sartori/Conti tel. 045 8352448, e-mail: davide@dolphinimaging.it, sito web: www.dolphinimaging.it

Percorso riabilitativo per la persona amputata di arto inferiore

Milano, 24 e 25 novembre

Presidente: prof. Luigi Tesio

Direttore: dott. Marco Traballes

Obiettivi del corso: aggiornare i partecipanti sulle moderne e più recenti metodiche riabilitative e le nuove protesi per la persona amputata d'arto inferiore

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

Informazioni: Segreteria Organizzativa sig.ra Elena Castellari, cell. 327 8649907, e-mail: ecastellari@ecastellari.it

Segreteria Scientifica sig.ra Daria Piazzini, cell. 347 6603135, e-mail: dariapiazzini@dpiazzini.com

Ecm: attivate le procedure per ottenere i crediti ecm

Università di Camerino

Medicina estetica e terapia estetica

Camerino, a.a. 2011-2012

Direzione didattica: prof. Francesco Amenta, prof. Vincenzo Varlaro

Obiettivo: fare formazione medica mediante lezioni e-learning e stage pratici che si terranno a Roma. Alla fine del biennio verrà rilasciato un diploma di Master universitario di II livello

Alcuni argomenti: visita di medicina estetica, tossina botulinica, filler, peeling chimici, biostimolazione cutanea, emulsiolipolisi, carbossiterapia, idrolipoclasia ultrasonica, mesoterapia, obesità, laserterapia, fitoterapia, cosmetologia

Informazioni: sito web: web.unicam.it/laureati/formazione/master/medicina_estetica/index.asp, e-mail: francesco.amenta@unicam.it, vincenzo.varlaro@unicam.it, tel. 0737 403326, 0737 403311

Ecm: gli iscritti al master sono esentati dal dover maturare crediti formativi

Medicina estetica

Torino, 19-20 novembre

Presidente: prof. Giuseppe Sito

Coordinatori scientifici: dott. Riccardo Forte, d.ssa Patrizia Piersini

Alcuni argomenti: cura della pelle: cosmetici, cosmeceutici ed integratori, tossina botulinica: novità al vaglio, medicina e chirurgia rigenerativa: prp, tessuto adiposo e cellule staminali, gli iniettabili in medicina estetica: filler e biostimolatori, chirurgia estetica mini-invasiva, cellulite: carbossiterapia, criolipolisi, onde d'urto, biotecnologie: pdt, radiofrequenza frazionata, laser frazionati

Informazioni: Segreteria Organizzativa G.P. Pubbliche Relazioni s.r.l., Via S. Pasquale a Chiaia 55, 80121 Napoli, tel. 081 411450, 081 401201, fax 081 404036, e-mail: info@gpcongress.com, sito web: www.gpcongress.com



Economia e management in ospedale e nei servizi sanitari territoriali

Roma, a.a. 2011-2012

Direttore: prof. Antonio Boccia

Obiettivi: 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

Scadenza domande: la scadenza per la presentazione delle domande è il 30 novembre

Informazioni: Segreteria Didattica 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 scientifica didattica e aggiornamento in cardiologia

Ecodoppler vascolare arterioso per cardiologi, internisti e diabetologi

Roma, 3 dicembre

Direzione didattica: dott. Luciano Arcari, dott. Roberto Gagliardi

Argomenti: Corso a numero chiuso, limitato a 18 iscritti, dedicato a specialisti in cardiologia, medicina interna, diabetologia e geriatria. Il corso ha un orientamento prevalentemente pratico: ad una breve introduzione teorica su come eseguire e quali parametri fondamentali ricercare nell'effettuare gli ecodoppler dei vasi carotidei, aorta addominale e distretto degli arti inferiori, seguirà una ampia sessione pratica dedicata principalmente allo studio dei vasi carotidei, con la proiezioni di esami eseguiti in diretta e con l'esecuzione di ecodoppler vascolari arteriosi da parte dei discenti divisi in gruppi

Informazioni: Associazione Asdac, e-mail: asdac@fastwebnet.it, cell 336 786955 - Università degli studi di Napoli Federico II

Medicina tradizionale cinese in ginecologia e ostetricia

Napoli, a.a. 2011-2012, Facoltà di medicina e chirurgia

Coordinatore: prof. Achille Tolino

Obiettivi del Master: acquisire una conoscenza delle teorie fisiopatologiche di base della medicina tradizionale cinese, sviluppare la competenza diagnostica per porre una diagnosi secondo il linguaggio energetico e psicosomatico classico della mtc, acquisire le conoscenze necessarie per individuare, scegliere gli agopunti e i rimedi erboristici più adatti

Destinatari: laureati in medicina e chirurgia

Informazioni e iscrizioni: sito web www.unina.it, email: tolino@unina.it, antonietta.dettore@libero.it, tel. 081 7462982, 333 2168672

Oncologia interventistica

Pavia, 24-25 novembre, Nuovo Collegio Santa Caterina

Informazioni: Segreteria Scientifica dott. Guido Poggi, dott. Pietro Quaretti, dott. Marcello Maestri

Segreteria Organizzativa: Assos, Via B. Eustachi 12, 20129 Milano, tel. 02 29426932, fax 02 294269222, sito web: www.assos-cons.com

Terapia implantare

Mazara del Vallo, 25 -26 novembre, Via Palmiro Togliatti 38

Relatore: dott. Oreste Trosino

Argomenti: la terapia implantologica in odontoiatria dalla progettazione protesica alla inserzione degli impianti, casi clinici dal vivo e casi simulati praticati dai corsisti

Informazioni: dott. Asaro Nicolò, tel. 331 6706719, 0923 946254

Congresso nazionale della società italiana di terapia intensiva

Firenze, 17-18-19 novembre, Palazzo degli Affari

Presidente S.i.t.i.: prof. Gabriele Sganga

Presidente del Congresso: prof. A. Raffaele De Gaudio

Obiettivi: il congresso, multidisciplinare e multiprofessionale, affronterà lo stato dell'arte della terapia intensiva con riunioni monotematiche, letture, lunch session e comunicazioni orali; saranno organizzate sessioni dedicate ai giovani con spazi under 35

Informazioni: Segreteria Organizzativa F.I.M.O. srl, Via Kyoto 51, 50126 Firenze, tel. 055 6800389, e-mail: info@fimo.biz, sito web: www.fimo.biz



Regione Campania - Università degli studi di Salerno – Fondazione Deamedica Onlus

Piede diabetico

Castellammare di Stabia (NA), 2-3 dicembre, Hotel dei Congressi

Scadenza iscrizioni: 20 novembre

Obiettivi: garantire un livello elevato di assistenza medica e chirurgica, ridurre il numero di amputazioni per complicanze, e promuovere la creazione di un centro di riferimento per la prevenzione e cura del piede diabetico

Alcuni argomenti: piede diabetico neuropatico secondo evidenza, piede di Charcot degli anni 2000, piede diabetico infetto, ischemico e rivascolarizzazione, nuove tecnologie per di cura

Informazioni: Segreteria Scientifica dott. Vincenzo Prisco, d.ssa Rosaria Greco

Segreteria Organizzativa: Meridiana Events & Education s.r.l., Via G. Volpe 126, 56121 Pisa, Italy,

tel. 050 9711721, fax 050 974148, e-mail: Zaira.Lombardo@meridianaevents.it

Martina.Giovannetti@meridianaevents.it, sito web: www.meridianaevents.it

Istituto Paracelso, Centro italiano per le medicine non convenzionali

Medicina omeopatica

Roma, 3 dicembre, Istituto Paracelso

Struttura: corso triennale teorico-pratico con tirocinio assistito presso il centro clinico paracelso per un totale di 600 ore/lezione. Frequenza: mensile per le lezioni teoriche nei week-end. Requisiti per l'ammissione: laurea in medicina e chirurgia. Docenti: della Scuola di Studi Superiori dell'Istituto Paracelso. Attestato di formazione: rilasciato a fine corso dalla Scuola di studi Superiori dell'Istituto Paracelso, permette l'iscrizione nei Registri di Omeopatia degli Ordini dei Medici

Informazioni: Segreteria tel. 06 5816592, e-mail: istpar@tin.it, sito web: www.istitutoparacelso.it

Ecm: accreditamento ecm

Chirurgia protesica del ginocchio

Torino, 28 - 29 novembre, Azienda ospedaliera M. Adelaide

Presidente: prof. Maurizio Crova

Alcuni argomenti: anatomia del ginocchio con proiezione di video realizzati su cadavere, valutazione clinica e strumentale del ginocchio in funzione della protesizzazione e riprotesizzazione, complicanze

Informazioni: Segreteria Scientifica dott. Fabrizio Galetto, dott. Alessandro Bistolfi, dott. Enzo Cenna, dott. Matteo Paonessa, d.ssa Federica Rosso, II Clinica Ortopedica, AO CTO M. Adelaide, Torino tel. 011 505730

Segreteria Organizzativa: Il Melograno Servizi, tel. 011 505730, fax 011 590940, e-mail: segreteria@ilmelogramnoservizi.com, Via Pigafetta 36, 10129 Torino, sito web: www.ilmelogramnoservizi.com

Centro universitario di ricerca sugli aspetti comunicativo-relazionali in medicina

Comunicazione per la salute

Milano, 24-25 novembre

Presidente: prof. Egidio A. Moja

Argomenti: la comunicazione e la relazione in medicina. Si rivolge in particolare ai medici, ma anche a psicologi, infermieri e altre figure professionali sanitarie

Informazioni: Segreteria Scientifica d.sse Alessandra Di Carlo e Elisa Andrichi, Centro CURA, A. O. San Paolo, Polo Universitario, Via di Rudinì 8, Milano, tel. 02 50323129, e-mail: segrscientifica.congressocura@unimi.it

Malessere da stress lavoro correlato

Verona, sabato 19 novembre, sala convegni Banco Popolare di Verona e Novara, Via delle Nazioni 4

Direttore: dott. Massimiliano Rossi

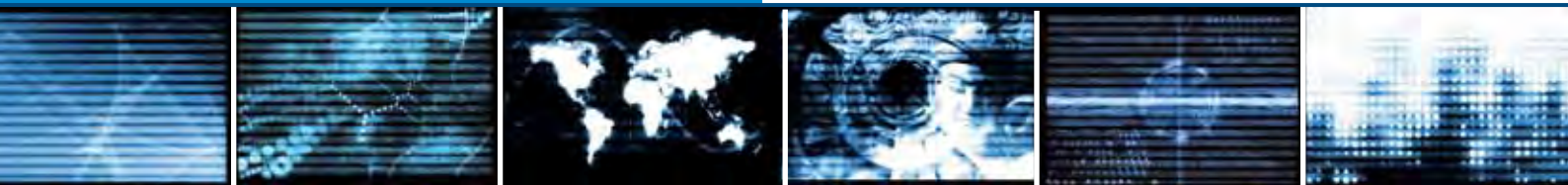
Destinatari: medici, psicologi, psicoterapeuti, consulenti della sicurezza aziendale, avvocati, consulenti del lavoro

Argomenti: approccio multidisciplinare sui disturbi da stress lavoro correlati, inquadramento clinico, preventivo, normativo, approccio aziendale e personale

Informazioni: Segreteria Organizzativa sig.ra Alessandra Motta, e-mail: info@amcommunication.it

tel. 349 3707024, fax 045 557574, sito web: www.convegno-stress.it

Ecm: richiesti crediti ecm



a cura di Maurizio Zomparelli

Sulla rivista Science Express alcuni scienziati hanno evidenziato una proteina ribosomiale la Rpsa 1 capace di bloccare il Dna del Mycobacterium della tubercolosi. Il farmaco capace di attivare questa proteina è la Pyrazinamide, già in uso terapeutico dagli anni 50, ma di cui non si conosceva il meccanismo di azione benefico.

In occasione dell'ultima World Conference on lung cancer svoltasi ad Amsterdam, alcuni ricercatori hanno scoperto che il genoma delle cellule del cancro del polmone risulta fortemente alterato nei pazienti non fumatori. Il fumo sembrerebbe essere un fattore scatenante il cancro, ma non altera la genetica cellulare in modo significativo rispetto ai non fumatori. Questo fatto dimostrerebbe che il cancro nei due soggetti dovrebbe essere trattato in modo diverso dal punto di vista della terapia.

Nell'ultima estate sono state più di mille le chiamate di emergenza sanitaria effettuate al numero verde del ministero della Salute per l'ondata di calore. La maggioranza era da parte di donne.

Uno studio promosso dal CNR e pubblicato sull'European Heart Journal ha monitorato un gruppo di cardiologi interventisti esposti costantemente ai raggi X, in genere con dosi di due o tre volte superiori ai colleghi radiologi, ebbene da questo studio si sarebbe evidenziata una maggiore risposta di protezione dei loro organismi alla stessa esposizione di raggi. Infatti, nel loro sangue, si sarebbero rilevati maggiori quantità di glutazione e di perossido di ossigeno, ambedue potenti antiossidanti. Inoltre si sarebbero evidenziati maggiori valori dell'enzima caspasi-3 coinvolto nel processo cellulare della apoptosi.

L'estatto della Jatropha curcas, conosciuta come noce delle isole Barbados, alle dosi di 200-400 mg, è un potente analgesico paragonabile al comune acido acetilsalicilico (aspirina).

Una speranza terapeutica per l'Alzheimer viene dall'uso e la somministrazione dell'armina, un alcaide vegetale in grado di disattivare la proteina DYRK1A responsabile della fosforilazione della proteina TAU, direttamente coinvolta nello smantellamento delle connessioni tra i neuroni e della formazione dei nodi neurofibrillari.

Un nuovo dispositivo tecnologico, il microtomografo a coerenza ottica utilizzato dai ricercatori del Wellman Center of Photomedicine del Massachusetts General Hospital di Boston e pubblicato sulla rivista Nature medicine, ha dimostrato che questo apparecchio è in grado di evidenziare una coronaropatia, con una sensibilità di 10 volte superiore rispetto alla tomografia a coerenza ottica standard. Lo studio è stato coordinato da Gary Tearney.

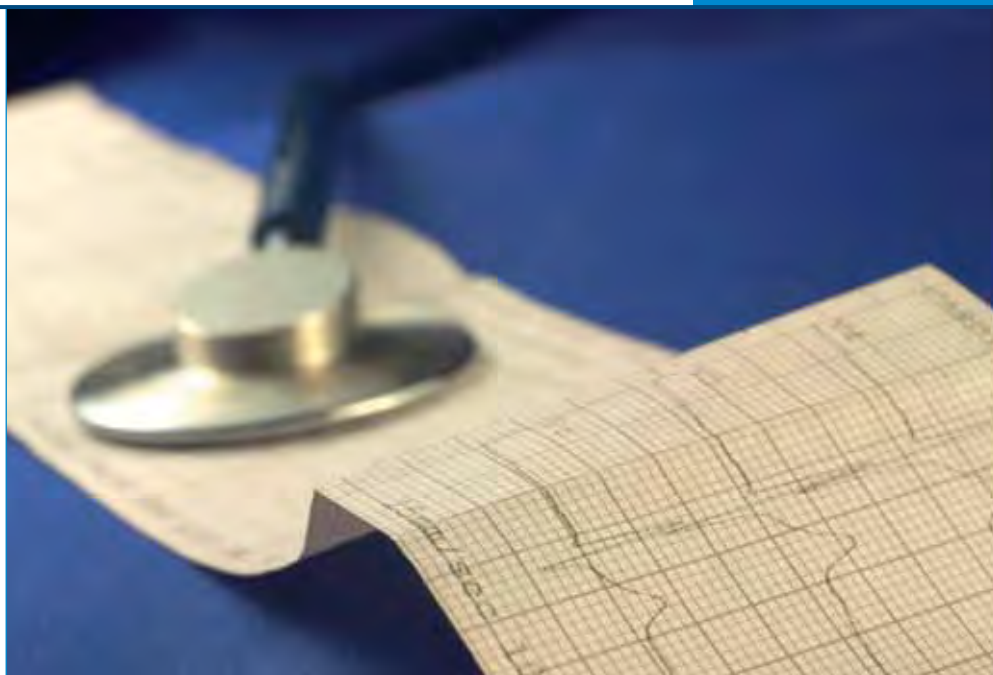
Allarme in USA per le donne in gravidanza, infatti in un recente studio statistico, ci sarebbe un 47% in più di casi di ictus cerebrali, durante la gravidanza, tra i fattori di rischio evidenziati ci sarebbe, oltre all'obesità, l'ipertensione ed il diabete mellito, tutti in aumento di casi.

Svolta epocale sullo studio dell'Alzheimer con l'utilizzo di biomarcatori e neuroradiologici in grado di evidenziare precocemente il Morbo, prima della sua conclamata evoluzione in demenza. I marcatori si sono rivelati efficaci nello scoprire in vivo l'accumulo eccessivo della proteina amiloide nel cervello. La stessa proteina sembrerebbe essere la responsabile della stessa patologia degenerativa cerebrale.

Novità e sperimentazione clinica nella ASL RM/A del Lazio, i medici di base potranno collaborare con il P.S. del DEA del Policlinico Umberto I° di Roma, questa collaborazione sperimentale verrà estesa anche al DEA dell'Ospedale S. Giovanni.

Da uno studio statistico è emerso che circa il 10% della popolazione mondiale è obesa. L'allarme sia per i costi sanitari che previdenziali in questo periodo di crisi impone una assoluta osservanza e prevenzione clinica da parte dei medici verso i loro assistiti.

Svolta nella medicina trasfusionale: medici francesi del Saint Antoine di Parigi hanno prodotto globuli rossi da cellule staminali, questo consentirebbe in un prossimo futuro l'autotrapianto cellulare che risolverebbe i rischi di rigetto e delle infezioni trasmesse. Inoltre le cellule prodotte hanno le stesse caratteristiche di quelle del donatore e la loro durata sarebbe la medesima di quelle autologhe.



Fibrillazione atriale, anche per gli “eccessi”

di Matteo Di Paolo Antonio

I battiti possono diventare tanto irregolari e veloci da fermare il cuore: 600 al minuto, lo stesso sprint delle ali di una farfalla. Della fibrillazione atriale, l'aritmia più frequente, si è molto parlato a Parigi durante l'ultimo congresso della Società Europea di Cardiologia.

La malattia comporta affanno, stanchezza, sensazione di cardiopalmo e soprattutto aumenta il rischio di ictus, favorendo la formazione di trombi a livello cardiaco.

Secondo le stime la fibrillazione atriale riguarda circa il 2 per cento della popolazione e cioè dai 600 agli 800mila italiani. Ed è in aumento, non solo fra le

persone più anziane. Anche i giovani possono avere il “cuore matto” e, secondo Raffaele De Caterina, docente di malattie cardiovascolari all'Università di Chieti, questo è anche legato allo “sballo del sabato sera”, tra eccessi di alcool e di droghe come la cocaina. Così, la malattia emerge prima del tempo in chi ha una predisposizione. Anche troppo fumo, cibo o caffè non provocano da soli la fibrillazione, ma ne anticipano la comparsa in soggetti predisposti.

Quanto all'aumento fra gli anziani, si ritiene che sia dovuto al fatto che oggi invecchiano anche soggetti molto fragili, grazie alle cure sempre più avanzate.

Per far fronte a questo problema si ricorre a farmaci

anticoagulanti, ma secondo le stime più recenti dell'Associazione nazionale medici cardiologi ospedalieri un paziente su due non viene curato a dovere. Spesso sono proprio i malati a rifiutare i farmaci. Uno studio presentato a Parigi e condotto in 12 Paesi europei su oltre 1400 pazienti rileva che uno su tre sarebbe disposto a qualsiasi cosa pur di non dover prendere medicine ogni giorno per il resto della vita. Gli anticoagulanti orali utilizzati finora non sono farmaci «semplici» e sono allo studio prodotti più mirati, che inibiscono un solo fattore della coagulazione e non più di uno come accade con i medicinali classici. Per i pazienti conta molto la semplicità

di uso, oltre alla riduzione del rischio.

Oggi si punta molto sui farmaci orali di ultima generazione, invece di quelli parenterali, che offrono seri vantaggi per la facilità di impiego, dall'assenza di monitoraggio continuo alla flessibilità dei dosaggi che consente una migliore qualità della vita del paziente.

A questa categoria appartiene anche un nuovo prodotto che ha importanti potenzialità: Edoxaban. Al Congresso di Parigi sono stati presentati gli ultimi studi sul farmaco approvato ad aprile e lanciato per la prima volta lo scorso luglio in Giappone per la profilassi delle tromboembolie venose nei pazienti sottoposti a chirurgia ortopedica.

Lo scopritore della molecola, Satoshi Kunitada, ha spiegato che inibisce in modo specifico, reversibile e diretto il Fattore Xa, un fattore della coagulazione presente nel sangue. Negli ultimi 25 anni il ricercatore ha coordinato lo studio del nuovo farmaco per il trattamento dei pazienti con fibrillazione atriale con una sola somministrazione giornaliera, in modo da ottimizzare l'equilibrio fra prevenzione degli eventi trombotici ed effetti collaterali, come il sanguinamento. Edoxaban è l'unica molecola della nuova classe degli inibitori del Fattore Xa che viene studiata per la fibrillazione atriale in due differenti dosaggi. •



Lucca

Prescrizione decennale per indennità ferie non godute

Il termine di prescrizione per chiedere il pagamento dell'indennità sostitutiva delle ferie non godute, a cui si aggiunge anche l'indennità sostitutiva dei riposi settimanali non goduti, è quello ordinario decennale, perché il diritto rivendicato, essendo direttamente collegato a un inadempimento contrattuale del datore di lavoro, ha natura squisitamente risarcitoria.

Corte di Cassazione

sentenza n. 10341 dell'11 maggio 2011

NB - il DLgs 66/2003 stabilirebbe che il diritto del lavoratore di richiedere la monetizzazione delle ferie maturate e non godute non sorge in costanza di rapporto, ma può essere rivendicato unicamente in seguito alla cessazione del rapporto di lavoro.

Diritto alle ferie: impossibilità di decidere unilateralmente la fruizione del riposo

Al medico compete di "scegliere" quando usufruire delle ferie, senza prescindere, però, dal previo consenso della Asl, giacché la normativa fa riferimento solo alla "scelta" non alla "decisione". Pertanto, sebbene l'illegittimità del rifiuto datoriale possa causare il risarcimento dei danni, non autorizza, tuttavia, alla decisione unilaterale di fruizione del riposo.

Corte di Cassazione

sentenza n. 12805 del 10 giugno 2011



Verona

Comunicare il quesito od il sospetto diagnostico è indice di correttezza deontologica e di buona pratica clinica

Alcuni direttori sanitari e responsabili di distretto ci hanno in varie occasioni comunicato che è ancora abbastanza diffusa la pessima abitudine di richiedere visite

specialistiche ed accertamenti diagnostici senza comunicare il quesito, o meglio il sospetto diagnostico. Tale comportamento può essere ammissibile in alcune situazioni particolari ma nella generalità dei casi è contrario alla buona pratica clinica ed al codice deontologico (artt. 13 - 60)

e può in alcune situazioni critiche configurare un reato ai sensi dell'art. 328 del codice penale.

È altrettanto indice di correttezza deontologica e soprattutto di buona pratica clinica per tutti riportare sulle richieste di accertamenti:

- data di emissione del documento in cui viene indicata la richiesta
- timbro personale del medico proponente
- firma del medico proponente
- infine ma non per ultimo: indicazione del motivo e/o del sospetto clinico alla base della richiesta di accertamenti.



Messina

Progetti euromediterranei

Il direttore generale dei rapporti internazionali del Ministero della Salute Giuseppe Ruocco ha presentato i progetti euromediterranei e il ruolo che la Regione siciliana avrà nel loro sviluppo: programmi per l'attivazione di un registro dei tumori,

lo sviluppo degli screening per le grandi patologie tumorali e la diagnosi precoce delle stesse, le patologie cardiovascolari e tutte le patologie da carenza, derivanti da incongrua alimentazione ivi comprese le patologie celiache. La Sicilia diventa per la prima volta il reale e naturale tramite delle politiche nazionali e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità verso i Paesi che si affacciano sul bacino del Mediterraneo. Il convegno, dal titolo "Progetti euromediterranei e ruolo della Sicilia", inserito nell'ambito della giornata conclusiva del Forum del Mediterraneo di Palermo, ha visto il rilevante contributo dell'OMS attraverso la partecipazione di Andreas Ullrich (Ginevra) e di Santino Severoni (Copenaghen). Il dibattito è stato arricchito dai contributi di Marialuisa Lavitrano, consulente per gli Affari internazionali del Ministero e di Pasqualino Rossi, dirigente del Ministero per i rapporti con l'UE. Hanno partecipato al dibattito anche autorevoli esponenti dei Ministeri della Salute di Algeria, Tunisia, Egitto e Francia che hanno sottolineato l'importante ruolo della Sicilia nell'ambito della sanità del Mediterraneo. Molto apprezzata anche la relazione di Mohammed Bekkat Bercani, presidente dell'Ordine dei medici Algerino, che nella sessione dedicata alle malattie dei migranti nel bacino del Mediterraneo ha presentato una relazione sulla tubercolosi nell'area del Maghreb in rappresentanza del Conem, l'organizzazione che raggruppa gli Ordini dei medici dei Paesi del Mediterraneo. Era presente anche Salvatore Amato, presidente dell'Ordine dei Medici della Sicilia.

Quest'anno sono tre i premiati

Muore di cancro e vince il Nobel

Tre grandi studiosi del sistema immunitario sono stati premiati: Bruce A. Beutler, americano, Jules A. Hoffman, lussemburghese naturalizzato francese e il canadese Ralph M. Steinman. L'annuncio dell'Accademia è arrivato il 3 ottobre. Beutler e Hoffman indosseranno l'abito da cerimonia il 10 dicembre, Steinman sarà invece assente. È morto il 30 settembre a 68 anni, dopo una lunga e terribile battaglia durata oltre quattro anni contro un tumore al pancreas. Contrariamente ai regolamenti del premio, riceverà lo stesso la parte che gli spetta del prestigioso riconoscimento

Ralph Steinman soffriva e studiava. Studiava e soffriva nel tentativo di aver ragione di un male che di solito, dopo la diagnosi, non lascia spazio a prolungate aspettative di vita. Il fatto che, invece, lo scienziato abbia resistito contro ogni ragionevole previsione per tanto tempo, è dovuto proprio all'applicazione terapeutica basata sulla scoperta che gli è valsa il Nobel. A suffragare questa verità una nota della Rockefeller University. Il biologo infatti si era sottoposto a una cura sperimentale con le cellule dendritiche (una sorta di "guardie del corpo") mediatrici della risposta immunitaria. "I suoi studi – ha sottolineato il Presidente dell'Università – hanno gettato le basi per numerose scoperte nel campo fondamentale dell'immunologia e hanno aperto la strada ad approcci innovativi nelle terapie contro il cancro, le malattie infettive e i disordini del sistema immunitario".

Le scoperte dei tre scienziati neo-Nobel sono state tutt'altro che un puro esercizio accademico. Forse, mai come quest'anno, il riconoscimento premia l'impatto che gli studi biologici e genetici stanno generando in maniera sempre più tangibile sulla salute dell'uomo. Aver compreso i meccanismi alla base di questo complicato processo ha aperto la strada allo sviluppo di

nuovi farmaci alcuni dei quali già utilizzati correntemente, capaci di modulare la risposta immunitaria nella cura di molte patologie, tumori compresi.

Steinman passa alla storia. La sua vita che si è conclusa tragicamente deve servire da esempio, ancora una volta, per tutti coloro che considerano giustamente la medicina un'"arte" spesso supportata da eccezionali menti scientifiche.

Il 10 dicembre alla consegna dei premi la sua sedia rimarrà vuota, ma tutti gli occhi del mondo saranno fissi su quella poltrona che doveva ospitare uno studioso sfortunato che probabilmente, da tanto tempo, sperava di ricevere una telefonata che pur non salvandogli la vita avrebbe offerto un ulteriore nuovo riconoscimento ai suoi studi: è morto da Nobel senza saperlo. La figlia Alexis ha parlato per tutti: "Mio padre ha dedicato la vita al lavoro e alla famiglia e sarebbe stato davvero onorato di ricevere un premio così prestigioso. Siamo tutti commossi e orgogliosi di aver vissuto con un uomo come lui che ha saputo soffrire per così tanto tempo sicuro di portare un contributo positivo alla medicina e ai malati". •

G. Cris



© Photo: Ag. Simesi

Il progetto: nave ospedale per i bambini dell'Africa



Il professor Gentilini (al centro) stringe la mano ad un suo collega

di Paola Stefanucci

Meno di due dollari al giorno per (sopra)vivere. Tre miliardi di persone dei sette che compongono l'umanità rimangono escluse dal soddisfacimento delle esigenze primarie. Fame, povertà e degrado unitamente alla mancanza di strutture favoriscono il dilagare delle epidemie e l'incremento della mortalità, soprattutto infantile. Per conoscere e sconfiggere, o più realisticamente mitigare, il fenomeno è indispensabile una strategia imperniata sui monitoraggi sanitari e su un grande ventaglio di interventi tempestivi quanto concreti. Su questa direttrice

profonde il suo impegno, sin dal suo decollo dieci anni fa, l'Associazione Med e Med onlus (Medicina e Mediterraneo) al cui timone è il professor Luigi Gentilini, chirurgo oncologo, che ha ideato uno strumento inedito e grandioso: una nave ospedale in grado di raggiungere i pazienti nei villaggi sparsi sulle coste dei grandi laghi della Tanzania. Il dinamico e pragmatico manager dell'assistenza senza frontiere, che ha già al suo attivo dieci missioni medico-chirurgiche compiute nel cuore dell'Africa dove ogni giorno si muore per malattie curabili, nutre molta fiducia nel primo ospedale galleggiante, al quale sarà opportuno affiancarne altri.

L'ambiziosa iniziativa implica uno sforzo economico valutabile in milioni di euro, ma si tratta di un investimento altamente remunerativo sotto il profilo umanitario, in termini di vite salvate o salvabili. D'altra parte, l'ideatore del Floating Mobile Hospital (FMH) con il suo contagioso fervore (non a caso nella sua Africa ha meritato l'appellativo prima di "Ginni", ovvero vivace, da adolescente quando frequentava le scuole italiane in Somalia dove suo padre faceva il medico, e poi da adulto di "Hur", ovvero libero) ha saputo provocare un'impressionante mobilitazione per il reperimento dei fondi necessari per la realizzazione e il varo della

nave ospedale. Tutti ricordiamo la "Dichiarazione del Millennio", un patto sottoscritto nel 2000 dall'Onu per sconfiggere la povertà entro il 2015: un obiettivo che, a distanza di poco più di tre anni, appare lontano o, addirittura, utopistico. In questo scenario è confortante che il programma delle maggiori istituzioni sia integrato da strategie quali quelle indicate da Luigi Gentilini: certo soltanto, ne siamo consapevoli, una piccola goccia, eppure preziosa, nel mare dell'emergenza sanitaria quotidiana nel Continente nero.

Professor Gentilini, quando ha maturato la decisione di dedicare la sua vita ai popoli africani?

Da sempre. Io sono per metà italiano e per metà africano. Sono cresciuto in Somalia, dove mio padre faceva il medico. Per raggiungere i malati andava a piedi per 10, 15 chilometri all'andata e altrettanti al ritorno. Quando era fortunato lo accompagnavano con il cammello o con l'asino. Una vita insieme ideale, coraggiosa e pratica. Un grande esempio per me. Così prima dei vent'anni sono tornato in Italia. Per studiare medicina. Mi sono iscritto alla Sapienza, mi sono sposato con mia moglie Giovanna, studente-lavoratore sono diventato padre tre volte prima ancora di laurearmi, mi sono specializzato in Ostetricia e ginecologia, Chirurgia generale ed Oncologia. Oggi ho quattro figli, sei nipoti e un sogno: un ospedale sistemato su una

nave in grado di spostarsi da un villaggio all'altro sulla costa dei grandi laghi e fiumi africani. Un ospedale così concepito da solo potrebbe svolgere la funzione di quattro o più ospedali e dispensari. E costituire la soluzione di tanti problemi, non solo sanitari. L'auspicio migliore è far crescere le popolazioni africane nei loro territori garantendo istruzione, occupazione ed assistenza. Attorno alle strutture ospedaliere è possibile far sorgere scuole, piccole industrie, coltivare i campi, sviluppare il commercio.

Quali caratteristiche tecniche avrà la sua nave ospedale?

Il Floating Mobile Hospital si avvarrà di tecnologie capaci di operare in autonomia e in spazi ristretti. Il progetto, firmato dall'ingegner Alessandro Cantini, prevede la realizzazione di un camamarano lungo 25 metri e largo 12. Il natante avrà due piani. Al primo, saranno collocati l'accettazione medica e chirurgica, la sala operatoria e quella gessi, la sala parto e quella per l'assistenza neonatale, il servizio di diagnostica per immagini e il laboratorio d'analisi. Il secondo livello, invece, ospiterà gli alloggi per il personale (medici, infermieri, tecnici e marinai), un'aula per le riunioni e la formazione in loco e a distanza, con teleconsulti, telemedicina, videoconferenze con istituti universitari e di ricerca, nonché strutture ospedaliere. La copertura (300 metri quadrati) sarà destinata alle tecnologie fotovoltaiche ed

eoliche: potremo produrre energia in proprio e rispettare l'ambiente. L'equipaggio sarà composto da trenta persone. A bordo ci saranno medici italiani che si alterneranno ogni mese, in futuro questi potranno essere sostituiti dai colleghi africani, opportunamente addestrati. Naturalmente è importante la cooperazione con le strutture e le autorità sanitarie locali. In pratica l'ospedale va verso i malati, il che non è poco in luoghi in cui i mezzi di trasporto sono quasi inesistenti. Inoltre, durante la stagione delle piogge milioni di persone restano isolate e non sono raggiungibili viaggiando via terra.

Area operativa?

I grandi laghi della Rift Valley. Inizialmente la nave farà scalo nei villaggi disseminati sulle sponde dello

sterminato lago Vittoria, uno specchio d'acqua che misura ben 69mila chilometri quadrati, una superficie pari alla somma delle aree di Piemonte, Lombardia e Veneto messe insieme, tanto per avere un'idea. Il progetto si estenderà poi ai laghi Tanganica e Nyasa, tra i più grandi bacini lacustri al mondo.

Quali sono le patologie più temibili che affliggono i Tanzani?

Dissenteria, malaria e tubercolosi seminano morte al pari, e forse oggi più, dell'AIDS. Elevatissima è la mortalità neonatale e infantile, drammatica è la percentuale delle donne che muoiono durante il travaglio. Si opera in condizioni estreme, con un paio di forbici, un bisturi, una pinza e un portaaghi. Bisogna abi-

tuarsi a fare a meno anche di un banale apparecchio radiologico. In tali situazioni, la conoscenza e la pratica della Semeiotica classica è fondamentale.

Quanti bambini spera di salvare?

Tutti.

Tra un giro in corsia e uno di conferenze, una seduta in sala operatoria e una lezione agli studenti all'Università di Tor Vergata, una ricerca e un viaggio in Africa, lei trova anche il tempo per affidare alla pagina il racconto del suo percorso esistenziale. Dopo "Col bisturi fra i denti" e "Forza Dieci" è la volta di "Hur", prefato dal ministro della salute Ferruccio Fazio e pubblicato da Editoriale Il Ponte, circa quattrocento pagine fitte fitte di ricordi, esperienze e suggestioni africane, ma non solo...

Ma ho scritto "Hur" soprattutto con lo scopo di focalizzare l'attenzione sulla genesi, le motivazioni e le implicazioni della nascita del futuro ospedale italiano sul Lago Vittoria: presidio sanitario e strumento di integrazione interetnica.

Come chiamerà il suo "ospedale sull'acqua"?

Lo chiamerò appunto "Kushirikishana" che in swahili significa "cooperazione tra i popoli".

Professor Gentilini lei, ha settantaquattro anni. Alla sua età molti tra i suoi colleghi hanno già appeso il camice al chiodo. Fino a quando lei pensa di poter esercitare ancora la medicina?

Fino all'ultimo respiro. •



Libri ricevuti

di G. F. Barbalace



No t'istroppies in domo tua

Il libro non è, come potrebbe sembrare a prima vista, la ristampa di un libro di medicina del XVIII secolo: il titolo è in sardo, una lingua che, come scrisse l'Alighieri imita la "grammatica", cioè il latino. Ma, a parte il titolo, il testo è scritto in italiano. Il volumetto, è pubblicato dalla ASL di Nuoro per arginare il drammatico fenomeno degli incidenti domestici, i quali, per mortalità e invalidità, superano gli incidenti stradali e quelli del lavoro. Le informazioni fornite, concise e di immediata comprensione, affrontano tutta l'ampia casistica degli incidenti che, con incredibile frequenza, avvengono nelle case, e nelle loro vicinanze, ad adulti, anziani e bambini e suggerisce come farvi fronte e come prevenirli in pieno accordo con le direttive dettate dal Piano sanitario nazionale e regionale della prevenzione.

Autori vari

"No t'istroppies in domo tua"

ASL Nuoro, I Percorsi della Salute - pp. 64



La vita e la morte

Roberta, studentessa universitaria, che fa il portiere di notte per mantenersi agli studi, viene coinvolta, direttamente o indirettamente, nelle vicende non sempre positive di personaggi anonimi o socialmente importanti, ma senza venir mai meno ai propri principi di onestà e correttezza.

Ben scritta da Giorgio Guccione, la storia, che, con l'avanzare della lettura, si fa

sempre più interessante, gareggia con la vasta gamma di casi offerti quotidianamente dalla cronaca: il professore che ciruisce le studentesse; le problematiche giovanili e la ricerca di un lavoro; i viaggi all'estero; la movida notturna e lo spaccio della droga; l'omosessualità e il mondo della moda e della pubblicità; casi di suicidio e tentato suicidio; il volontariato; la chirurgia estetica; i concorsi truccati nella sanità e la deontologia medica; il sesso on line; le sette religiose e tanto altro. Da queste esperienze la studentessa ne uscirà più matura e sicura di sé.

Giorgio Guccione

"La vita e la morte"

L'Autore Libri, Firenze - pp. 253, € 18,00

L'intreccio

Marcello Orazio Florita analizza in questo lavoro, sotto un'angolatura il più possibile concreta, l'Io-soggetto inteso come sistema complesso e non lineare e sviluppa l'applicazione dei sistemi dinamici complessi all'uomo con un intreccio profondo tra scienza e clinica, filosofia e psicologia, corpo e mente, fisica e psicoterapia, psicoanalisi e neuroscienze. Egli concepisce, infatti, la psicoterapia come una scienza ravvivata da riflessioni interdisciplinari. Con lo scorrere delle pagine, l'intreccio tra la teoria e la clinica diventa più fitto e, attraverso i casi clinici presentati, che ne rafforzano il paradigma teorico, anche più coinvolgente. Una lettura certamente interessante per gli estimatori della complessologia e per quanti si pongono domande sulla propria vita interiore e sull'uomo in generale.

Marcello Orazio Florita

"L'intreccio"

Franco Angeli, Milano - pp. 159, € 19,00



La libertà delle foglie morte

Con l'introduzione delle leggi razziali la vita di molti cittadini tedeschi è messa a rischio da assurde restrizioni e addirittura da deportazione.

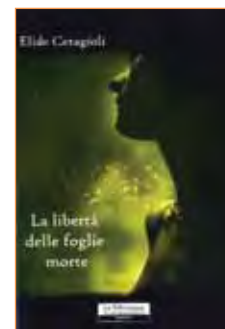
In questa situazione drammatica i personaggi berlinesi del romanzo di Elide Ceragioli intrecciano la loro esistenza in un'avvincente storia d'azione.

Tra una tenera storia d'amore adolescenziale e quella perversa di un nobile impotente e omosessuale che costringe la moglie ad unirsi ad un bell'italiano, tra la decifrazione di messaggi criptici inviati ai compagni di scuola da una fanciulla ebrea fuggita in America, tra la bravura artistica di uno studente che riuscirà a falsificare alcuni fogli di un codice del Mantegna per raggiungere lo scopo di salvare molte vite, e le vicende di altre figure che intervengono ad animare questa storia, emerge l'immagine della crudezza della dittatura nazista.

Elide Ceragioli

"La libertà delle foglie morte"

Davide Zedda Editore, Cagliari - pp. 304, € 18,00





Il gene oscuro

Il libro di Luigi Mario Chiechi è un trattato scientifico e contemporaneamente un romanzo, nel quale si racconta la storia di Monica, giovane bellissima colpita dalla sindrome di Morris, che la medicina considera una patologia, in quanto le donne che ne sono colpite non sono solamente sterili, ma geneticamente sono XY, cioè maschi.

L'autore alleggerisce le pagine di carattere scientifico raccontando i sogni, le speranze, le delusioni, le sofferenze e il ritrovato equilibrio di questa ragazza con stile elegante e arricchito spesso da gustosa ironia, da ragionamenti di livello filosofico, da informazioni etnografiche, da passaggi di poetica efficacia e da molte considerazioni sulle verità mediche e sull'attuale momento di transizione e di crisi della medicina.

Luigi Mario Chiechi
"Il gene oscuro"

Ediself, Bari - pp. 207, € 14,00



Appunti di andrologia chirurgica e urologia

Gli appunti preparati da Carlo Pavone e Rosanna Iacona offrono un'ampia panoramica delle patologie studiate dall'urologia e dall'andrologia, scienze che hanno raggiunto un notevole sviluppo e sono tuttora in piena evoluzione.

L'incidenza delle patologie urologiche è infatti in continuo aumento anche in relazione al pro-

gressivo invecchiamento della popolazione. La conoscenza di queste problematiche, pertanto, non può essere trascurata dal medico che vuole esercitare onestamente la propria professione.

Le caratteristiche, le cause, i sintomi e le terapie di questa vasta gamma di patologie e anomalie sono presentate con essenzialità e chiarezza dal manuale, che risulterà di grande utilità per il medico generico e, grazie ad un capitolo sul *Problem based learning*, permetterà a chi studia medicina di avere una guida semplice e chiara per la preparazione dell'esame di urologia e la comparazione e l'integrazione dei testi d'esame.

Carlo Pavone, Rosanna Iacona
"Appunti di andrologia chirurgica e urologia"
 Aracne Editrice, Roma - pp. 475, € 40,00

In breve

Giovanni Sciàra

LA GROTTA DEL FICO NERO

In un ospedale cittadino un medico rivede un suo vecchio paesano ammalato. L'incontro diventa l'occasione per un cambiamento esistenziale ed un ritorno alle origini contadine in una storia che parla di amore per le tradizioni popolari, di nostalgia del tempo passato e medita sui nuovi costumi e modelli di vita.

L'Autore Libri Firenze - pp. 116, € 10,00

Salvatore Risuglia

LET'S GO

Il titolo in inglese con la didascalia latina "sibi et paucis" fanno subito intuire il carattere colto ed intimistico delle liriche in esso contenute. Il poeta, infatti, con uno stile elegante cerca di fermare nei versi le esperienze e i momenti significativi della sua vita, le figure e i personaggi a lui cari e, ammalato dal fascino della vita, di sdrammatizzare il mistero della morte.

Tipografia UTVI, Vicenza - pp. 61, € 10,00

Alda Cicognani

LE POESIE DELL'AMORE E DINTORNI

Le liriche riunite nelle quattro sezioni di questa silloge cantano l'amore sognato, perduto, rimpianto che tutto coinvolge. I sentimenti suscitati da questo sentire sono ricercati e rivissuti con delicata sensibilità nella ricca gamma di tematiche intimistiche, naturalistiche e sociali che danno a questa poesia un'impronta molto originale.

Piero Manni, San Cesario di Lecce - pp. 87, € 10,00

Silvana Facchiano

LE MEMORIE DEL NULLA

Preceduto da una premessa, che è quasi un racconto fra il genere noir e quello psicologico, la pubblicazione del diario in prosa e in versi di Melania, sparita nel nulla, dà voce ad un'anima oppressa dalla malinconia e dal dolore per non essere mai stata ascoltata e che l'autrice riconosce come un "Io" a lei speculare.

Edizioni SIMPLE, Macerata - pp. 143, € 16,00

Arturo Busillo

ALBA

Piccola raccolta di ventuno poesie di delicata fattura, accompagnate da altrettante illustrazioni disegnate e colorate dall'autore. I motivi che ispirano queste liriche sono i diversi momenti della giornata, le armonie della natura, i sentimenti ispirati dalla fede e la ricerca della consapevolezza e della serenità.

Pubblicato in proprio - Campagna (SA), tel 0828 46131



La Metapsicopatologia

Gli Autori conducono una analisi, esperita sui casi clinici, che evidenzia e chiarisce che la cognito psicopatologica non regge all'indagine clinica. In tal senso, la Metapsicologia non è più studiata e ipotizzata come un tentativo di stabilire una spiegazione di eventi cosiddetti psichici, ma viene esaminata come condizione biologica-strutturale nella sua omogeneità genetica strutturale, da cui origina la propria Fisiopatologia.

Enrico Venga, Daniela Venga
"La Metapsicopatologia"

Editrice Uni Service, Trento – pp. 432, euro 26,00



Comunicazione profonda in sanità. Senso, verità, desiderio

L'Autore definisce il concetto di comunicazione profonda in sanità e mette l'accento sulla necessità di instaurare con l'interlocutore una relazione interpersonale e di praticarla nella più ampia verità e mancanza di strumentalità. Delinea poi l'applicazione di tale approccio ai diversi ambiti della sanità e presenta un piano operativo denominato CSQ (Comunicazione per la Salute e per la Qualità), quasi una guida all'organizzazione unitaria di tutti i momenti di comunicazione in una ASL. Il testo analizza anche le tecniche comunicative mediatriche più usate in sanità e riafferma la crucialità del rapporto faccia a faccia, senza mediazioni tecnologiche. Riportando le sue esperienze personali nelle "Postfazioni in prima persona", l'Autore tenta di costruire una "comunicazione profonda" col lettore, facendo di questo libro una sperimentazione dell'approccio che esso stesso presenta.

Francesco Calamo Specchia
"Comunicazione profonda in sanità. Senso, verità, desiderio"
Maggioli editore, Santarcangelo di Romagna (RN)
pp. 323, euro 29,00

Circoncisione. Dalla selce al bisturi



Una piccola operazione. Un segno. Un simbolo. Un pezzo di carne. Un'identità. La circoncisione è tutto questo, da circa 10 mila anni. Per gli aborigeni australiani, per i Totonacs in Messico, per i Manuema in Centro Africa, per i musulmani, per gli ebrei di tutto il mondo. E, strano a dirsi, per gli americani. Un'operazione che è diventata abitudine radicata dalla tradizione, consolidata dalla fede e dalla scienza - che per una volta si sostengono a vicenda, trovando di volta in volta le ragioni per consolidarne procedure e obiettivi. Ma se pensate che un piccolo taglio sia in fondo una cosa da niente e che non vi riguardi, vi

sbagliate. Ogni cosa che l'uomo fa all'uomo, ma che spesso più crudelmente fa alla donna, come nel caso dell'infibulazione, ci riguarda tutti. Questo libro mette il dito nella piaga. Leggerlo non vi lascerà indifferenti.

Carlo Calcagno
"Circoncisione. Dalla selce al bisturi"
Araba Fenice Edizioni, Boves (CN) – pp. 416, euro 19,00

Omeopatia e pediatria

Osservando l'iter percorso dalla pediatria italiana si nota il grande interesse che suscitano le terapie naturali e il loro utilizzo, sempre più diffuso, per la salute del bambino, fin dai suoi primi giorni di vita. Questo testo spazia dalla gravidanza al parto, dall'allattamento alle costituzioni pediatriche, esponendo in forma chiara le terapie per le principali affezioni dell'infanzia.

L'opera, molto ampliata rispetto alla prima e alla seconda edizione, elabora le conoscenze maturate dall'autore in venticinque anni di pratica omeopatica clinica, prendendo in esame i metodi terapeutici e la verifica rigorosa dell'efficacia del farmaco omeopatico.

Rivolto in primo luogo ai pediatri italiani, sia chi utilizza già i rimedi omeopatici sia chi vuole cominciare, il testo interessa in senso generale tutti gli omeopati.

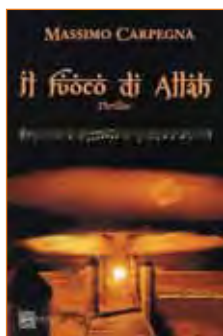
Gaetano-Maria Miccichè
"Omeopatia e pediatria"
Tecniche nuove, Milano – pp. 258, euro 24,90



Gabriella Maria Scamardella ha scritto una poesia dedicandola al padre medico, Giovanni Scamardella, morto a Napoli la scorsa estate. Sono versi accorati, di una figlia che ha subito un grande dolore che noi comprendiamo avendo oltretutto suo padre dedicato la vita alla medicina e alla famiglia.

A MIO PADRE

*Cosa mi dirai
 se ho chiesto al mare
 di rinforzare il mio amore?
 Cosa mi dirai
 se il vento maestrale
 allontanava le parole?
 Cosa mi dirai
 se tra le onde
 ho cullato il pianto segreto?
 Cosa mi dirai
 se al ritorno
 il buio
 nasconderà il giorno?
 Cosa mi dirai
 se il tempo perduto non l'abbiamo vissuto?
 Ritorrerò senza far rumore.*



Il fuoco di Allah

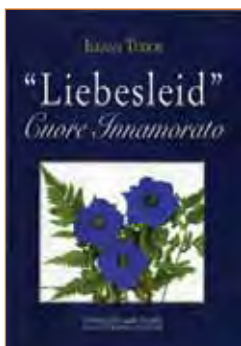
Gli Stati Uniti ed i loro alleati hanno condotto un'azione di guerra contro l'Afghanistan e l'Iraq alla ricerca di armi di distruzione di massa mai individuate e recuperate. Il docente universitario Manfredi Dell'Orso, al fianco dell'Ispettrice Paola Ferrari, si troverà ad indagare sulla scomparsa di uno storico e sull'omicidio della sua compagna che, apparentemente, nulla hanno a che fare con la

guerra segreta al terrorismo islamico. Il ritrovamento di un codice segreto, nascosto in una musica registrata e rinvenuta nei covi di Al Qaeda, condurrà i due investigatori a scoprire i piani della Jihad, che paiono confermare le profezie dell'Apocalisse.

Massimo Carpegna
"Il fuoco di Allah"

Spring edizioni, Caserta – pp. 266, euro 16,00

"Liebesleid". Cuore Innamorato



"Senza musica, la vita sarebbe un errore" scrisse il filosofo Friedrich Nietzsche. La musica è immortale, è una sola, ti riempie di emozioni; è fatta di ogni piccolo rumore. La musica delle comunità ebraiche che popolavano l'Europa orientale è sopravvissuta al pogrom e all'olocausto fino ad arrivare ai nostri giorni. Ignoranza, violenza e antichi pregiudizi non hanno fermato "la nave", la speranza, il viaggio dei concertisti e compositori ebrei. Nessuno

ha potuto troncare la loro voglia di suonare, i loro sogni e desideri. Il faro della loro musica è stata la speranza quando la speranza non ha più avuto senso d'esistere.

Ileana Tudor
"Liebesleid. Cuore Innamorato"

La compagnia della Stampa, Roccafranca (BS)
pp. 208, euro 14,00



Quelli che dissero no

L'8 settembre 1943, quando il maresciallo Pietro Badoglio, capo del governo, annunciò la firma dell'armistizio con gli Alleati, circa seicentomila soldati italiani si trovavano rinchiusi nei campi di prigionia che inglesi e americani avevano allestito in varie nazioni del mondo. "Ma tu con chi stai, con il duce o con il re?" fu il dilemma di fronte al quale si trovarono i nostri soldati. Di questa

massa enorme di giovani - l'età media era di 23-24 anni - una cospicua minoranza scelse di non "tradire", ma gli storici, sia per la scarsità delle fonti ufficiali sia per la "delicatezza" politica dell'argomento, non se ne sono occupati che in maniera superficiale. "Quelli che dissero no" restituisce voce e memoria ad alcuni di quei protagonisti e riporta alla luce una tessera significativa di quel mosaico di esperienze e avventure personali che ha caratterizzato l'"altra Resistenza".

Arrigo Petacco
"Quelli che dissero no"

Mondadori, Milano – pp. 180, euro 19,00

Undici personaggi e un solo autore

Francesco Bruno parte da un'idea piuttosto geniale, quella di tentare una libera trasposizione poetico-analitica del celebre testo pirandelliano: provare ad utilizzare le forti nozioni esistenziali su cui si mosse Pirandello, per contraccambiarli con la bonomia degli affetti familiari con cui si fanno i conti ogni giorno e a tondo dei quali la vita non pare offrire altra arcana realtà. Sarà così che i personaggi possono anche diventare undici, se undici sono quelli da cui si vede circondato.



Francesco Bruno
"Undici personaggi e un solo autore"

Quaderni del giornale di poesia siciliana, Palermo – pp. 60

Semeiotica auxologica per il monitoraggio della crescita e dei suoi disturbi

Come si cresce? Con quali strumenti, aggiornati e metodologicamente corretti, può oggi il medico accertare se un bambino, un adolescente, cresce bene o presenta segni sospetti di alterazione o di malattia? Il libro – primo manuale italiano di Semeiotica auxologica – consente ai medici di valutare, senza ricorrere ad indagose ricerche cliniche, se un bambino o un adolescente ha una crescita e una maturazione nella norma. "La scienza dell'accrescimento umano – come spiega il professor Gianni Bona nella prefazione – rappresenta un'opportunità ideale per avanzare un sospetto precoce di malattia [...] o di un difetto dell'accrescimento in caso di malattie rare, nel 50 per cento delle quali fa parte del quadro clinico".



Ivan Nicoletti
"Semeiotica auxologica per il monitoraggio della crescita e dei suoi disturbi"

Nicomp Laboratorio Editoriale, Firenze – pp. 240, euro 28,00

Medico con la febbre per il tennis

Loredana Taraborelli, medico di famiglia, ha vinto lo scorso agosto i campionati mondiali di tennis over 55 senior. La dottoressa racconta i suoi successi sportivi

di Andrea Meconcelli

Come è nata la passione per il tennis?

L'ho sempre avuta, fin da bambina. Da ragazzina, a 10-13 anni, assistevo alle prime partite alla televisione e mi sono appassionata, ma in realtà non ho mai giocato. Avevo 12 anni e frequentavo le scuole medie, quando mi sono comprata la racchetta da tennis. Era una "Maxima" mi ricordo, di legno, ma non l'ho mai usata. Non c'erano campi da tennis né strutture dove andare a giocare, né i miei genitori potevano accompagnarli. Una passione che vivevo da sola guardando alla televisione questo sport per me meraviglioso. Fino a quando ho conosciuto mio marito, anche lui medico e tennista, che ha contribuito a far crescere in me la febbre per il tennis. Cominciai a giocare con lui la domenica e nei giorni di festa, senza però regolarità.

Sono molti i medici che si dedicano al tennis?

Ho incontrato molti medici tennisti e sono iscritta ad una associazione che si chiama Amti (Associazione medici tennisti italiani). Ho conosciuto quest'associazione



Loredana Taraborelli

5 o 6 anni fa per caso a Milano Marittima, ma si tratta di un'associazione che esiste da parecchi anni. I medici iscritti sono tanti. Noi, da quando sono iscritta, partecipiamo sia al campionato italiano sia al campionato mondiale. Il campionato italiano si svolge ogni anno in un posto diverso. L'anno scorso a Reggio Calabria, quest'anno a Milano Marittima, abbiamo giocato a Palermo e anche in parecchie altre città. Poi, sempre una volta l'anno, organizziamo i

Per gareggiare mi sottopongo una volta l'anno alle visite previste

campionati mondiali nei vari paesi del mondo. Quest'anno abbiamo giocato a Karlovy Vary, nella Repubblica Ceca. C'erano come partecipanti 300-350 medici provenienti da tutto il mondo. Nel 2010 abbiamo disputato i mondiali in Slovacchia. Mio marito ed io abbiamo vinto la medaglia d'oro nel doppio misto. Quest'anno, invece, abbiamo perso la medaglia d'oro nel doppio misto, ma perché io mi sono dedicata al singolo, l'anno scorso non vi avevo partecipato, quindi ho dovuto giocare e allenarmi per un lungo periodo. Ho fatto in una giornata tre partite. Il giorno del doppio misto, che era la mia gara, avevo le gambe che non andavano più perché erano stra-

volte dalla stanchezza. Comunque ho portato a casa la medaglia d'oro del singolo, ma solo quella di bronzo nel doppio misto. Non sono riuscita a ripetere la vittoria dell'anno scorso con grande delusione di mio marito che effettivamente avrebbe voluto un altro successo.

Il tennis è uno sport per tutte le età?

I nostri campionati sono, ovviamente, per categorie; abbiamo l'"open", quindi neo-laureati, sino all'età di 40 anni, e poi gli over 45, gli over 50, 55, 60, fino agli over 80. Ci sono medici che giocano in maniera incredibile e sono ultraottantenni. È chiaro che un ottantenne non si può scontrare con un quarantenne: correrebbe dei rischi soprattutto fisici. Io, avendo compiuto 58 anni ad agosto, ho vinto il mio titolo giocando negli over 55. C'è per tutti insomma la possibilità di giocare a tennis; per questo sport non c'è nessuna controindicazione. Ovviamente bisogna avere l'idoneità sportiva; ci sono varie certificazioni che vanno presentate. Anch'io per partecipare a queste gare mi sottopongo una volta l'anno alle visite sportive: elettrocardiogramma, prove di funzione respiratoria, più vari esami e accertamenti.

La dottoressa Taraborelli è felice. Per incrociare le racchette con lei bisogna essere bravi, allenati ed entusiasti. In definitiva si tratta di giocare con una palla che deve superare una rete... Ma che fatica diventare campioni del mondo! •

È morto il padre del pacemaker

Wilson Greatbatch, l'uomo che ha inventato il pacemaker cardiaco impiantabile, è morto a Buffalo, nello stato di New York, a 92 anni.

Il primo pacemaker fu impiantato sugli uomini nel 1960 e il primo intervento eseguito con successo fu fatto nell'ospedale dei veterani di Buffalo su un paziente di 77 anni. L'uomo visse 18 mesi con il dispositivo. Ora ne vengono impiantati ogni anno a centinaia di migliaia di persone. Nel 2010 Greatbatch ha celebrato il cinquantesimo anniversario della sua invenzione, ma già nel 1983 il suo apparecchio è stato definito come uno dei 10 grandi contributi dell'ingegneria alla società moderna dalla Società nazionale degli ingegneri professionali. Ma quella delle invenzioni era una vera e propria passione per Greatbatch, che nel 1998 fu ammesso nella Hall of Fame degli inventori nazionali ad Akron, in Ohio. Dopo aver studiato ingegneria elettrica alla Cornell University e quella di Buffalo, Greatbatch ha insegnato ingegneria tra il 1952 e 1957. Ha anche prestato servizio nella Marina. E' stato sposato per oltre 60 anni con sua moglie Eleanor, da cui ha avuto 5 figli.

PNEI 4U, corso per medici e odontoiatri

Inizia a Roma dal 12 e 13 novembre 2011, per 4 weekend (12-13 e 26-27 Novembre 2011, 10-11 Dicembre 2011 e 21-22 Gennaio 2012), il secondo corso base di "PsicoNeuroEndocrinoImmunologia 'dal paradigma alla clinica'. Modulazione in chiave epigenetica del network Pnei" presso l'Hotel Radisson Blu. Il corso è tenuto dalla dottoressa Maria Corgna, endocrinologa da 15 anni, docente di PsicoNeuroEndocrinoImmunologia e creatrice del metodo Pnei 4U, insieme ad altri relatori come il dottor Ivo Bianchi, Specialista in Medicina interna già presidente AIOT (Associazione Medica Italiana di Omeopatia-Omotossicologia) e docente presso l'Università di Milano; il prof. Giuseppe Genovesi, dell'Università La Sapienza di Roma Dipartimento di Fisiopatologia Umana; la professoressa Annalisa Romani, dell'Università di Firenze Dipartimento di Scienze Farmaceutiche; Gavino Scanu, specialista in Scienze Motorie.

La PsicoNeuroEndocrinoImmunologia (Pnei), nata negli anni trenta dai lavori sullo stress di Hans Selye, è una disciplina che si occupa delle connessioni esistenti tra i sistemi endocrino/nervoso/immunitario e che vede la malattia come "blocco" della comunicazione tra essi e la psiche. La Pnei tratta soprattutto le patologie

connesse allo stress e allo stress ossidativo: ansia, insonnia, crisi di panico, stati depressivi, disturbi della tiroide e del ciclo mestruale, impotenza, infertilità, obesità, sovrappeso, cellulite, allergie, malattie autoimmuni, invecchiamento, dipendenza da cibo, alcool e fumo.

Per informazioni

Segreteria Organizzativa e Ufficio Stampa

Dott.ssa Laura Capurso

Vidcom Srl

Viale Cortina D'Ampezzo, 198 - 00135 Roma

Tel. 06.45443809 - Cell. 366.9721337

capurso.vidcomsrl@gmail.com

Master management ed economia sanitaria

L'Università La Sapienza di Roma ha istituito il Master di Secondo Livello in Management ed Economia Sanitaria per Manager dell'Assistenza Primaria, volto a soddisfare le esigenze di formazione dei medici e le necessità di aggiornamento di manager e professionisti. Il Master è curato e diretto dal prof. Valter Santilli, Professore Ordinario in Medicina Fisica e Riabilitativa e si caratterizza per il prestigio dei docenti e per la qualità e attualità dei contenuti.

Il Master fornirà gli strumenti per una gestione efficace dell'attività sanitaria, sviluppando abilità tecniche per governare i processi organizzativi e strategici e rafforzando le capacità previsionali ed economico-gestionali. Offrirà un vantaggio competitivo per l'inserimento professionale, o il consolidamento della propria posizione, all'interno di aziende sanitarie pubbliche e private.

Informazioni: prof. Valter Santilli, tel. 06 49914661, e-mail: valter.santilli@uniroma1.it, sito web: www.uniroma1.it/didattica/offerta-formativa/master



L'anno fatidico: "Il '48" (...e oltre)

Tanti i medici che parteciparono attivamente "alla primavera dei popoli", non solo assistendo i tanti feriti durante gli scontri, ma anche combattendo in prima linea per la libertà

di Luciano Sterpellone

In occasione del 150° anniversario dell'Unità d'Italia, Previdenza ricorda alcune eroiche vicende che videro i medici come protagonisti

Si può dire – con un improbabile gioco di parole – che "il Quarantotto" comincia con "il Quarantasei", quando cioè con l'"Editto del Perdono" del nuovo Papa Pio IX viene concessa l'amnistia ai condannati politici e si annunciano riforme decisive. Il che suscita un brivido di libertà in tutta l'Italia.

Tra i primi a concedere la Costituzione è Ferdinando II re delle Due Sicilie, suscitando le ire del Governo austriaco. È la scintilla per l'insurrezione di quelle che passeranno alla storia come "Le cinque Giornate di Milano". Il popolo di Milano inaugura il nuovo anno 1848 con lo "sciopero del fumo": nessun milanese deve acquistare sigari, sui quali gravano le tasse del popolo che vanno ad arricchire l'erario austriaco (gli austriaci mandano in giro soldati e agenti provocatori con due sigari in bocca). Dopo i primi subbugli e i primi morti, cominciano i soprusi e gli arresti da parte dei soldati "austriaci" (ma in prevalenza croati e boemi), il che sancisce la rottu-

ra definitiva tra occupati e occupanti, per esplodere il 18 marzo nella prima delle "Cinque Giornate".

Tra i numerosi medici che vi partecipano (del tutto dimenticati nelle attuali celebrazioni!) figura Agostino

Bertani, Capo chirurgo dell'Ospedale militare Sant'Ambrogio, che organizza gli scontri e l'assistenza sanitaria. Agli scontri (che costarono 379 feriti e 165 morti tra combattenti e civili) partecipa anche il me-

Molti furono costretti a fuggire per evitare lunghi anni di carcere



Il monumento a Vincenzo Lanza che si trova nei giardini della Villa Comunale di Foggia

dico Pietro Maestri, che si prodiga nella cura dei feriti, e che dovrà poi fuggire dapprima a Roma indi in Svizzera e a Parigi; nel '59 tornerà in Italia per combattere nei Cacciatori delle Alpi e partecipare con Garibaldi alla spedizione dei Mille. Mentre si svolgono i combattimenti, e mentre i soldati si abbandonano alle violenze più efferate, i feriti vengono ricoverati in infermerie improvvisate nelle chiese, nelle scuole, in case private; le cure sono prodigate alla meglio, in pratica senza alcuna norma di asepsi o di anestesia, con medicamenti approssimativi come la pestata di lardo comista a zucchero...

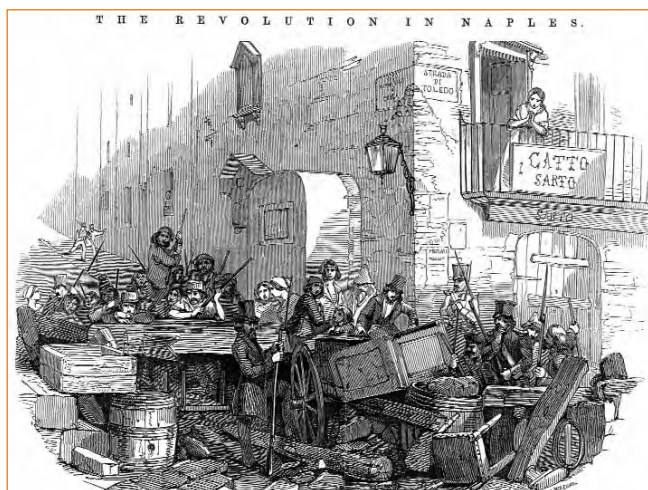
Numerosi anche i farmacisti (ad esempio Ballio "abile preparatore di cotone fulminante e di eccellente polvere", e Belloni che non mancò di occuparsi dei feriti, aiutato dalla moglie austriaca (!) che preparava bende con le lenzuola di casa), nonché gli studenti in Medicina, tra i quali Enrico Besana, detto l'"eterno studente" perché non riesce mai a laurearsi (i compagni di corso lo chiamavano "Papà Besana": riparato in Svizzera, appena apprende dell'insurrezione di Milano rientra nella città recando con sé la carabina con la quale ha vinto una gara di tiro; l'anno dopo combatterà nelle file dell'esercito sardo. Indi nel 1854, dopo un lungo viaggio attraverso l'America, l'India, la Cina e

il Giappone, rientra a Varese, da dove si precipita immediatamente a Milano infestata dal colera, operando all'Ospedale Maggiore più come infermiere che come medico.

Durante le Cinque Giornate gli sono stati a fianco molti dei suoi ex compagni universitari, tra i quali Rocco Gritti, destinato a diventare un insigne chirurgo, noto per aver inventato un nuovo metodo di osteoplastica (ancora noto oggi come "amputazione del Gritti"). Due eminenti medici, Giovanni Riberti e Andrea Verga – tra i primi ad occuparsi in Italia della vaccinazione antivaiolesca, da poco codificata da Edward Jenner – si prodigarono per nascondere in ospedale armi e fuggiaschi: furono scoperti e condannati alla forca, ma poi graziati da un'amnistia.

L'insurrezione di Brescia del '49, emula di quella di Milano, non fu meno sanguinosa. Le sue eroiche "Dieci Giornate" costarono anch'esse numerose vittime sia per i combattimenti che per la feroce repressione che seguì la fine degli scontri. Ma un "Quarantotto" ci fu anche a Napoli. Alla fine di quell'anno, nonostante le riforme varate da Pio IX e da Carlo Alberto, la Costituzione non era stata ancora concessa. Pertanto, dopo i primi entusiasmi, i fermenti e il malcontento divennero sempre più estesi e radicati tra la popolazione. Finché Ferdinando II re di Napoli, preoccupato delle dimostrazioni sempre più frequenti, il 20 gennaio del '49 pubblicò –

Le barricate di via Toledo, Napoli (1848)



Giovanni Riberti e Andrea Verga si prodigarono per nascondere in ospedale armi e fuggiaschi

primo dei Principi italiani dell'epoca – il decreto che concedeva la Costituzione. Tuttavia, dopo le votazioni per il Parlamento, i deputati cominciarono a litigare tra loro; soprattutto i moderati temevano che il Re tornasse sui suoi passi di fronte alle pressanti modifiche richieste dai democratici: la Camera era presieduta dal foggiano professor Vincenzo Lanza, definito dal Settembrini (anch'egli medico) "il principe dei medici napoletani". Dopo le nuove elezioni e la chiusura del Parlamento, Lanza fu costretto a fuggire per evitare il carcere; sarebbe tornato all'insegnamento solo sei anni dopo.

Insieme a lui altri illustri medici furono costretti a fuggire per evitare lunghi anni di carcere per le loro idee indipendentiste e per l'incostante e aperta opera di propaganda che facevano an-

che in virtù del grande prestigio professionale di cui godevano. Coloro che non trovarono scampo nella fuga pagarono i propri ideali con lunghi anni di detenzione in tette carceri come quelle di Nisida, Procida, Ischia, Santo Stefano e Montefusco. Molti medici soffrirono entro le tristi mura di questi inumani luoghi di pena: si ricorda tra i tanti il brindisino Cesare Braico, che per aver preso parte ai moti insurrezionali napoletani fu arrestato e condannato a venticinque anni di galera: prima di essere portato a Ischia fu fatto passare per le strade di Napoli – insieme agli altri condannati – ammanettato, vestito con un paio di larghe brache e in testa un berretto di peli d'asino, come monito per i cittadini.

La galera non indebolì la sua fede per la causa della libertà: uscito dal duro carcere,

combatterà nel '59 a Solferino, partecipando l'anno seguente all'impresa dei Mille. Il medico calabrese Innocenzo Veneziano, arrestato a Reggio insieme ad altri "politici" e a quindici "malfattori", era stato portato a Napoli a piedi, con le manette ai polsi e le braccia legate da una fune, in un viaggio durato ventisette giorni. Gli fu comminata la pena di morte, poi tramutata in ergastolo a Santo Stefano. A proposito di questo carcere, vale ricordare una vicenda avvenuta alcuni anni dopo. Forse per liberarsi dei tanti prigionieri che affollavano le carceri, nel 1859 viene proposto ai detenuti di mutare la prigionia con l'esilio in America. Tra i molti che accolgono di buon cuore la proposta vi sono ovviamente numerosi medici; ma sulla nave americana *Stewart* che deve portarli negli Stati Uniti s'è imbarcato sotto le spoglie di cameriere un figlio di Luigi Settembrini, in realtà un ufficiale di Marina: il quale, non appena la nave ha guadagnato il largo, si toglie improvvisamente la giacca bianca di cameriere e impone al Capitano di cambiare rotta e puntare verso l'Irlanda. Il folto gruppo di esuli potrà così prendere piede sulle coste irlandesi e da lì raggiungere Londra; molti di essi rientreranno avventurosamente a Torino per riprendere la loro attività di patrioti o partecipare alla spedizione dei Mille. •

Estratto da "Camici bianchi in camicia rossa".

Ed. Red@zione, Genova; 2011

Quintetto d'eccezione per due "immortali"

A Roma, nella sede di rappresentanza della Regione Liguria, è stato presentato il cd "Quintetti per pianoforte e fiati Mozart K452 Beethoven op.16", pubblicato da Wide Classique. Un progetto discografico nato dall'incontro tra

cinque musicisti, noti e apprezzati dai musicofili italiani, e non solo: Piero Barbareschi, pianoforte, Luca Stocco, oboe, Michele Naglieri, clarinetto, Giovanni D'Aprile, corno, Massimo Data, fagotto.

Il libretto che accompagna il disco contiene esaurienti note di Piero Barbareschi sulle opere eseguite: il Quintetto K452, composto nel 1784, nel quale il pianoforte, strumento amato dal geniale Amadeus, si unisce agli altrettanto amati fiati. È la prima, unica, composizione mozartiana con un simile organico. Per molto tempo nessun altro autore dopo Mozart, a parte Beethoven, affronterà la sfida di comporre qualcosa che potesse se non entrare

in competizione con tale quintetto, difficilmente superabile per bellezza e perfezione, per lo meno riprendere in considerazione l'accostamento dei fiati con il pianoforte. Il Quintetto op. 16 è un'opera giovanile del sublime Ludwig, scritto nel 1796 ed eseguito per la prima volta a Vienna l'anno successivo con lo stesso Beethoven al pianoforte. Il modello è senza dubbio il K452 di Mozart, del quale ricalca anche la suddivisione in quattro movimenti.

L'interpretazione dei due Quintetti induce ad ascoltare e riascoltare anche coloro che abitualmente non frequentano la musica classica. •

Il quintetto

Piero Barbareschi, spezzino, si è diplomato presso il Conservatorio "Cherubini" di Firenze. Svolge attività come solista ed in varie formazioni da camera: in quest'ultima veste si è esibito con solisti prestigiosi fra i quali i violinisti Felix Ayo, Cristiano Rossi, Franco Mezzena, Thomas Christian, Thomas Schrott, i flautisti Mario Ancillotti e Mario Carbotta, il mezzo soprano Susanne Kelling, nelle più importanti città italiane ed all'estero. Il suo repertorio spazia dal '600 agli autori del '900 e contemporanei, comprendendo anche prime esecuzioni assolute.

Massimo Data, dal 1985 al 1995 è stato 1° fagotto stabile dell'Orchestra dei Pomeriggi Musicali di Milano ed ha suonato inoltre, sempre in questo ruolo, con numerose Orchestre Italiane ed Estere. Dal 1987 è il primo fagotto dell'Orchestra Internazionale d'Italia. Attualmente è docente presso il Conservatorio "A. Vivaldi" di Alessandria. Nel 2005 è stato insignito del Premio Anasilaos per la Musica di Reggio Calabria.

Giovanni D'Aprile, diplomato al Conservatorio di Musica di Monopoli (Bari), si è perfezionato in Corno con maestri di fama internazionale quali Accardi, Allegrini, Giuliani, Pandolfi (Boston), Weelkfeld (New York). Già primo Corno dell'Orchestra del Teatro Petruzzelli di Bari, dal 1986 effettua numerose tournée in tutto il mondo, sia in formazione da camera che orchestrale. E' docente di Corno presso il Conservatorio di Musica "Lorenzo Perosi" di Campobasso.

Michele Naglieri ha studiato clarinetto al conservatorio di Milano e di Lugano. Vincitore di numerosi concorsi nazionali ed internazionali, sia da solista che da camerista. Suona nelle più importanti orchestre cameristiche d'Italia quali Orchestra da camera di Mantova, I solisti di Pavia (di Enrico Dindo). Attualmente è primo clarinetto dell' OIDI, Milano classica, LOFI,



UNIMI e con tali orchestre ha suonato anche in veste di solista in Asia e in America. Svolge un'intensa attività cameristica.

Luca Stocco ha collaborato come primo oboe con prestigiose orchestre tra le quali: Fondazione Orchestra sinfonica di San Remo, Orchestra da Camera "Milano Classica", Orchestra sinfonica "Guido Cantelli", Orchestra giovanile della Svizzera francese di Martigny, Orchestra da Camera "Camerata Ducale" Vercelli, Orchestra dell'Università degli studi di Milano, Orchestra da Camera "A. Zanella", Orchestra Internazionale d'Italia Fermo (AP). Nel 2008 ha vinto il concorso per primo oboe all'Orchestra Nazionale Estone con sede a Tallin. Attualmente suona come primo oboe presso l'Orchestra Internazionale d'Italia a Fermo.

ed esposizioni in Italia

a cura di Anna Leyda Cavalli

GLI ANNI FOLLI. LA PARIGI DI MODIGLIANI, PICASSO E DALÌ (1918-1933)

FERRARA – fino all'8 gennaio 2012
Esposti grandi pittori all'apice della loro carriera come Monet, Matisse, Mondrian, Picasso, Braque, Modigliani, Chagall, Duchamp, De Chirico, Mirò, Magritte e Dalì, protagonisti di un periodo di eccezionale vitalità artistica nella Parigi degli anni Venti.

Palazzo dei Diamanti
telefono: 0532 2244949

DEGAS, LAUTREC, ZANDÒ. LES FOLIES DE MONTMARTRE

PAVIA – fino al 18 dicembre 2011
L'esposizione raccoglie ottanta opere acquisite dal tema del mito di Montmartre, centro pulsante della vita artistica, e non solo, della capitale francese tra la fine Ottocento e l'inizio del Novecento.

Scuderie del Castello Visconteo
telefono: 038 2538932

GIAMBATTISTA TIEPOLO. IL GIOVANE TIEPOLO. LA SCOPERTA DELLA LUCE

UDINE – fino al 4 dicembre 2011
L'esposizione sarà volta a ricostruire attraverso le opere maggiormente signifi-

cative il periodo giovanile dell'attività di Tiepolo presso la bottega del pittore accademico Gregorio Lazzarini.

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

PERMANENTLY BECOMING. JULIAN SCHNABEL AND THE ARCHITECTURE OF SEEING

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

Museo Correr
telefono: 041 42730892

IL FIN LA MERAVIGLIA. SPLENDORI DELLA PITTURA NELL'ETÀ BAROCCA

PESCARA – fino al 30 novembre 2011
Importante mostra di pittura dell'età barocca. Sono esposti trentasei dipinti di alto pregio artistico tra i quali un'opera di Guido Reni e dipinti di Cecco del Caravaggio, Salvator Rosa, Mattia Preti, F. Solimena e altri artisti dell'epoca.

Museo Villa Urania
telefono: 085 4223426

ARTEMISIA GENTILESCHI. STORIA DI UNA PASSIONE

MILANO – fino al 29 gennaio 2012
La mostra, composta da oltre 40 opere e documenti inediti, attribuisce la giusta importanza a questa grande pittrice, ammirata fin dal Seicento e ricercata dai potenti di tutta Europa.

Palazzo Reale - www.mostrartemisia.it
telefono: 02 54911

HENRI DE TOULOUSE-LAUTREC E LA PARIGI DELLA BELLA ÉPOQUE

TRAVERSETOLO (PR)
fino all'11 dicembre 2011

La mostra propone la parte della produzione dell'aristocratico Toulouse-Lautrec ispirata al japonisme, ovvero all'arte giapponese.

Fondazione Magnani Rocca
telefono: 0521 848327

GEORGIA O'KEEFFE

ROMA – fino al 22 gennaio 2012
Per la prima volta in Italia una grande retrospettiva storica permette di conoscere una delle più note rappresentanti dell'arte americana del XX secolo.

Fondazione Roma Museo Palazzo Cipolla - telefono: 06 39967888



Due opere di Maurizio Diretti: da sinistra "La vita e l'energia", acrilici su tela, cm 60x60; "Geometrie", acrilici su tela, cm 60x60

Andalusia, tra futuro e tradizione

Siviglia, Plaza de Toros de la Maestranza



testo e foto
di Mauro Subrizi

Questa terra a due passi dall'Africa, con villaggi bianchi e strepitose città moresche, fino agli anni Cinquanta era una società quasi feudale, disposta in rigidi strati. Il viaggiatore inglese Richard Ford la definiva "una terra messa in bottiglia per gli antiquari". Oggi ha paesaggi scanditi da girotondi di pale eoliche. Grandi strade a quattro corsie si estendono a perdita d'occhio dove non molto tempo fa si vedevano solo piste sterrate. A Cordova e Siviglia sono sorti boutique hotel dove gli interior designer hanno inventato lo stile neo-riad, fusione tra retaggi della dominazione ara-

ba e design. È un angolo di Spagna proiettato sul futuro, ma è anche il luogo dove si raggruppano tutti gli stereotipi spagnoli: vi abbondano toreri, ballerini di flamenco, impervie catene montuose e candidi villaggi.

CORDOVA

Il cuore di Cordova è il vecchio quartiere ebraico vicino alla Mezquita, la Juderia. Girando per la zona il turista ha la sensazione che ben poco sia cambiato da quando la città era una delle più importanti del mondo occidentale. Viuzze acciottolate dove le automobili non possono penetrare, cancelli di ferro battuto, nicchie nascoste, minuscole botteghe. Tutto appare assai simile a come era mille anni fa. La mag-

gior parte delle attrattive è in questa zona.

Mezquita. Con le sue splendide decorazioni, la Mezquita ci riporta ai fasti e al gusto di un'epoca in cui musulmani, ebrei e cristiani vissero fianco a fianco e arricchirono la loro città, così come i territori circostanti, con la profonda interazione di culture diverse. La grande moschea, vecchia di dodici secoli, esprime appieno il potere che ebbe l'Islam nella Penisola Iberica. Abd al-Rahman I costruì la moschea originale tra il 785 e il 787. L'edificio si è trasformato nei secoli, mescolando varie forme architettoniche. Nel X secolo, al-Hakam II fece alcune aggiunte più belle, compreso il favoloso *mihrab* (nicchia di preghiera) e la *maq-*

sura (loggia riservata al califfo). Nel '500, nel cuore della moschea riconsacrata, fu costruita una cattedrale, la cui costruzione richiese quasi due secoli e mezzo.

Juderia. La Juderia di Cordova è un affascinante dedalo di vicoli e piazzette su cui si affacciano case imbiancate a calce con piante che traboccano dai davanzali e cancelli in ferro battuto che lasciano intravedere patio fioriti. Il quartiere della Juderia è una delle principali attrattive turistiche della città e, nonostante sia invaso da negozi di souvenir dozzinali, vi si possono comunque trovare tranquille vie residenziali in cui cogliere uno squarcio di vita quotidiana. La parte dell'antico quartiere ebraico sopravvissuto sino ad oggi, molto ridotto rispetto alle dimensioni originarie, si estende a ovest e nord ovest della Mezquita.

Puente Romano. Il ponte ad archi ha fondamenta romane, ma fu ricostruito dai mori. Lì vicino, a sud della Mezquita, sorge la Puerta del Puente, progettata da Hernán Ruiz nel 1571.

SIVIGLIA

Capitale dell'Andalusia, Siviglia è una città rilassante con un ricco retaggio culturale. Molti dei luoghi da visitare sono nel centro o nelle immediate vicinanze. La maggior parte dei turisti si dirige direttamente verso la cattedrale e La Giralda, i Reales Alcàzares, e il Museo de Bellas Artes. Tra i

La Juderia di Cordova è un affascinante dedalo di vicoli e piazzette

monumenti più popolari, ci sono anche lo splendido palazzo rinascimentale della Casa de Pilatos e l'arena, la Plaza de Toros de la Maestranza. Ma ci sono molte altre chiese e monumenti da scoprire nelle quattro aree centrali della città.

El Arenal. Delimitato dal Rio Guadalquivir e sorvegliato dalla possente Torre dell'Oro, El Arenal era un tempo un quartiere di polveriere e di cantieri navali. Oggi è dominato da un'arena di un bianco abbagliante, la Plaza de Toros de la Maestranza, dove da oltre due secoli i sivigliani organizzano corride. Dalla Torre dell'Oro partono gite in barca e visite turistiche. Vicino c'è il Teatro della Maestranza, dove si può assistere a spettacoli d'opera, musica clas-

sica e danza. L'Hospital de la Caridad è testimone del continuo idillio della città con il barocco. La sua chiesa è piena di dipinti di Murillo. Più a nord, nel Museo de Bellas Artes, è narrata con orgoglio la storia della Scuola di Siviglia.

Santa Cruz. Il Barrio de Santa Cruz, il vecchio quartiere ebraico di Siviglia, è da sempre l'angolo più pittoresco della città. Qui sono raggruppate molte delle attività più note: la cattedrale gotica con il punto di riferimento della Giralda, gli splendidi Reales Alcàzars con i palazzi reali e i rigogliosi giardini di Pietro I e Carlo V, e l'Archivio de Indias, i cui documenti raccontano dell'esplorazione e della conquista del Nuovo Mondo da parte della Spagna. Gli interni riccamente decorati dell'Ayuntamiento e della Casa de Pilatos, gemma dell'architettura andalusa, testimoniano la grande ricchezza e i molti artisti che affluirono nella città nel XVI secolo.



Siviglia, la tomba di Cristoforo Colombo

Parque Maria Luisa. La zona a sud del centro cittadino è dominata dal vasto Parque Maria Luisa, la principale area verde di Siviglia. La maggior parte formava in origine il giardino barocco del Palacio de San Telmo, risalente al 1682. Appena a nord del parco si trova il Prado de San Sebastian, dove un tempo c'era il *quemadero*, il palco sul quale molte vittime dell'Inquisizione furono arse vive. Molti degli edifici storici del parco furono realizzati per l'Esposizione iberico-americana del 1929. Furono costruiti padiglioni che oggi ospitano musei, ambasciate, istituti culturali e comandi militari. Le eredità di maggior spicco di quell'espressione di orgoglio andaluso sono il grandioso Hotel Alfonso XIII e

la Plaza de España a forma di mezzaluna.

La Macarena. La zona settentrionale di Siviglia presenta un suo caratteristico miscuglio di chiese barocche e mudejar in rovina, bar di quartiere vecchio stile che servono *tapas*, e viuzze piene di panni stesi. La Macarena è un rione tradizionale e vi è ancora forte l'autorità della chiesa e della famiglia. Visitate la Basilica de la Macarena, dedicata all'adorazione della veneratissima Virgen de la Esperanza Macarena. Accanto alla chiesa ci sono una porta di ingresso restaurata e ruderi delle mura di difesa che cingevano la città in epoca moresca. Più a nord si trova l'ex Hospital de las Cinco Llagas, ora restaurato quale sede del Parlamento dell'Andalusia. •



Cordoba, La Mezquita

Filippino Lippi e Sandro Botticelli, il pathos e la grazia

di Riccardo Cenci

È ormai da svariati anni che la critica d'arte ha intrapreso un percorso volto a confrontare l'opera di Filippino Lippi con quella del suo celebrato maestro Sandro Botticelli, e non certo per sminuire il genio di quest'ultimo, quanto per innalzare l'apprezzamento del primo ai medesimi livelli. Era accaduto con l'esposizione tenutasi a Firenze nel 2004, nelle sale di Palazzo Strozzi, succede nuovamente alle Scuderie del Quirinale (dal 5 ottobre 2011 al 15 gennaio 2012 – catalogo 24 ORE cultura) nella mostra curata da Alessandro Cecchi dal titolo: "Filippino Lippi e Sandro Botticelli nella Firenze del '400". Ha origini a dir poco singo-

lari la vicenda artistica ed umana del Lippi, nato probabilmente nel 1457 dall'imbarazzante relazione tra un frate, quel Filippo Lippi che fu pittore eminente e maestro dello stesso Botticelli, e Lucrezia Buti, una monaca del convento pratese di Santa Margherita. Una trasgressione che Filippino seppe cancellare, a detta del Vasari, mediante una vita ed una carriera esemplari, oltremodo distante dagli eccessi del suo irrequieto genitore. Il motto "Sustine et abstine", leggibile nella "Visione di San Bernardo" e tratto dal filosofo Epitteto, non è solo un monito alla sopportazione ed all'astinenza in linea con i dettami religiosi del tempo, ma trova un interessante riscontro nell'operosa vicenda biogra-



Filippino Lippi, "Apparizione della Vergine a san Bernardo" (Pala della Badia), 1486, Firenze, chiesa della Badia

fica dell'artista. Il suo precoce talento si manifesta sin dalle prime esperienze al seguito del padre, impegnato all'epoca nella decorazione del duomo di Spoleto, si perfeziona nell'apprendistato svolto con fra Diamante e giunge a maturazione presso la bottega del Botticelli. È indubbio che certi tratti di raffinatezza gli derivino dall'influsso del maestro, come è ad esempio evidente nell'elegante incedere dei "Tre arcangeli e Tobio" della Galleria Sabauda, o ancora nella splendida "Adorazione del Bambino" degli Uffizi. Eppure il Lippi elabora immediatamente un linguaggio strettamente personale, uno stile che sembra increspare i

dolcissimi zefiri botticelliani con brividi protomanieristi. Il suo talento gli permette di inserirsi velocemente negli ambienti dell'umanesimo fiorentino, divenendo l'interprete dell'ambiente colto e ricercato legato alla corte di Lorenzo de' Medici. Le esigenze imposte dall'alto livello della committenza lo conducono verso i lidi della pittura fiamminga, del resto noti anche al Botticelli, segnati dalla predilezione per il particolare e per la minuzia del dettaglio. Ma è il soggiorno romano, durante il quale affresca la cappella Carafa in Santa Maria sopra Minerva, a rappresentare uno spartiacque nella sua evoluzione pittorica. Il gusto



Sandro Botticelli, "Adorazione dei Magi" 1475-1476 ca., Firenze, Galleria degli Uffizi

per la citazione colta si affianca ad un pathos totalmente nuovo, un'idea del movimento decisamente anticlassica, quasi teatrale, una sensibilità tanto peculiare da sembrare "bizzarra" agli occhi del Vasari. Siamo distanti dalla ricerca del bello ideale, di un'ineffabile trascendenza frutto della cultura neoplatonica portata avanti dal Botticelli. La mostra offre inoltre l'occasione di confrontare gli esiti raggiunti da entrambi nella ritrattistica, mediante l'accostamento di opere non molto note al grande pubblico, come ad esempio il "Ritrat-

to di musico" di Filippino, proveniente dalla National Gallery of Ireland di Dublino, o il "Ritratto di giovane con cappello nero" di Palazzo Pitti, piccolo capolavoro del Botticelli. Nutrita anche la schiera dei disegni e degli studi, di grande interesse per esplorare l'universo figurativo dei due pittori penetrando nel loro personalissimo laboratorio. L'avvento dell'implacabile moralismo del Savonarola pesa sull'arte di entrambi. Quando l'occasione lo richiede, Filippino adotta uno stile maggiormente austero, segnato da un fervore penitenziale

evidente ad esempio nelle figure sofferenti e derelitte della Maria Maddalena e del San Giovanni Battista provenienti dalla Galleria dell'Accademia di Firenze, salvo poi proseguire nella propria ricerca dimostrando di sapersi adattare alle diverse esigenze della committenza. Le infuocate prediche del Savonarola marchiano in maniera indelebile l'arte del Botticelli, la quale assume valori drammatici dapprima sconosciuti. L'ansia religiosa diviene tormento, mentre il ritorno ad una visione del mondo volutamente arcaica lo precipita in una disperata

solitudine dalla quale non riuscirà più ad emergere sino alla morte, avvenuta nel 1510. Al contrario del suo illustre collega, quasi inattivo nell'ultima fase della propria esistenza, Filippino colleziona un gran numero di importanti commissioni. Quando muore improvvisamente, nel 1504, forse a causa dell'angina, "si serrarono tutte le botteghe nella via de' Servi, come nell'essequie de' principi uomini si suol fare alcuna volta", scrive il Vasari, a testimoniare quanto la sua arte ed il suo carattere fossero apprezzati dai suoi concittadini. •

Tortona, riscoprire la natura morta

Che l'Ottocento non sia esclusivamente il luogo della pittura storica o risorgimentale, degli slanci e dei gesti eroici recentemente rispolverati in occasione delle celebrazioni per i centocinquanta anni dell'unità d'Italia, lo testimonia un'interessante esposizione ospitata negli spazi della Fondazione Cassa di Risparmio di Tortona dal titolo: "Le meraviglie della natura morta. 1830-1910" (fino al 19 febbraio 2012 - catalogo Skira), un viaggio attraverso le declinazioni di un genere in quegli anni solo apparentemente sopito, in realtà sempre ben presente nella cultura figurativa del nostro paese.

Il percorso espositivo si apre con il rassicurante naturalismo di Francesco Hayez e Domenico Induno, ancora

segnato da nostalgie "Biedermeier". Messa in secondo piano nei primi anni del secolo, la natura morta rinasce prepotentemente ad opera di artisti quali Luigi Scrosati, grande innovatore del tema. Le richieste della committenza alto borghese, unite a quelle della nascente imprenditoria, generano una produzione che coinvolge uno stuolo di pittori ansiosi di acquistare visibilità sul mercato, fra i quali spiccano Cesare Tallone e Filippo Carcano, esponenti della "nuova scuola lombarda" maturata nell'ambito culturale dell'Accademia di Brera, dell'Ateneo di Brescia e dell'Accademia Carrara di Bergamo. Di

quest'ultimo, particolarmente apprezzato per l'originalità delle soluzioni iconografiche, colpisce ad esempio il modo del tutto peculiare di presentare il paesaggio milanese, segna-

to in lontananza dal grigiore dei palazzi e delle ciminiere, filtrato attraverso i vasi e le piante poggiate sul parapetto di una terrazza in primo piano. Nelle mani di autori quali Giovanni Segantini, Giuseppe Pelizza da Volpedo (il quale era stato allievo dello stesso Tallone) e Gaetano Previati, alfieri della rivoluzione divisionista, la natura morta cessa di essere il luogo dell'ordine per assorbire tutte le inquietudini dell'epoca, superando definitivamente il decorativismo di matrice naturalistica, traghettando il genere verso gli incerti orizzonti novecenteschi. •



Francesco Hayez, "Fiori", 1834
Olio su tela, 51 x 39,2 cm, collezione privata

Attenzione ai particolari!

di Maricla Tagliaferri

È la vestale dell'illusione. L'angelo custode che veglia sulla nostra immaginazione per farci dimenticare che un film è girato pezzetto per pezzetto, ciak per ciak, quasi mai in sequenza cronologica, con attori che discutono animatamente sullo scher-

mo e che magari nella realtà non si sono mai trovati faccia a faccia, persone che, per dire, escono da una casa di Trastevere e si trovano davanti la Tour Eiffel. È la segretaria di edizione che tiene insieme i frammenti, che bada ai dettagli che compongono il quadro e vanno ripetuti identici spesso a distanza di settimane. Un mestiere pignolo e attento, che gli americani chiamano "continuity" e da noi è riservato solo alle donne.

Ne parliamo con Paola Bonelli, attualmente impegnata nel nuovo film di Silvio Soldini, "Il comandante e la cicogna", ultimo di una carriera cominciata alla scuola di cinema del Lazio dopo aver disertato un prestigioso lavoro con una multinazionale americana. Ha assistito gli esordi di Sergio Rubini, Antonello Grimaldi, Daniele Luchetti, Giuseppe Piccioni. È stata con Salvatores e Moretti.

Come ha cominciato?

Quasi per caso e con la tremarella. Mi chiamò Lamberto Bava che girava una serie Horror per la tv. Dopo la gavetta, il mio primo giorno da sola sul set avevo 42 inquadrature da controllare. Per la prima volta mi resi conto di cos'è veramente il mio lavoro. All'inizio ti sembra di dover guardare tutto quello che succede sul set, poi capisci che devi acquistare il senso dell'inquadratura, tenere a mente tutto quello che è lì dentro: costumi, battute, luci, direzione degli sguardi, posizione degli oggetti.

I suoi strumenti?

Una macchina fotografica e, soprattutto, il copione, letto e riletto all'infinito, dove scrivo tutto, compresi i commenti del regista. È il metodo imparato da una donna eccezionale, Patrizia Zulini, che mi ha insegnato tutto, mi ha dato fiducia da subito e mi ha spinto ad osare.

Se un personaggio parla ad un altro alla sua destra, nell'inquadratura successiva non può guardare a sinistra

La cosa più difficile?

Rispettare la grammatica. Per esempio, se un personaggio parla ad un altro alla sua destra, nell'inquadratura successiva non può guardare a sinistra. Oppure se esce da sinistra, deve rientrare a destra. Quando ci sono più personaggi le cose si complicano: una tavolata che chiacchiera, non sembra ma ti può mandare ai pazzi. Senza contare le pause.

Le pause?

Sì, quando c'è un'interruzione e un attore si toglie i guanti o un anello. Sono le piccole cose che sfuggono facilmente ma che sullo schermo si vedono tantissimo.

Il suo punto di riferimento?

Il microfonista. Si muove a seconda delle battute ed è lui che sa esattamente cosa fa un attore mentre dice la sua frase. E l'operatore di macchina per gli "stacchi" del ciak.

La dote indispensabile?

Il colpo d'occhio. Col tempo si affina fino a diventare automatico.

Il suo svarione più grosso?

Agli inizi, con Lamberto Bava. Un personaggio è a letto quando dal soffitto comincia a gocciolare sangue. Si alza e va in soffitta. Peccato che a letto avesse una t-shirt e lassù è a torso nudo. Credevo che Lamberto mi avrebbe cacciato per sempre.

C'è spazio per la creatività?

Certo che sì, puoi dare i tuoi suggerimenti. Io seguo il film dall'inizio, mi studio il copione molto prima delle riprese e poi partecipo anche alle prove e ai dialoghi fra regista e attori.

Perché in Italia è un mestiere per sole donne?

Non so. Io un "segretario di edizione" l'ho conosciuto: Pasquale Pozzessere. Ma è passato subito alla regia! Credo comunque che noi partiamo avvantaggiate. Abbiamo amore per il particolare, disponibilità all'aiuto, non ci spaventa la parola abnegazione. E poi si sa: gli uomini guardano e il più delle volte non vedono. •



Il più allegro dell'orchestra

di Piero Bottali

Qualcuno spiritosamente lo ha definito uno “strumento a fiato a mezza strada fra il flauto e la giacca da generale sovietico”. È il clarinetto, il più allegro fra gli strumenti dell'orchestra moderna, e fra i più amati nei complessi di jazz, meglio se di-

xieland, senza naturalmente dimenticare le bande e le fanfare nelle quali sostiene splendidamente il confronto con i più sonori ottoni. Proprio per il suo timbro squillante ma morbido, la sua vivacità intrinseca, la sua vivacità e la sua propensione ai “capricci cromatici”, il clarinetto è spesso il filo conduttore melodico in ogni esecuzione nella quale è presente. Di aspetto elegante, in legno di ebano nero, rallegrato dai rinvii lucidi e dalle valvole in metallo polito che corrono lungo il tubo cilindrico, il suo bel padiglione conico-svasato e cerchiato di metallo, il clarinetto - che molti probabilmente prendono per strumento moderno o modernissimo - è in realtà molto antico, anzi preistorico. Infatti il suo dispositivo sonoro, cioè il meccanismo che produce il suono che verrà poi modulato in una melodia con l'apertura e la chiusura dei fori, è costituito da una semplice linguetta di canna la cui invenzione si perde nella notte della preistoria. Le prime notizie archeologiche portano la sua comparsa al *memet* egiziano, risalente al 2700 a.C. Questa linguetta, o ancia semplice, viene detta battente poiché è fatta appunto battere, cioè vibrare, dal flusso del fiato del suonatore mettendo in movimento l'aria e quindi producendo il suono. Strumenti ad ancia semplice, quindi clarinetti a tutti gli effetti, li troviamo in molte culture di popoli a livello cosiddetto etnologico poiché la loro costruzione è assai semplice: si taglia una canna, *Arundo donax*, quelle che crescono spontaneamente nei luoghi umidi, con una lama se ne solleva una linguetta sottile ad un'estremità in maniera che possa vibrare, ed è fatta. Poi sullo stesso fusto di canna si praticano quattro fori a distanze regolari (che in seguito aumenteranno di numero) e lo strumento è pronto per suonare. Certo, non avremo un'intonazione perfetta

Il clarinetto si sviluppa dallo *chalumeau* intorno al '700 per opera del costruttore di strumenti Johann Christian Denner

come quella del clarinetto moderno, e il timbro ci sembrerà assai primitivo e remoto ma questo rustico strumento sarà in grado di produrre melodie anche di una relativa complessità e comunque sufficientemente raffinata per la cultura nella quale tale clarinetto viene suonato. In Europa il clarinetto si sviluppa dallo *chalumeau* intorno al '700 per opera del costruttore tedesco di strumenti Johann Christian Denner. In pochi anni il clarinetto assunse la sua personalità: il bocchino che stringe l'ancia divenne separabile, il padiglione si allargò e vennero aggiunte altre chiavi, che gli permisero di ottenere le note acute. Nel 1840 il raffinato sistema di chiavi ideato da Theobald Bohem, e già

applicato al flauto d'orchestra, fu adottato anche dal clarinetto conferendogli quella fluida emissione di suono che lo ha fatto tanto apprezzare dai musicisti di tutto il mondo. Inoltre, tale sistema di chiavi gli ha permesso di raggiungere un'estensione musicale straordinaria, di oltre tre ottave. Introdotto nelle orchestre in epoca romantica, troviamo il nostro simpatico aerofono eteroglotteide (questo il suo nome in organologia) venir sempre più apprezzato fino ai nostri giorni prestandosi alla creazione di tutti quegli arabeschi e volute coloristiche che il nostro gusto musicale occidentale ama tanto. Il clarinetto in tonalità *Sib* è quello più usato, poiché rende il meglio di sé, ma esige una partitura solo per lui, diversa da quella degli altri strumenti d'orchestra, generalmente intonati in Do. •





UN QUESITO DIVERSE DOMANDE

Caro Presidente,

sono un medico laureato nel 1979 e iscritto all'Ordine della mia provincia dallo stesso anno. Nel 2014 avrò già compiuto 60 anni e avrò raggiunto 35 anni di iscrizione.

Ho fatto la Guardia medica nei primi quattro anni di professione, ho insegnato nelle scuole superiori per due anni (e credo purtroppo che questi contributi andranno persi), e facendo il libero professionista ho sempre pagato quanto richiesto per la Quota A e, da quando è stata istituita, sempre il massimo per la Quota B.

Le domande che pongo sono: posso andare in pensione prima dei 65 anni di età (per esempio a 60 anni visto che allora avrò 35 anni di contribuzione)? Per farlo devo riscattare la laurea? Quanto sarà l'ammontare della mia pensione? Diciotto mesi di militare fatto mentre già lavoravo possono essere riscattati? I contributi versati dalla scuola pubblica possono essere ricongiunti? Se andassi in pensione prima dei 65 anni potrei continuare a lavorare?

Ti invio distinti saluti.

(lettera firmata)

Caro Collega,
devo precisarti, in via preliminare, che il Fondo di Previdenza Generale al quale sei iscritto eroga esclusivamente pensioni di vecchiaia; pertanto, per poter fruire della rendita dovrai attendere il compimento del 65° anno di età.

Ti preciso, altresì, che i requisiti prescritti per l'accesso al trattamento pensionistico erogato a carico del Fondo in parola consistono nell'aver maturato una anzianità contributiva pari ad almeno cinque anni al raggiungimento del suddetto requisito anagrafico. Pertanto, un eventuale riscatto degli anni del corso di laurea ti consentirebbe unicamente di accrescere la misura del futuro trattamento di quiescenza, senza alcuna possibilità di anticipare il conseguimento dello stesso. Ti informo, inoltre, che il periodo di servizio svolto per assolvere agli obblighi di leva può costituire oggetto di riscatto, purché non coperto da contribuzione effettiva o riscattata, fatta eccezione per la "Quota A" del Fondo di Previdenza Generale, dove vengono accreditati i contributi minimi, alla cui corresponsione sei vincolato in conseguenza dell'iscrizione all'albo professionale di categoria.

Per quanto riguarda le richieste ipotesi pensionistiche, ti comunico che relativamente alla "Quota B" della gestione, do-

ve vengono accreditati i contributi relativi all'esercizio della libera professione, proiettando il contributo riferito al reddito prodotto nell'anno 2010 fino al compimento del 65° anno di età, l'ammontare del trattamento pensionistico è quantificabile in circa € 1.400,00 lordi mensili. Per quanto attiene alla "Quota A", invece, supponendo una contribuzione costante fino al raggiungimento del suddetto requisito anagrafico, la rendita pensionistica è quantificabile in circa euro 300,00 lordi mensili.

Ti comunico, inoltre, che presso il Fondo Medici di Medicina Generale risultano accreditati a tuo nome contributi per un importo pari ad euro 850,32, riferiti ad attività professionale svolta in convenzione dal mese di dicembre 1980 al mese di febbraio 1983. Ti informo, al riguardo, che tali contributi daranno luogo, al compimento del 65° anno di età, alla erogazione di un ulteriore esiguo trattamento pensionistico. Per quanto riguarda i periodi di servizio svolti in qualità di insegnante presso istituti scolastici pubblici, ti informo che gli stessi possono costituire oggetto di ricongiunzione ai sensi della legge n. 45 del 5/3/1990. Per attivare la procedura, ti basterà inviare a questa Fondazione il modulo di domanda, reperibile presso l'Ordine dei medici della tua provincia o tramite il sito internet www.enpam.it, nella sezione modulistica, debitamente compilato e completo di tutta la documentazione indicata nella parte retrostante. A seguito della tua istanza, gli Uffici provvederanno a richiedere alla gestione previdenziale interessata i tabulati necessari alla effettuazione dei conteggi e a sottoporli una lettera di proposta, in cui oltre all'eventuale onere da sostenere, ti saranno dettagliatamente illustrati i benefici pensionistici connessi con la definizione della ricongiunzione. Qualora dovessi giudicare non convenienti le condizioni rappresentate, hai facoltà di non dare alcun seguito al procedimento. Di converso, in caso di accettazione, i contributi relativi ai periodi di servizio svolti in qualità di insegnante verranno accreditati sulla "Quota A" del Fondo di Previdenza Generale, aumentando la misura del futuro trattamento pensionistico.

Ti preciso, infine, che sono allo studio misure di stabilizzazione dei Fondi di previdenza, nell'ottica di assicurare l'equilibrio delle gestioni, come previsto dalla Finanziaria 2007. La normativa regolamentare potrà, quindi, essere oggetto di modificazioni e, conseguentemente, la misura delle prestazioni pensionistiche potrebbe subire variazioni. La presente informativa non deve pertanto ritenersi comunque impegnativa per la Fondazione.

L'occasione è gradita per salutarti cordialmente.

Eolo Parodi



RICONGIUNZIONE E RISCATTO

Illustre Presidente,
desidererei avere alcuni chiarimenti sulla mia posizione previdenziale. Quando potrò andare in pensione? Per quanto riguarda la ricongiunzione di periodi maturati presso altre gestioni previdenziali? Se presentassi richiesta di riscatto? Rimango in attesa di un tuo cortese riscontro.

Caro Collega,
sulla posizione previdenziale in essere presso il Fondo dei Medici di Medicina Generale risultano accreditati contributi, dall'agosto 1974 al marzo maggio 2010, pari ad euro 286.514,25.

Sulla scorta dei suddetti versamenti, potresti già optare per la cessazione dell'attività e pensionarti dal mese di febbraio p.v.. Allo stato attuale, infatti, risultano soddisfatti tutti i prescritti requisiti per il collocamento a riposo per anzianità. Dalle stime effettuate è scaturito che avresti diritto ad un rateo mensile di circa euro 3.800,00 lordi.

Pertanto, come prospettato nella tua nota, proseguendo la professione fino al 65° anno di età, ti verrebbe riconosciuto il trattamento di vecchiaia, il cui importo lordo è stato ipotizzato in circa euro 4.100,00 mensili.

Infine, nell'ipotesi del tuo definitivo pensionamento a 70 anni, termine ultimo previsto dalla normativa vigente, la proiezione effettuata ha determinato una prestazione da erogare in tuo favore pari a circa euro 5.200,00 mensili lordi.

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

Ti rappresento, poi, che è in lavorazione la ricongiunzione al Fondo dei periodi maturati presso altre gestioni previdenziali, come da tua richiesta avanzata nel 2007. Non appena ultimata la fase procedurale, verrà approntata e trasmessa alla tua attenzione la proposta, non vincolante, inerente oneri eventuali da sostenere e benefici previdenziali scaturenti da una tua possibile adesione.

Ti informo che, sia il perfezionamento della ricongiunzione che un eventuale accesso al riscatto di allineamento, si dimostrerebbero, per la tua fattispecie, utili ad incrementare l'importo della prestazione mensile della quale usufruire all'atto della quiescenza.

Pertanto, se interessato anche al riscatto, ti invito a presentare la domanda di specie, reperibile presso l'Ordine provinciale o sul sito www.enpam.it. A seguire, gli uffici ti invieranno il prospetto, sempre non vincolante, per l'eventuale accesso a tale istituto, indicando le modalità di versamento e l'ulteriore giovamento che la tua posizione previdenziale ne trarrebbe.

Ti saluto cordialmente.

E. P.



QUANDO POTRÒ ANDARE IN PENSIONE?

Egregio Presidente,
stimolato dalle tue gentili risposte ai quesiti dei colleghi sul Giornale della Previdenza, gradirei sapere quando e con quale importo (solo pensione o trattamento misto) potrò andare in pensione. I miei dati sono: nato nel 1948, laureato nel 1976, iscritto all'Ordine dal '77, convenzionato con gli Enti mutualistici prima e con il Servizio sanitario nazionale poi dal 1979. Attualmente massimalista da più di 25 anni, stanco della burocrazia impostami, desidero dedicarmi solo alla libera professione come specialista.

Ringrazio infinitamente per la risposta che vorrai darmi e pongo cordiali saluti.

(lettera firmata)

Caro Collega,
come è noto, le vigenti norme regolamentari consentono il conseguimento del trattamento pensionistico di anzianità all'iscritto che al compimento del 58° anno di età abbia maturato una anzianità contributiva effettiva o riscattata pari ad almeno 35 anni; è necessario, inoltre, aver conseguito da almeno 30 anni il diploma di laurea in medicina e chirurgia.

A seguito di una analisi della tua posizione previdenziale in essere presso il Fondo Medici di Medicina Generale, è emerso che avvalendoti del riscatto di almeno due anni del corso di laurea in medicina e chirurgia, per il quale hai correttamente presentato istanza il 24/3/2011, avresti già maturato l'anzianità contributiva prescritta per il collocamento

a riposo nel mese di novembre 2010. Pertanto, qualora aderissi entro i 120 giorni previsti dalle vigenti norme regolamentari alla proposta di riscatto che gli uffici ti hanno inviato in data 7/7/2011, estinguendo il relativo onere entro la cessazione dell'attività convenzionata, potresti optare per il pensionamento in qualsiasi momento, fruendo della prima finestra utile di uscita stabilita dalla legge n. 449/97.

Supponendo, quindi, la cessazione dell'attività professionale svolta in convenzione con gli Istituti del S.S.N. al 31/12 p.v. con le modalità sopra rappresentate, l'ammontare della rendita pensionistica che percepiresti è quantificabile in circa euro 3.100,00 lordi mensili. Nel caso decidessi di convertire in capitale il 15% della pensione maturata, come stabilito dalle vigenti norme regolamentari, ti verrebbe erogata una indennità pari a circa euro 71.000,00 al lordo delle ritenute fiscali, congiunta ad un trattamento pensionistico residuo, lordo mensile, ammontante a circa euro 2.600,00.

Ti ribadisco, che i suddetti importi sono stati determinati considerando accettato ed estinto il riscatto in parola.

Devo precisarti, infine, che sono allo studio misure di stabilizzazione dei Fondi di previdenza, nell'ottica di assicurare l'equilibrio delle gestioni, come previsto dalla Finanziaria 2007. La normativa regolamentare potrà, quindi, essere oggetto di modificazioni e, conseguentemente, la misura delle prestazioni pensionistiche potrebbe subire variazioni. La presente informativa non deve pertanto ritenersi comunque impegnativa per la Fondazione.

Un cordiale saluto.

E. P.

Quando un dottore chiede aiuto

Un medico di Bergamo ha scritto al nostro giornale una lettera che ci ha lasciato perplessi, quasi sbalorditi. Si è rivolto a noi alla ricerca di un aiuto: è affetto da anni da una sindrome complessa "scoppiata" all'improvviso nel 2000 durante una sua vacanza nei Caraibi. La sintomatologia ebbe inizio con un'improvvisa perdita di coscienza, non conoscenza, con una Sensazione di caldo e vuoto nel capo, vertigini, sordità, perdita dell'olfatto, profonda astenia, mancata sudorazione, accompagnata da "strano freddo", turbe degli sfinteri, pressione stabile accompagnata da senso di sonno alternato a mancata veglia, frequente febbre, 38/39. La frequenza delle "crisi" è di circa una settimana con perdita "di completa conoscenza NON coscienza"; la durata attualmente è di poche ore. Questo appello, quasi un grido di aiuto, ci ha convinto, dopo aver ascoltato telefonicamente il medico e il presidente dell'Ordine di Bergamo, a rendere pubblica una situazione drammatica che gli specialisti possono comprendere suggerendo al "paziente" non una terapia, ma un aiuto diagnostico. Un uomo che conosce, perché è medico, i sintomi della malattia che lo ha colpito tende la mano a chi vorrà stringergliela per aiutarlo a capire.

G. Cris

Il sottoscritto, medico pensionato, è affetto da cinque anni da una patologia definita "ben rara" ed ancora non diagnosticata, catalogata.

Mi rivolgo ai colleghi sperando siano venuti a conoscenza di altri pazienti con una sintomatologia simile, sia per avere un aiuto sia per affiancarli con la mia esperienza.

Il caso ebbe inizio con la sensazione di caldo alla testa, occhi, orecchie, mani, assieme ad una profonda astenia, adinamia, senso di disorientamento spesso con vertigini, visione dai contorni torbidi, perdita dell'olfatto e gusto, marcato senso di freddo anche in piena estate di giorno, iperfagia alternata a volte

da anoressia, turbe della sudorazione e degli sfinteri, sensazione di modica nausea che accompagna il caldo alla testa, perdita di abilità e capacità manuali, minima ipertensione alternata ad ipotensione, improvviso ipogonadismo, turbe dello stato d'animo, variazione della funzione sonno-sveglia. Il tutto accompagnato da febbre oscillante da 37,2 a 37, e questo quadro ha la durata di 24-36 ore ed una ripetizione ciclica inizialmente di 20/25 giorni. Con il passare dei mesi il distacco fra un episodio e l'altro è diminuito sino alla odierna settimana in uno stato di non benessere! Dopo i primissimi episodi fu possibile constatare l'in-

staurarsi di una profonda amnesia del recente (ultimi 12 anni circa) non maggiormente retrograda, superata con domande e conversazioni, ma sempre reinstauratasi al successivo episodio, allertato da stanchezza e fame d'aria a modico sforzo.

La fame d'aria può essere giustificata da un'embolia polmonare da trombosi profonda della poplitea destra anche se la si avverte solo in pre crisi. Sono anche portatore di aneurisma aortico (attualmente ca. 48*29 mm.). Embolia e aneurisma diagnosticati durante gli accertamenti per il "quadro". Sono stato due volte in ospedale, Neurologia, poi nel Policlinico di Zingonia (BG),

Castellana, (VA), San Martino Università (GE). Ho consultato specialisti e primari del Neurologico Besta e San Raffaele (MI). Sono stato seriamente e affettuosamente seguito dai colleghi che purtroppo hanno ogni volta concluso con la complessità del caso ed una varietà di ipotesi diagnostiche: t.g.a., epilessia, borelliosi, porfiriasi, endorfine, vasculopatie, malaria e malattie tropicali, dato che avevo soggiornato nei tropici. Accertamenti ospedalieri (durante gli episodi) ed ambulatoriali. Sotto cura con cardioaspirina, anticolsterolici, anti reflusso gastroduodenali. Dal dicembre 2005 è stato aggiunto Delta cortene e controllo dei dolci, in quanto è risultata una ipoglicemia reattiva; infatti la glicemia, appena nella norma, scende con il consumo marcato di zuccheri.

Essendo medico ho potuto e dovuto seguire l'evolvere della mia sindrome formulando dubbi, sensazioni, pareri!!! Alla fine mi sono orientato verso il diencefalo e con mia soddisfazione sono riuscito a trovare due pubblicazioni in alcune riviste nordamericane, datanti purtroppo 1945-1964: tutto giustificato dalla mia età, 82 anni. I titoli erano "A syndrome of periodic hypothalamic discharge" in Textbook of endocrinology-Williams e "Hypothalamic attacks with thalamic lesion" in The Dictionary of Medical Syndrome".

Tutti i miei sintomi coinci-

devano!!! Purtroppo ogni collega specialista consultato è stato scettico, contrario!! Infatti: "Rare manifestazioni non endocrine nella malattia Hypotalamica" e "Sindrome ipotalamica periodica" erano e sono sconosciuti o quasi!! Giustificazioni: "tutti gli accertamenti effettuati (es. emato chimici, eco-cardiogrammi, rachicentesi con es. liquor, visite neurologiche, e.e.g.-tac addome e torace, angiotac, r.m.n. addome, encefalo con e senza mezzi di contrasto, p.e.t. total body ecc.) hanno consentito una valutazione sia anatomica che funzionale completa di tutti i distretti, potenzialmente correlati alla mia sintomatologia.

L'ipotesi ipotalamica non endocrina descritta nella letteratura degli anni '50, nel tempo è stata sostituita da nuove descrizioni e non trova, ad oggi, riscontro oltre ai pochissimi casi descritti.

Non è ancora possibile identificare una sindrome conosciuta che possa dare una spiegazione esaustiva, tenendoli tutti in considerazione.

Un solo collega, responsabile di divisione endocrinologia, dopo avermi ascoltato, mi disse che gli ricordavo la sindrome di Wolff, suggerendomi di consultare Williams. Ebbi così la possibilità di veder confermate le mie supposizioni. A questo punto fui costretto non solo a stimolare la mia memoria ma soprattutto a ricercare ed ap-

profondire l'anatomia e la neurologia. Ho avuto così varie conferme: le funzioni cognitive e comportamentali sono coordinate da reti neuronali che si intersecano fra loro e che comprendono componenti interconnesse, corticali e subcorticali. Così un danno a ciascuna componente anatomica di una "rete" può portare a deficit dello stesso dominio ma con quadri clinici differenti. Le connessioni centrali del sistema nervoso autonomo han-

sede i centri che controllano il sonno e la veglia, la fame e la sete, il bilancio idrosalino, le funzioni sessuali ed il sistema nervoso autonomo.

Nella regione ipotalamica si riscontrano aggruppamenti cellulari che sono i centri dell'innervazione neurovegetativa e neuroendocrina di tutto l'organismo, anche se attualmente non si può stabilire in modo preciso e sicuro la funzione dei singoli centri, i quali non agiscono isolatamente ma le-

Essendo medico ho potuto e dovuto seguire l'evolvere della mia sindrome formulando dubbi sensazioni e pareri

no origine in tre aree principali:

– corteccia centrale: le lesioni producono alterazioni della sudorazione, della temperatura, vescicali, intestinali;

– strie del lobo limbico: la stimolazione produce risposte di collera, paura, frequenza cardiaca, tono vasomotorio;

– ipotalamo: le influenze ormonali sul sistema nervoso autonomo sono mediate attraverso gli ormoni della ipofisi, anteriore e posteriore.

I circuiti di queste connessioni centrali non sono conosciuti in dettaglio.

L'ipotalamo è il centro di regolazione della vita viscerale, endocrina (attraverso l'ipofisi) ed emotiva-istintiva. In esso vi hanno

gati da fitti sistemi di fibre associative.

I disturbi della memoria hanno la sede del danno nella "rete" neuronale del sistema limbico ma quasi certamente in essa non vi è il sito di deposito della memoria per cui le tracce mnestiche vengono immagazzinate all'interno della corteccia.

L'ipotalamo, teniamolo presente, regola l'attività attraverso due distinte vie: una che lo collega con l'ipofisi anteriore con la quale non esistono connessioni nervose ma esiste un sistema venoso portale che raccoglie il sangue proveniente dall'ipotalamo, servendo così da canale per la trasmissione diretta dei neurormoni ipotalamici.

La connessione invece con

la posteriore (neuro-ipofisi) è costituita dal tratto nervoso sovraottico-ipofisario. Nell'ipotalamo vi sono i centri che armonizzano le attività subordinate al sistema autonomo, come la regolazione degli apparati circolatorio, respiratorio, digerente, della temperatura corporea, del metabolismo dei grassi, dei carboidrati e centri che regolano la secrezione degli ormoni dell'ipofisi anteriore (somato, gonado, tireo, cortico, prolattina).

La sintomatologia dei disturbi ipotalamici è proteiforme dato il giustapporsi di tanti centri in zone così limitate. Saranno meglio conosciuti quando sarà possibile dosare con certezza i vari fattori liberatori (releasing factors).

L'ipotalamo regola molte funzioni attraverso gli ormoni regolatori, ma è importante soprattutto tener presente che controlla anche molte funzioni non ormonali coincidenti con la sindrome del sottoscritto: funzione conservatrice della memoria a breve termine, assunzione di cibo, ritmo sonno-veglia, regolazione sessuale, regolazione funzione tubo digerente, regolazione sistema nervoso autonomo, comportamento alimentare, regolazione della sete, regolazione del freddo, regolazione della sudorazione, regolazione temperatura corporea, regolazione dell'apparato respiratorio. •

Contatti:

eldamarinoni@yahoo.it

Cataloghi, un punto di riferimento

Presentate le pubblicazioni di Bolaffi, Sassone e Unificato tra certezze e qualche novità

di Gian Piero
Ventura Mazzuca (*)

Questa nuova stagione filatelica è iniziata con la presentazione dei celebri cataloghi, ovvero quegli strumenti editoriali dove poter trovare l'elenco completo dei francobolli esistenti, divisi per Stati, periodi, anni ed altro. L'evento è stato organizzato dalla Borsa Filatelica Nazionale in collaborazione con l'Unione Stampa Filatelica Italiana (Usfi) e vi hanno partecipato le tre principali case editoriali, la torinese Bolaffi, la "romana" Sassone e la milanese Unificato, secondo un rigoroso e consolidato ordine alfabetico di presentazione. Si è iniziato con l'illustrazione del "Bolaffi Flash", da quest'anno diviso in tre volumi, il primo dedicato agli antichi Stati italiani e al Regno, il secondo alla Repubblica, il terzo a San Marino e Vaticano.

Sassone ha confermato due



volumi, uno per le collezioni chiuse, ovvero tutta l'area italiana fino al 1945 ed un secondo per quelle in sviluppo e cioè Repubblica, Vaticano, Smom e San Marino. Si possono acquistare anche il sintetico "Blu" oppure quello specializzato sui francobolli ottocenteschi.

Infine è stata la volta di Unificato, da cui probabilmente sono arrivate le novità maggiori. Il catalogo edito dai commercianti ha riproposto infatti le versioni Super e Junior, alle quali però si sono affiancate due nuove riviste "Storie di posta" e "L'arte del

francobollo". Quest'ultima, confermando la periodicità mensile e la qualità degli articoli, è probabilmente destinata a prendere il posto nel cuore degli appassionati dell'ormai *desaparecida* "Cronaca filatelica". Preannunciato anche l'imminente arrivo di una catalogazione *on line*, disponibile proprio sul sito www.unificato.it.

In sintesi tutti gli operatori hanno confermato l'andamento del mercato, rispondendo alle critiche su valutazioni un po' troppo ottimistiche, con l'impegno di cercare sempre un costan-

te rapporto con la realtà. In fondo anche in un articolo sul quotidiano "Finanza e mercati" di agosto è stato confermato come i francobolli, in periodi di crisi, restino sempre un bene rifugio, con molta attenzione però.

Gli editori, con tre filosofie diverse, ci propongono dei punti di riferimento sul mercato, a noi appassionati invece l'impegno di non farci abbindolare da illusori guadagni, magari proprio tramite acquisti on line! •

(*) gp.ventura@enpam.it





a cura
dell'avv. Pasquale Dui (*)

Con la sentenza n. 15993 dello scorso 21 luglio la Suprema Corte di Cassazione ha escluso, alla luce degli accertamenti dei consulenti, che il medico avesse usato la diligenza e la perizia necessarie nel progettare e nell'eseguire gli impianti dentari, tenuto conto che non si trattava, nella fattispecie, di risolvere problemi tecnici di speciale difficoltà (in ragione dell'asserita situazione degradata dell'apparato dentario del paziente e della novità delle terapie applicate) e che, in ogni caso, avuto riguardo alla specifica preparazione richiesta allo specialista, gli errori di progettazione riscontrati non potevano che concretare ipotesi di colpa grave.

In particolare, la Corte di Appello, valutata la condotta professionale del medico, alla luce degli accertamenti dei consulenti, aveva escluso che lo stesso avesse usato la diligenza e la perizia necessarie nel progettare e nell'eseguire gli impianti dentari, dato che da un lato non vi erano problemi tecnici di particolare difficoltà e dall'altro gli errori di progetta-

Responsabilità del medico dentista

zione riscontrati non potevano che essere ricondotti a colpa grave, anche in relazione alla specifica preparazione di uno specialista.

Tale inadempimento, che aveva determinato il totale insuccesso della terapia praticata, legittimava il paziente a rifiutare la corresponsione del compenso, con conseguente diritto del paziente al risarcimento dei danni. La stessa Corte d'Ap-

Hanno ivi affermato le sezioni unite che, rimasta inadempita una obbligazione, il creditore il quale agisca per la risoluzione contrattuale, per il risarcimento del danno, ovvero per l'adempimento deve soltanto provare la fonte (negoziale o legale) del suo diritto e il relativo termine di scadenza, limitandosi alla mera allegazione della circostanza dell'inadempimento della con-

L'inadempimento rilevante nell'ambito dell'azione di responsabilità per risarcimento del danno nelle obbligazioni così dette di comportamento non è qualunque inadempimento ma solo quello astrattamente efficiente alla produzione del danno

pello aveva aggiunto che l'obbligazione del dentista andava qualificata come obbligazione di risultato; che nella fattispecie il risultato, consistente nell'impianto protesico, non era stato raggiunto; che dall'inadempimento dell'obbligazione, indipendentemente dalla sua natura se di mezzi o risultato, andavano in ogni caso tratte le conseguenze innanzi enunciate.

A giudizio del supremo collegio l'apparato motivazionale, qui sinteticamente riportato, applica correttamente i principi elaborati dalla giurisprudenza di legittimità in punto di colpa professionale.

tro parte, mentre il debitore convenuto è gravato dell'onere della prova del fatto estintivo dell'altrui pretesa, costituito dall'avvenuto adempimento, ulteriormente precisandosi, in tale prospettiva, che eguale criterio di riparto deve ritenersi applicabile anche nel caso in cui sia dedotto non l'inadempimento dell'obbligazione, ma il suo inesatto adempimento, posto che allora al creditore istante sarà sufficiente la mera allegazione dell'inesattezza dell'adempimento mentre graverà, ancora una volta, sul debitore l'onere di dimostrare il contrario.

In altri, successivi arresti le

sezioni unite hanno poi ulteriormente approfondito la problematica della prova del nesso di causalità. A tal fine, ripercorsa l'evoluzione della teoria delle obbligazioni, con la progressiva erosione della legittimazione teorica e dell'utilità pratica della distinzione tra obbligazioni di mezzi e obbligazioni di risultato, hanno affermato che l'inadempimento rilevante nell'ambito dell'azione di responsabilità per risarcimento del danno nelle obbligazioni così dette di comportamento – coincidenti con quelle tradizionalmente definite di mezzi, in cui è la condotta del debitore ad essere dedotta in obbligazione, essendo la diligenza tendenzialmente considerata quale criterio determinativo del contenuto del vincolo e il risultato caratterizzato da aleatorietà, siccome dipendente anche da altri fattori esterni – non è qualunque inadempimento, ma solo quello astrattamente efficiente alla produzione del danno. Con l'ulteriore e decisiva conseguenza che, una volta dimostrato il contratto (o contatto sociale) e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia, con l'allegazione di inadempienze specifiche, idonee a provocarli, grava sulla controparte dimostrare o che l'inadempimento non vi è stato, ovvero che, pur essendovi stato, non ha determinato il danno lamentato. •

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

Organi Collegiali

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

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

COMITATO ESECUTIVO

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

COLLEGIO SINDACALE

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

L'annuale congresso de La Serpe



mio Anfiosso. Il podio è così risultato: per la narrativa primo classificato Giampiero Sbaraglia con il racconto "La voce perduta"; per la poesia si è imposto Fernando Petrone con la lirica "Orme sulla sabbia". Al termine della premiazione il critico letterario Rosario Manfredi ha presentato la raccolta di racconti "Nel giardino dei semplici" di Cesari Persiani.

"La serpe" è la rivista dell'Associazione dei medici scrittori italiani (Amsi) diretta da Mario Rosario Avellino. Sull'ultimo numero viene riportato un ampio commento sull'annuale congresso dell'Amsi svoltosi lo scorso mese di giugno a Giulianova. Quest'anno al congresso è stata abbinata la premiazione del VII Pre-

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

IL GIORNALE DELLA PREVIDENZA DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

PERIODICO INFORMATIVO DELLA FONDAZIONE ENPAM

Editore: Fondazione ENPAM

DIREZIONE E REDAZIONE

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

Direttore: EOLO PARODI

Direttore responsabile: GIULIANO CRISALLI

PROGRAMMAZIONE E COORDINAMENTO REDAZIONALE

Carlo Ciocci

email: c.ciocci@enpam.it

CULTURA

Claudia Furlanetto

email: c.furlanetto@enpam.it

CONGRESSI, CONVEGNI E CORSI ARCHIVIO E DOCUMENTAZIONE

Andrea Meconcelli: Tel. 06 48294513

Fax 06 48294260/793

email: congressi@enpam.it

SCIENZA E SOCIETÀ **Andrea Sermoni**

email: andrea.sermoni@gmail.com

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Paola Boldregghini: Tel. 06 48294258 - Fax 06 48294260

email: giornale@enpam.it

Foto: Archivio ENPAM - THINKSTOCK

MENSILE - ANNO XVI - N. 9
DEL 21/10/2011
Di questo numero sono
state tirate 451.941 copie

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

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

Servizio Accoglienza Telefonica

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

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

NOTIZIE FLASH

Quota A - pagamento contributi 2011

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

Quota B – redditi professionali 2010

Mancato ricevimento modello D personalizzato: coloro che non sono in possesso del modello D personalizzato, possono utilizzare il “*modello D generico*” disponibile sul sito www.enpam.it, presso la sede dell'E.N.P.A.M. in Roma 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 deve essere effettuato non oltre il termine indicato sul bollettino MAV precompilato e deve 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: il mancato ricevimento del bollettino MAV non esonera dal pagamento del contributo. In tal caso è necessario contattare la Banca Popolare di Sondrio al numero verde **800.24.84.64**, la quale provvederà all'invio di un duplicato del MAV, ovvero fornirà le istruzioni necessarie per effettuare il pagamento di quanto dovuto entro i termini regolamentari.

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 2012);
- 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 SAT al n. 06.4829.4829, ovvero scrivere a sat@enpam.it, indicando nome, cognome e recapito telefonico.

Servizi disponibili per gli utenti registrati:

- visualizzazione dei dati anagrafici;

- visualizzazione dei dati contributivi e dei riscatti;
- dati pensionistici;
- duplicati dei bollettini RAV e MAV smarriti o non ricevuti;
- certificazione fiscale dei contributi versati a titolo di riscatto;
- certificazione fiscale del contributo di Quota A (per gli iscritti che usufruiscono dell'addebito permanente in conto corrente);
- certificazione fiscale del contributo Quota B;
- certificazione fiscale dei pagamenti effettuati a titolo di Regime sanzionatorio Quota B;
- visualizzazione e stampa dei cedolini di pensione e del CUD;
- stato di avanzamento delle pratiche relative alle indennità di maternità ed acquisizione della certificazione fiscale relativa agli importi erogati a tale titolo;
- variazione del codice Iban per l'accredito della pensione Enpam;
- attivazione della Carta di credito Fondazione E.N.P.A.M. emessa in collaborazione con la Banca Popolare di Sondrio e la società CartaSi (per richiederla accedere all'Area Riservata, selezionare la voce “Carta di credito – richiesta e servizi connessi” e compilare il modulo di richiesta).

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 2011**, 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.

Versamento una tantum

In caso di riscatto **in corso di pagamento**, l'iscritto può effettuare, **entro e non oltre il 15 dicembre 2011** un versamento aggiuntivo nei limiti del debito residuo.

Il suddetto versamento non sostituisce la rata di dicembre che, pertanto, deve essere versata alla scadenza prevista.

Sia per il versamento in acconto che per il versamento una tantum, al fine della tempestiva rendicontazione da parte del Servizio Riscatti e Ricongiunzioni, dovrà essere trasmessa entro e non oltre il 15 gennaio 2012 copia della ricevuta del bonifico 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

