

AZIONE SANITARIA



ORGANO DI INFORMAZIONE DEL SINDACATO DEI PENSIONATI SANITARI

Feder. S.P. e V. - Federazione Nazionale Sanitari Pensionati e Vedove

MEDICI - VETERINARI - FARMACISTI

N° 3 - SPECIALE 2018 • ANNO XXXV

"NON SOLI, MA SOLIDALI"

Poste Italiane SpA - Spedizione in abbonamento postale - 70%ROMA-C/RM/31/2013



SPECIALE **55° CONGRESSO**

ROMA, 14-18 APRILE 2018

In questo numero



NOI GUARDIAMO AVANTI. Per un Paese più giusto e solidale	03
• Premessa	03
• Il futuro previdenziale dei giovani	05
• Pensioni e assistenza	06
• Separazione Assistenza - Previdenza	07
• Perequazione	09
• Proposte di Riforma dell'art. 38 della Costituzione	10
• Perequazione pensioni In essere: minimi aumenti nel 2018	11
• Pensione di reversibilità	11
• Ultime novità dal Fondo Monetario Internazionale (FMI) e dall'Europa	13
• Divario di genere donne: salari e pensioni più bassi del 23%	14
• Sanità: non è uguale per tutti	14
• Italia Paese di anziani ma non per anziani	16
• Ltc Enpam	17
• Conclusioni	18
a cura di Michele Poerio	
Nel guardare avanti per un Paese più giusto e solidale possiamo sperare in un futuro da cittadini? a cura di Filippo M. Boscia	19
Sofrologia • Obiettivi della soffrologia a cura di Amilcare Manna	25
Allarme ...addio al nostro Servizio Sanitario Nazionale? Cerchiamo di non perdere un tesoro a cura di Marco Perelli Ercolini	28
La diverticolosi del colon • Eziopatogenesi della diverticolosi del colon • Complicanze della diverticolosi • Diverticolite • Emorragia • Terapia medica della malattia diverticolare a cura di Natale Saccà	31 32 33 33 34 34
Elisir • Le cellule • Lo scambio di sangue • Farsi suicidare • Lo zucchero • Le proteine • Le calorie • Centenari in salsa giapponese • L'amore • Elisir a costo zero • I limiti • Kloto: la proteina renale anti-invecchiamento • Kloto statunitense • Clonazione: tocca all'uomo? • Vantaggi • L'elisir sardo • Le disuguaglianze • I pensionati • La cronicità • Un secondo in più • I più felici • Belle? Anche negli anta e forse più • Il cervello • I consigli • Il cuore: 37.324.800 battiti in più • A come affettuosità - S come sesso • La terapia delle idee • Le suore ed i frati a cura di Nicola Simonetti	35 37 38 42 43 43 43 44 45 46 47 48 49 49 51 51 52 53 54 55 55 56 56 56 57 58 61 62
Invecchiamento attivo: una convinzione, uno stile di vita, un comportamento solidale... a cura di Natale Saccà	64
EMPATIA E MEDICINA "SLOW" secondo i principi della Scuola Medica Salernitana a cura di Paola Capone	67
INTERVENTI DELLE AUTORITÀ	69
PREMI LETTERARI	72
INTERVENTI	73
55° congresso FEDER.S.P.e.v.: coerenza e continuità a cura di Carlo Sizia	84
Mozione finale del 55° congresso FEDER.S.P.e.v.	86

Noi guardiamo avanti

Per un Paese più giusto e solidale

Relazione del Presidente Nazionale



a cura di MICHELE POERIO
Presidente nazionale FEDER.S.P.eV.

PREMESSA

Autorità, gentili ospiti, care colleghe, cari colleghi, il Congresso nazionale, in quanto evento rituale, rappresenta la sintesi collettiva dove vengono stabilite le prospettive e i programmi di medio-lungo termine con la partecipazione attiva di tutti i delegati. Il Congresso, oltre che il nostro incontro per i programmi futuri, è anche una festa per noi tutti e tra di noi.

Ma prima di affrontare le tematiche congressuali, permettetemi di ricordare tutti i nostri associati che ci hanno lasciato chiedendovi un momento di raccoglimento.

Consentitemi di ringraziare tutti i collaboratori che mi hanno supportato nella gestione della nostra Federazione (Esecutivo, Direttivo nazionale e Consiglio nazionale) e nell'organizzazione di questa manifestazione curata dall'impareggiabile Dott.ssa **Naria Colosi** con la collaborazione di **Caterina e Lucilla**, inoltre, un particolare ringraziamento alla Dott.ssa **Concetta Lauretta** per la sua consulenza informatica e alla Prof.ssa **Paola Capone**, presidente FEDER.S.P.eV. della sezione di Salerno e presidente del Congresso. E veniamo a noi. È davvero finita la crisi?

Il presidente del Consiglio **Gentiloni** si era rallegrato per avere avuto nel 2017 una crescita mai

così alta dal 2010, trascurando, però, il fatto che il PIL fosse ancora inferiore del 5,7% rispetto ai livelli pre crisi: il che significa che siamo meno ricchi rispetto a dieci anni fa.

Perfino la Spagna è riuscita a superare i massimi dal 2008, mentre noi restiamo in compagnia della Grecia, di Cipro e Portogallo.

L'ultima crescita rispetto ai 3 mesi precedenti è stata dello 0,3% a fronte dello 0,6% della Francia, Germania e Stati Uniti e ci si chiede se la ripresa sia ciclica o strutturale. Fatto sta che, anche fosse strutturale, si tratta di una crescita dello "zero virgola" e che l'Europa ci rammenta continuamente che dal 2015 abbiamo potuto contare su una flessibilità pari a 30 mld e che chiunque avrà l'arduo compito di governare avrà come primo problema evitare una ulteriore manovra finanziaria che Bruxelles sta chiedendo, sia pure in maniera soft, dallo scorso ottobre.

La XVIII legislatura sta per partire dopo una campagna elettorale tra le più modeste e fuorvianti degli ultimi decenni, improntata, cioè, a puro marketing piglia-tutto, in realtà disinteressata a formulare proposte concrete, realizzabili, economicamente sostenibili.

I programmi elettorali dei vari movimenti, partiti o coalizioni sono stati caratterizzati dalla generi-

cià, dal costo elevato e dalla mancanza di coperture finanziarie certe.

Anche in questa circostanza abbiamo assistito alla ennesima interferenza dell'Europa a partire dal presidente **Juncker**, e non poteva mancare **Le Monde** che si è limitato a scrivere a caratteri cubitali in prima pagina **“cataclisma elettorale in Italia”** Cosa voglio dire? Che anche i “giornaloni” vari, l'Europa e organismi internazionali devono cercare di essere più obiettivi, senza fare canti e contro canti, schierandosi e facendo il tifo. In tutto questo una legge elettorale a dir poco vergognosa: l'elettore ti boccia e **“io me ne frego perché ti ripesco lo stesso”**. È uno sfottò nei confronti di chi ha pensato di votare cancellando alcune figure che hanno avuto poteri molto forti nel nostro Paese a partire da ministri, presidenti della Camera, presidenti del Senato che invece di fare un passo, anzi due indietro, diranno al Paese, facendo il classico gesto dell'ombrello, **“caro elettore, ti ho fregato ancora una volta”**. Con ciò voglio dire che tutti i film della legislatura precedente li abbiamo già visti e non vorremmo un replay con moviola che li ingrandisca.

In materia previdenziale c'è chi pensa ad una pensione di garanzia per i giovani, chi promette di superare o cancellare la legge **Fornero**, ma quasi tutti, senza dirlo espressamente, pensano anche ad una riduzione permanente delle cosiddette “pensioni d'oro” oltre che a procrastinare nel tempo la deindicizzazione delle pensioni in godimento che dura ininterrottamente dal 2012 (ipotesi che la FEDER.S.P.eV. contrasterebbe in ogni modo). Bisogna, però, per onestà intellettuale, riconoscere che Salvini a “Porta a Porta” del 27 marzo u.s. ha finalmente riconosciuto che la previdenza “vera” è in attivo (il programma previdenziale della Lega era stato curato dal Prof. Brambilla).

Come già previsto, subito dopo le elezioni, l'Europa ha suonato la campanella del fine ricreazione:

la Commissione europea per il coordinamento delle politiche economiche e di bilancio dei paesi membri ha indicato l'Italia, l'Ungheria e Cipro come i tre con “squilibri macro economici eccessivi”. Il Commissario UE per gli affari economici il francese **Pierre Moscovici** ha esortato a non sottovalutare la **“bassa crescita italiana che è sotto la media europea”**. La sostenibilità dei conti pubblici nel lungo termine si starebbe **“deteriorando”** a causa della spesa pensionistica (quando l'ISTAT trasmetterà ad EUROSTAT i dati che dimostrano che la spesa pensionistica è in attivo?).

L'elevatissima evasione fiscale e tasse eccessive per i contribuenti onesti costituiscono un altro notevole squilibrio.

L'aumento della povertà, inoltre, viene affrontato in modo **“frammentario”** e **“non efficace”**. Miglioramenti sono individuati nella lotta alla corruzione, lasciando però indietro l'Italia rispetto ad altri paesi UE: l'Italia e gli altri stati membri dovranno poi presentare i loro programmi di bilancio entro aprile, ma il Commissario ha ricordato che viene concesso più tempo quando non c'è un Governo stabile. Il documento di Economia e Finanza (DEF) può attendere: un gesto di fiducia per l'Italia ma anche uno stop al Governo **Gentiloni** che potrà compilare il quadro tendenziale, ma non quello programmatico. In altre parole, nel DEF ci saranno le previsioni su conti e crescita, ma non eventuali misure da adottare. Compito che spetta ad un Governo con pieni poteri.

L'ascensore sociale, comunque, si è fermato e la crisi ha scavato un fosso fra i redditi delle varie generazioni e i giovani sono sempre più poveri a causa della scarsa crescita del Paese.

I sociologi identificano tre generazioni separate non solo dalla data di nascita ma da mondi ed esperienze diversissime tra di loro:

- I baby boomers: nati fra il dopoguerra e la fine degli anni 60;

- La generation X: nati negli anni 70;
- I Millennials: nati fra gli anni 80 e la fine degli anni 90.

Il confronto tra queste generazioni è tutt'altro che equilibrato soprattutto fra i baby boomers ed i millennials. I primi hanno ricevuto il testimone dai loro genitori protagonisti e artefici del boom economico e hanno consolidato e migliorato in termini economici la loro posizione, mentre i millennials sono arrivati quando la festa stava finendo incontrando sul loro cammino una grande crisi economico-finanziaria, più grave ancora di quella del 1929. Il risultato è, come scrivono gli economisti, che l'ascensore sociale si è bloccato, e non solo i figli non sono più destinati a diventare più ricchi dei padri, ma la direzione di marcia si è addirittura invertita.

Secondo l'ufficio studi di Confindustria dal 2007 ad oggi i redditi di chi ha meno di 35 anni si sono ridotti del 20%, fra i 35 e i 44 anni del 12% e fra i pensionandi solo del 7%.

Tutti, salvo gli under 35, con la piccola ripresa in corso, hanno incominciato a recuperare qualcosa. Non è comunque un problema solo italiano nel senso che negli ultimi 20 anni, in tutte le nazioni sviluppate, la variazione del reddito dei giovani under 30 è stata negativa rispetto alla media nazionale e causata dall'aumento della disoccupazione giovanile.

L'Italia, però, ci ha messo del suo nel senso che le politiche di austerità hanno interessato maggiormente le voci che più coinvolgono i giovani come l'istruzione o la spesa per le famiglie. E proprio l'istruzione è una delle chiavi per capire la specificità del nostro Paese.

L'Italia, infatti, guida la classifica ben poco invidiabile dei cosiddetti **neet**: i giovani fra i 15 e i 29 anni che non lavorano e non seguono alcuna attività di formazione. Dal 2007 al 2016 sono cresciuti di 6 punti percentuali e sono tre volte maggiori della Germania e due volte maggiori della media euro-

pea. E ciò soprattutto perché la spesa pubblica in istruzione è significativamente più bassa da noi che nella media dei paesi OCSE e non è sincrona rispetto all'era digitale che viviamo: negli ultimi 20 anni il 33% di chi ha concluso gli studi ha frequentato facoltà umanistiche a fronte del 20% dei paesi OCSE, il 26% in meno di laureati in materie scientifiche, il 21% in meno di esperti in informatica, il 21% in meno di persone con competenze informatiche di base rispetto alla media europea. Basta tutto ciò per essere pessimisti sul futuro dei nostri millennials?

È indispensabile, pertanto, chiedere alla politica ed al nuovo Governo una inversione ad U soprattutto nei riguardi della formazione e del lavoro perché se è vero che sono aumentati i posti di lavoro, si tratta prevalentemente di lavori a tempo determinato e quindi precari. Il che comporta notevoli problemi di natura previdenziale per i nostri giovani.

IL FUTURO PREVIDENZIALE DEI GIOVANI

In questo contesto generale vediamo alquanto nero il futuro previdenziale dei nostri giovani se non si realizzerà un'urgente revisione dei **meccanismi di rivalutazione**, se non si realizzerà una **vera previdenza integrativa**, che ad oggi nel pubblico impiego non è ancora realmente partita e, soprattutto, se non si realizzerà una **adeguata lotta al precariato**.

È necessario, quindi, risolvere la piaga della disoccupazione giovanile e il problema connesso della precarietà:

- un precario non può progettare il proprio futuro;
- non può mettere su famiglia;
- non può accendere mutui;
- rischia una pensione da fame.

Si tratta di un gravissimo problema che dovrà essere risolto a livello politico e non depredando le nostre pensioni, ma dando maggiore stabilità al mercato del lavoro, stabilità che avrebbe dovuto risolversi con il Jobs Act che effettivamente ha determinato un aumento dei posti di lavoro ma prevalentemente a tempo determinato.

Il che evidenzia l'assoluta necessità di una pensione integrativa per i nostri giovani.

Ma la delega alla riforma della previdenza complementare della legge **Maroni** (243/2004) è stata attuata solo per i lavoratori privati (D.Lgs. 255/2005) delega che non fu emanata per i dipendenti pubblici, anche se vi era un preciso obbligo legislativo in tal senso.

La conseguenza sul piano giuridico è che al dipendente pubblico non si è applicata la normativa fiscale di vantaggio prevista per i privati per cui in Italia, nel mondo del lavoro, erano incredibilmente vigenti due regimi fiscali in tema di previdenza integrativa, almeno fino ad oggi perché il comma 156 della legge di stabilità 2018 ha finalmente equiparato i due regimi fiscali.

Ci sono voluti 12 anni per scrivere questo comma. Ci auguriamo che non ne passino altri 12 per essere recepito negli statuti dei vari fondi ai sensi del comma 157. Ma non basta, mentre all'estero incentivano i fondi pensione, in Italia, con la finanziaria 2015:

- hanno quasi raddoppiato la tassazione dall'11,5 al 20% sul netto maturato dai fondi delle pensioni integrative;
- hanno ridotto le esenzioni fiscali di cui godevano le polizze vita private e no profit;
- hanno colpito le casse previdenziali private la cui tassazione sui redditi di natura finanziaria passa dal 20 al 26%;
- hanno aumentato l'imposta sostitutiva sulle rivalutazioni dei fondi TFR dall'11 al 17%.

Tutto ciò rischia di distruggere la previdenza integrativa, quella che doveva consentire alle gio-

vani generazioni di crearsi un secondo pilastro previdenziale. Chiediamo perciò il ritiro di questi provvedimenti. Invece di scagliarsi contro i pensionati d'oro a **2-3.000 euro lordi mensili**, la politica farebbe meglio a:

- diminuire i suoi esorbitanti costi;
- favorire la piena occupazione;
- rivalutare i montanti contributivi;
- lottare contro le false pensioni di invalidità, contro le pensioni e i vitalizi frutto di privilegi e pluri incarichi, contro l'evasione contributiva, contro la spaventosa evasione-elusione fiscale (120-130 mld anno) e contro la corruzione (60 mld anno). Dati Corte dei Conti.

È questo il Pozzo di San Patrizio cui la politica deve attingere per risolvere tutti i problemi del nostro "Bel Paese", abbattendo quello spaventoso debito pubblico che ci soffoca e che lievita ogni anno.

PENSIONI E ASSISTENZA

Sono stati gli argomenti principe della campagna elettorale interessando un bacino di circa 40 milioni di cittadini (compresi i familiari) molto appetibile per la politica. I pensionati, infatti, sono circa 16,1 milioni di cui 8,2 milioni assistiti parzialmente o totalmente dallo Stato, più qualche altro milione di aspiranti alla quiescenza.

Si è scatenata, quindi, una vera e propria gara per introdurre varie forme di sostegno per le famiglie in stato di indigenza: chi propone il REI (reddito di inserimento) già in funzione dal 1° gennaio 2018; chi il reddito di cittadinanza; chi il reddito di dignità con spesa che varia dai 7 ai 30 mld anno. E le coperture? Molto vaghe ed in buona parte a carico dei redditi più alti derivanti da grande impegno e duro lavoro.

Negli ultimi 20 anni svariati sono stati i tentativi di introduzione di forme di sostegno al reddito, sia

a livello regionale (Friuli Venezia Giulia, Veneto, Lazio, Campania, Basilicata e Sicilia) che a livello nazionale: il reddito minimo di inclusione (RMI) introdotto dall'allora ministra alla Solidarietà sociale **Livia Turco**, sostituito nel 2002 dal reddito di ultima istanza (RUI) anch'esso cancellato.

Per il 2016 la spesa pubblica totale è stata di 830 mld e per pensioni, sanità ed assistenza ne sono stati spesi 452, il 54,4%.

Per l'assistenza nel 2017 sono stati spesi oltre 107 mld, cifra destinata ad aumentare per il sopracitato reddito di inserimento (REI).

I beneficiari, solo nel comparto pensionistico, sono 8,2 mln su 16,1 mln: oltre le pensioni di guerra (ne paghiamo ancora 190 mila per una spesa di 1,3 mld a 70 anni dalla fine del conflitto), integrazioni al minimo, 14° mensilità, social card, ecc.

Inoltre bisogna precisare che per disporre di una pensione minima sarebbero sufficienti 15 anni di contributi che il 51% dei nostri pensionati in 66 anni di vita non è riuscito a pagare. È un dato paradossale accettabile per paesi in via di sviluppo ma non per la settima potenza industriale mondiale (c'è da chiedersi come abbiano fatto a sopravvivere).

La spesa pensionistica per il 2016 è pari a 200,7 mld al lordo delle imposte, mentre le entrate contributive sono state 181,2 mld ma, detratte le tasse, le uscite nette per lo Stato sono state di 150 mld e **quindi con un saldo attivo di oltre 30 mld.**

Altri proclami demagogici sono stati il taglio dei vitalizi con validità retroattiva e il taglio delle cosiddette pensioni d'oro che qualcuno pone a 3.000 € mese e altri a 5.000 € senza precisare se lordi o netti e senza considerare che, soprattutto le pensioni più elevate, se venissero ricalcolate con il sistema contributivo, ci guadagnerebbero perché **il retributivo già prevedeva decurtazioni nei coefficienti anche di oltre il 50%.**

SEPARAZIONE ASSISTENZA - PREVIDENZA

Da quanto su esposto si evince l'assoluta necessità di una netta separazione tra la vera "previdenza" sostenuta dai contributi dei lavoratori e dei datori di lavoro e l'assistenza che deve essere completamente a carico della fiscalità generale, separazione, peraltro, **prevista dall'art. 37 della legge 88/1989.**

Posizione, questa, emersa già da tempo anche dagli studi del centro di ricerca "Itinerari Previdenziali" presieduto dal Prof. **Alberto Brambilla** che considero uno dei maggiori esperti previdenziali. Ne cito alcuni dati.

Il Prof. **Brambilla**, nel rapporto sul bilancio del sistema previdenziale del 2014, presentato al Governo ed alle Commissioni parlamentari, evidenziava che la spesa previdenziale ammontava a 216,107 mld ma su tale cifra era stata effettuata una trattenuta IRPEF di 42,900 mld, con una spesa effettiva di 173,207 mld (162,713 mld se si deducono le integrazioni al minimo) a fronte di entrate effettive di 172,647 mld e quindi con un sostanziale pareggio o addirittura con un saldo attivo di 9,943 mld, senza le integrazioni al minimo.

La spesa previdenziale **pura** sul PIL era, quindi, del 10% circa (ampiamente nella media OCSE) mentre l'ISTAT aveva comunicato ad EUROSTAT che la spesa previdenziale era del 19% del PIL comprendendo anche l'assistenza.

Si tratta di una vera e propria manipolazione dei dati nei confronti della quale abbiamo presentato numerosi esposti-denunce in tutte le sedi giurisdizionali possibili.

Nel 2015 la situazione è analoga anche se con qualche variazione di cifre: una spesa pensionistica "vera" di 168,5 mld al netto delle tasse a fronte di entrate contributive di 172,2 mld con un saldo attivo di circa 4 mld.

Dal rapporto che il Prof. **Brambilla** ha presentato alla Camera dei Deputati il 21 febbraio scorso emerge che nel 2016 il numero degli occupati rispetto al 2015 è aumentato di 294mila unità, purtroppo in larga parte a tempo determinato, (passando da 22.464.735 a 22.757.838) e che l'occupazione femminile è aumentata dal 47,1% del 2007 al 49,1% del 2017. Per contro il numero dei pensionati si è ridotto di 114.869 unità toccando quota 16.064.508, il dato più basso dal 1997, con un rapporto di 1,5 attivi per pensionato.

Un dato, questo, non esaltante per un sistema a ripartizione come il nostro, ma cominciamo ad avere un sistema più sostenibile.

Infine è importante rilevare che la spesa pensionistica "pura" dal 2015 al 2016 è aumentata solamente dello 0,2% mentre la spesa per **assistenza**, cito testualmente, **"cresce ad un ritmo spaventoso e non sostenibile del 5,9% anno, senza che nessuno si preoccupi di ciò"**.

Pertanto è assolutamente immotivato l'allarme-pensioni lanciato recentemente dalla Banca d'Italia, dalla Corte dei Conti, da molti tecnici o pseudo tali, e da molti giornalisti e proprio per ciò chiediamo a gran voce **la netta separazione della previdenza dalla assistenza**.

Ci sarebbe da chiedersi perché nessuno vuole questa separazione.

Non è nel mio genoma fare dietrologia: non sarà forse perché, anche con la scusa del richiamo di organismi internazionali (vedi ultima lettera della Commissione europea) che dicono "spendete troppo per le pensioni", i vari governi possono usare la scusa del deficit INPS per poter strizzare sempre più i pensionati senza dover tagliare sprechi e rami secchi che, però, elettoralmente rendono?

Diceva uno dei politici più rappresentativi della Prima Repubblica, **Giulio Andreotti: "a pensar male si fa peccato, ma spesso ci si azzecca!"**

Vi elenco, ora, le più recenti bufale previdenziali comparse sui mass media:

- politici, alla **Di Maio**, che vorrebbero recuperare 12mld tagliando le cosiddette pensioni d'oro, ha poi corretto il tiro ma la pezza è peggiore del buco;
- giornalisti alla **Federico Fubini**, (vice direttore del Corriere della Sera e non l'ultimo free lance) secondo cui il deficit previdenziale ammonterebbe a 88 mld anno;
- giornalisti alla **Gloria Riva** (L'Espresso) secondo cui "le pensioni dei manager le pagano operai e precari";
- professori di economia finanziaria alla **Ugo Arrigo** secondo cui la metà dell'assegno delle pensioni più ricche non deriva dai contributi effettivamente versati;
- tecnici alla **Stefano Scarpetta** (direttore dipartimento occupazione OCSE) secondo cui la spesa pensionistica media italiana rispetto al PIL è doppia rispetto alla media OCSE;
- tecnici alla **Boeri** secondo cui si dovrebbe effettuare il ricalcolo di tutte le pensioni retributive con il metodo contributivo, per recuperare dai 4 ai 5 mld;
- politici alla **Boldrini** secondo cui "i dirigenti guadagnano centinaia di volte più degli operai e più licenziano e più guadagnano".

Questi signori invece di lanciare allarmi e bufale sull'equilibrio economico della previdenza dovrebbero chiedersi come mai oltre il 50% dei contribuenti italiani dichiara redditi IRPEF pari allo zero, dato questo da terzo mondo non da settima potenza industrializzata mondiale. Questi signori pensano di chiedere a 46mila pensionati un contributo di solidarietà (vero esproprio proletario di sovietica memoria) e continuano a sostenere la penalizzazione di quel 15% di cittadini (guarda caso tutti quelli a cui vorrebbero tagliare le pensioni) che paga oltre l'80% dell'IRPEF e non considerano che

senza di loro gran parte del welfare non esisterebbe.

Non considerano, inoltre, che i pensionati italiani pagano le tasse come i lavoratori attivi, diversamente da quanto succede nei più importanti paesi europei come Spagna, Gran Bretagna, Francia e Germania.

Tanto per fare un esempio: una pensione di 20.000 € lordi annui (certamente non d'oro) versa in Italia 4.000 € di imposta, 2.000 in Spagna, 1.000 in Gran Bretagna, 500 in Francia e 39 in Germania.

Ed infine rammento a questi signori che i pensionati rappresentano oggi **il più importante ammortizzatore sociale italiano** nei confronti di figli e nipoti disoccupati o sottoccupati, calcolato dal CENSIS in oltre 6 mld anno.

PEREQUAZIONE

La perequazione automatica delle pensioni in godimento è al centro dei nostri pensieri. Negli ultimi 11 anni e per 8 anni l'indicizzazione delle pensioni è stata del tutto azzerata nel 2008 oltre 8 volte il minimo INPS, nel 2012-2013 oltre le 3 volte il minimo INPS e variamente abbattuta con la finanziaria Letta negli anni 2014-2015-2016-2017-2018.

Come conseguenza di tale accanimento l'assegno di questa categoria di pensionati ha perso non meno del 15-20% del suo valore reale, ed in via definitiva e crescente ad oggi da circa 500 a 1.000 € netti mese, a seconda della misura della pensione di diritto in godimento.

Mi piace, però, ricordarvi che nell'ultimo quarto di secolo sono state applicate con specifiche leggi varie penalizzazioni che hanno determinato un abbattimento di oltre il 35% del potere di acquisto delle pensioni, a partire dal D.Lgs. 503/92.

Tale decreto stabiliva che, a partire dal 1994, la pe-

requisizione automatica delle pensioni doveva avvenire solo sulla base dell'adeguamento al costo della vita e con cadenza annuale (invece che trimestrale o semestrale) e non più agganciata alla dinamica salariale dei dipendenti pubblici e privati. Si tratta della riforma **Amato**: è lo stesso personaggio che nel luglio 1992 si introdusse notte tempo nei nostri conti bancari derubandoci il 6 per mille dei quattrini depositati ed è la stessa persona che oggi continua ad imperversare come giudice della Corte Costituzionale (vi rammento che è titolare di una pluripensione di circa 32mila € mensili - ha momentaneamente sospeso la pensione di ex parlamentare - da aggiungere ai 30mila € mensili di stipendio come giudice della Corte Costituzionale).

Ma l'ultimo vigoroso colpo mortale alla mancata perequazione delle pensioni è venuto dalla Consulta che con la sentenza 250/2017, squisitamente politica, ha dichiarato la legittimità della legge **Renzi-Poletti** 109/2015, smentendo clamorosamente i principi affermati da decine di sentenze della stessa Corte e nello specifico la sentenza 70/2015 e defraudando 6 milioni di pensionati di oltre 25 mld.

I nostri uffici legali chiaramente stanno esaminando la possibilità di fare ricorso alla CEDU sperando di trovare un giudice, non più a Berlino ma a Strasburgo.

Questa sentenza ripropone oggi il modo di essere della Corte Costituzionale: non più un organismo super partes che deve esclusivamente giudicare sulla legittimità costituzionale della legge, ma organo ancillare e compiacente nei confronti del potere politico e legislativo al punto da disattendere principi e valori della Costituzione vigente sconfessando decenni di sentenze coerenti in materia previdenziale e interpretando addirittura la nostra Carta alla luce di quella che non è ancora legge, ma semplicemente disegno di legge costituzionale di modifica dell'art.

38 (del deputato **Mazziotti** e altri) che vorrebbe dettare criteri, modalità, limiti attraverso i quali realizzare o contingentare l'adeguamento delle pensioni.

Questo ddl non ha avuto la giusta risonanza quando, invece, si tratta di un tentativo di scardinare il sistema previdenziale "vero": quello cioè che determina le pensioni sulla base dei contributi versati, con il risultato che i cittadini non si fideranno di uno Stato che cambia in peius le leggi in corso d'opera non applicando la regola aurea del "pro rata" secondo cui se si interviene legislativamente in materia previdenziale mentre il lavoratore è ancora in attività, le nuove regole valgono solo in riferimento al residuo periodo lavorativo, facendo salvi i periodi precedenti come diritti acquisiti.

Diritti acquisiti che oggi sono continuamente messi in discussione ad iniziare dal presidente INPS **Tito Boeri**. E arrivo a dire che il Ddl sul ricalcolo contributivo dei vitalizi degli ex parlamentari è chiaramente incostituzionale e rappresenta palesemente un grimaldello per rivedere in peius le nostre pensioni.

In occasione del suo settantesimo anno di nascita è stato affermato che la Costituzione **"è la prima e più elevata fonte del diritto"** e la ministra **Fedeli** ha annunciato che verrà distribuita in tutte le scuole d'Italia di ogni ordine e grado.

Forse sarebbe bene inviarla anche a quei giudici della Consulta che, facendo strame della Costituzione, hanno avallato il furto di oltre 25 mld a 6 milioni di cittadini. Mi riferisco soprattutto alle ultime new entry, i professori **Barbera** e **Prosperetti**, che in tempi non sospetti si erano pronunciati apertamente contro la sentenza 70/2015. **Sarà stata una scelta casuale del Parlamento la nomina di questi due giuristi alla Consulta a pochi mesi dalla decisione in merito ai nostri ricorsi contro il bonus Poletti?**

È un dubbio più che legittimo.

Tanto per darvi qualche cifra, con i numeri ci intendiamo meglio, vi illustro i danni permanenti subiti dalle nostre pensioni al 2016 per la mancata perequazione 2012/13:

- per una pensione di 2.000-2.500 € lordi si calcola da 6.000 a 7.500 € ca;
- per una pensione di 5.000 € lordi ca 18.000 € lordi.

Perdite che chiaramente si ripercuotono sulla reversibilità.

Con l'attuale perequazione allo 0,45% e inflazione al 2% in 15 anni una pensione di 2.000-2.500 euro lordi subirebbe una perdita dai 60 agli 80.000 euro; una pensione di circa 5.000 € lordi potrebbe subire una perdita fino a 120.000 euro ca.

PROPOSTE DI RIFORMA DELL'ART. 38 DELLA COSTITUZIONE

Nella prima metà dello scorso anno alla Commissione Affari Costituzionali della Camera sono emerse due proposte di legge costituzionali miranti a modificare l'art. 38 della Costituzione che stabilisce **"ai lavoratori siano assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria"**.

Queste proposte, successivamente accorpate, sono state sostenute dai deputati **Mazziotti di Celso** e **Preziosi** del PD (ci meravigliamo poi dei risultati elettorali?) e dispongono in buona sostanza che il sistema previdenziale debba essere improntato ad assicurare l'adeguatezza dei trattamenti, la solidarietà e l'equità tra le generazioni, **nonché la sostenibilità finanziaria ma nell'ambito del sistema previdenziale.**

È evidente che verrebbero avvantaggiati tutti quei soggetti la cui contribuzione, per consistenza e durata dà o darà luogo a trattamenti di modesta entità, destinatari di interventi di natura

assistenziale, il cui onere **deve** competere alla fiscalità generale e non ai pensionati “cosiddetti ricchi” che hanno lavorato una vita intera versando contributi “d’oro” a valore reale. Non è specificato quali pensioni dovrebbero essere penalizzate per recuperare le risorse necessarie.

Su questo tema diversi politici si sono esercitati in esternazioni mediatiche e una delle più recenti è quella del Commissario alla spending review **Yoram Gutgeld** che individua, in una intervista sul Corriere della Sera del 17 giugno 2017, **il limite di 2.000 €** lordi mensili (circa 1.500 € netti) come valore al di sopra del quale effettuare questi prelievi a scopo solidaristico.

La platea, quindi, dei pensionati candidati ai tagli è di oltre 2,5 milioni ai quali verrebbe a mancare per il futuro ogni certezza del proprio reddito pensionistico. Vengono contemporaneamente esclusi da ogni partecipazione ai pretesi principi di solidarietà tutte le altre categorie di reddito (liberi professionisti, pensionati non pubblici ed altre) in totale spregio degli articoli 3 e 53 della Costituzione. Ci si propone di modificare il concetto stesso di pensione e la sua percezione sociale, trasformandola da assicurazione per la vecchiaia a mera erogazione di un beneficio economico, comunque dovuto in caso di vecchiaia, indipendentemente dal versamento di contributi.

PEREQUAZIONE PENSIONI IN ESSERE: MINIMI AUMENTI NEL 2018

Dopo il blocco totale del biennio 2016/17 a causa di un indice di svalutazione pari allo 0% dal 2018 le pensioni riprenderanno ad aumentare sia pure molto leggermente. Infatti sulla base dei dati ISTAT per il 2017 “la percentuale di variazione per il calcolo della perequazione delle pensioni è determinata in misura pari a +1,1% dal 2018 salvo conguaglio”.

- Il trattamento minimo INPS passa da 501,89 € mese a 507,41 € mese;
- l’assegno sociale da 448,07 a 452,99 € mese;
- la pensione sociale da 369,26 a 373,32 € mese.

La finanziaria Letta (L. 147/2013) a valere per il triennio 2014-2016 poi prorogato a tutto il 2018 determinerà i seguenti aumenti:

- 1) pensioni lorde fino a 3 volte il minimo INPS:
 - rivalutazione piena al 100% = +1,1%: +16,56 €;
- 2) pensioni lorde tra 3 e 4 volte il minimo INPS:
 - rivalutazione limitata al 95% = +1,045%: +20,98 €;
- 3) pensioni lorde tra 4 e 5 volte il minimo INPS:
 - rivalutazione limitata al 75% = +0,825%: +20,70 €;
- 4) pensioni lorde tra 5 e 6 volte il minimo INPS:
 - rivalutazione limitata al 50% = +0,55%: +16,56 €;
- 5) pensioni lorde oltre 6 volte il minimo INPS:
 - rivalutazione limitata al 45% = +0,495%: +14,96 €.

Tale criterio è nettamente peggiorativo rispetto al meccanismo precedente (legge 338/2000) perché porta da 3 a 5 le fasce economiche interessate alla rivalutazione e perché l’incremento interessa l’intero importo della pensione, anziché di diverse fasce di importo, per cui le pensioni superiori a 6 volte il minimo INPS da un recupero complessivo tra l’80 e 85% (legge 338/2000) passano ad un recupero dell’inflazione accertata del 45%.

PENSIONE DI REVERSIBILITÀ

Non mi soffermo sulle pensioni di reversibilità, non perché intenda trascurare il problema, ma perché non ho nulla di nuovo da aggiungere a quanto già esposto nelle mie precedenti relazioni, se escludiamo le recenti

cervellotiche e fasulle dichiarazioni del FMI e della Commissione europea secondo cui la nostra previdenza in genere e le pensioni di reversibilità andrebbero profondamente ridimensionate. Di ciò parleremo in un apposito capitolo. Riporto comunque, per vostra comodità, quanto già pubblicato.

Nel 2016 la reversibilità ha corso due gravi pericoli:

- secondo la circolare INPS n° 195 del novembre 2015, queste pensioni avrebbero dovuto subire nell'ottobre 2016 una forte decurtazione.

Le nostre violenti proteste hanno costretto l'INPS a precisare "scusate c'è stato un errore". C'avevano provato? Ma non è detto che non ci riprovino!

La reversibilità ha rischiato di subire un altro più grave taglio.

Infatti nell'ambito delle misure contro la povertà proposte dal Governo **Renzi** con il Ddl 28 gennaio 2016 si prevedeva un loro finanziamento anche con la "razionalizzazione" delle prestazioni di natura assistenziale e previdenziale come ad esempio assegni sociali e pensioni di reversibilità.

Che **la politica** non abbia mai amato le pensioni di reversibilità è un dato di fatto, a cominciare da **Renzi** che in una delle sue prime uscite da Premier nel novembre 2013, in uno studio televisivo, aveva ritenuto elevata la pensione di 3.000 € lordi mensili di sua nonna Maria, una simpatica vecchina ultranovantenne, immediatamente appoggiato dal suo consulente economico **Yoram Gutgeld** e attuale commissario alla spending review il quale ha affermato "**la reversibilità in Italia è molto alta, circa il 30,40% in più del resto d'Europa**", dimenticandosi di precisare però che in Italia i contributi sono molto, ma molto più elevati. Addirittura da un'attenta lettura del Ddl e della relazione di accompagnamento si evinceva chiaramente che le pensioni di reversibilità venivano

intese come "prestazioni assistenziali" e non come corrispettivo di contributi versati (i più alti al mondo, ricordo all'On. **Gutgeld**).

La pensione sarebbe stata calcolata in base all'ISEE (indicatore situazione economica equivalente. Il vecchio riccometro per intenderci) per il quale conta il reddito familiare e non quello individuale.

Reazioni violentissime a questa proposta indecente e richiesta di cancellare dall'art.1 del Ddl ogni riferimento alla previdenza, cancellazione che, dopo quattro mesi di proteste, abbiamo ottenuta con un emendamento del sottosegretario al lavoro **Luigi Bobba**.

Addirittura **Cesare Damiano**, presidente della Commissione lavoro della Camera (che non è un liberista e tantomeno un capitalista) ha fatto la stessa richiesta al governo rendendosi conto del danno che si sarebbe potuto creare.

Consapevolezza che pareva non avere un giovane collaboratore del presidente del Consiglio che vedeva la progressiva abolizione delle pensioni di reversibilità come una panacea anche per spingere "le donne a lavorare" (come se gli impieghi fossero disponibili "a go go" e come se la cura della famiglia non fosse "un bene sociale" da tutelare).

Da precisare, infine, che il furto legalizzato a carico dei superstiti inizia con la legge Dini 335/95 che prevede sostanziali abbattimenti in rapporto al reddito del superstite, il che rappresenta un vero e proprio tradimento del patto siglato con lo Stato all'epoca dell'attività lavorativa.

Più vantaggioso, invece, è sopravvivere ad un parlamentare: parafrasando **George Orwell** possiamo dire che "**tutti i cittadini sono uguali, ma alcuni sono più uguali degli altri**".

I figli dei cittadini normali, infatti, ricevono l'assegno solo se studiano e comunque al massimo fino a 26 anni. I figli dei parlamentari anche se non studiano. Il figlio del parlamentare ha maturato il diritto all'ignoranza pagata.

Anche i genitori dei parlamentari sono più uguali: la reversibilità normalmente spetta a padri e madri a carico senza pensione e con più di 65 anni. Per i genitori dell'onorevole basta che siano a carico. Da considerare, infine, le conseguenze che avranno le unioni civili sulla previdenza e sul welfare in genere.

Le unioni civili, infatti, potrebbero rappresentare una bomba ad orologeria per il welfare italiano che potrebbe andare in crisi a causa dell'estensione delle detrazioni per il compagno/a a carico, degli assegni familiari e delle pensioni di reversibilità.

La relazione tecnica del ministero dell'economia ha quantificato questi oneri in 3,7 milioni per l'anno 2016, in 6,7 milioni per il 2017 crescendo progressivamente fino a 22 milioni nel 2020.

Cifre accettabili che non determinerebbero sconquassi finanziari.

È necessario, però, precisare due punti:

- le stime sulla reversibilità si riferiscono solo alle coppie gay;
- se poi venisse estesa la reversibilità alle coppie eterosessuali conviventi l'aggravio sarebbe notevole.

Ma anche limitando il calcolo alle coppie gay, essendoci in Italia secondo l'ISTAT tra 1 e 3 milioni di omosessuali, secondo più realistiche proiezioni i costi della sola reversibilità potrebbero nel 2025 aumentare fra 300 e 800 milioni, di varie centinaia di milioni secondo Boeri.

Non vorrei però essere frainteso: anche se le unioni fra persone dello stesso sesso non si possono semplicisticamente equiparare al matrimonio, sono assolutamente favorevole alle unioni civili, voglio solo ricordare al Governo e all'on. **Cirinnà** che le riforme vanno finanziate adeguatamente.

Senza considerare gli abusi perché se oggi ci si sposa per ottenere la pensione di reversibilità, figuriamoci con un istituto più attenuato rispetto al matrimonio.

ULTIME NOVITÀ DAL FONDO MONETARIO INTERNAZIONALE (FMI) E DALL'EUROPA

Nello scorso mese di marzo l'FMI in un lavoro intitolato "Italia: verso una riforma fiscale improntata alla crescita" (il team di economisti che si occupa del nostro Paese è guidato dall'ex commissario alla spending review **Carlo Cottarelli**) ritiene che nessuna misura espansiva è possibile senza una riduzione della spesa pensionistica.

La ricetta del Fondo prevede:

- eliminazione totale della 14° (per i redditi più bassi) e parziale riduzione della 13° per i pensionati con il sistema retributivo e con il sistema misto retributivo-contributivo;
- fissazione di un limite di età per i coniugi e di forti restrizioni per gli eredi per la pensione di reversibilità;
- ricalcolo su base contributiva delle pensioni retributive;
- aggiornamento rapido dei coefficienti di trasformazione e delle rivalutazioni;
- aggiornamento dei contributi previdenziali avvicinando le aliquote (ora al 33% per i dipendenti, al 24% per i professionisti e al 16% per gli autonomi).

Secondo il FMI la spesa pensionistica in Italia è la più alta, dopo quella greca, e si attesta intorno al 16% del PIL. Dato, questo, come già dimostrato da **Brambilla**, assolutamente errato perché la spesa pensionistica "vera" sul PIL in Italia nel 2016 è stata del 13,5% a fronte di una spesa media europea del 15%.

Si tratta di un falso ideologico ha dichiarato **Cesare Damiano** già presidente della Commissione lavoro della Camera, riferendosi al dato del FMI. Ma quello che è più grave è che tale dato fasullo sia stato già vagliato e accettato dalla Ragioneria generale dello Stato.

Per la Commissione Europea la spesa pensionistica italiana è una bomba ad orologeria che esploderà entro il 2020 se non si interverrà sui costi.

Questo è scritto nel rapporto di primavera **“Aging Report 2018”** in cui viene richiesta una correzione di rotta chiaramente in peius, già nella prossima legge finanziaria a causa di uno sviluppo economico non brillante, dell’effetto demografico negativo (denatalità) e soprattutto per le otto salvaguardie degli esodati, (“merito” esclusivo dell’ex ministra Fornero) che ci sono costate oltre 12 mld e in misura minore per l’aumento ed estensione della 14°.

Ma ribadisco che la spesa pensionistica **vera** non solo è sotto controllo, ma addirittura in attivo, come già abbiamo ampiamente dimostrato. **È la spesa per l’assistenza che è incontrollabile ed in continuo aumento.**

DIVARIO DI GENERE DONNE: SALARI E PENSIONI PIÙ BASSI DEL 23%

“È il più grande furto della storia” la differenza fra le pensioni e il salario medio degli uomini e quello delle donne.

A livello mondiale secondo l’ONU il gap è del 23% e secondo Eurostat nell’UE del 16%.

In Italia è del 5% il più basso in Europa, in Germania è del 15,7% e in Gran Bretagna del 17,1%. Le donne guadagnano meno perché sono relegate nelle professioni meno redditizie, accedono più difficilmente alle posizioni di vertice, hanno carriere discontinue. E non inganni il buon dato italiano: non considera i mancati guadagni delle donne che non lavorano.

Molte nel nostro Paese: oltre il 50%.

Infatti, nonostante l’aumento del tasso di occupazione femminile passato dal 47,2% del 2010 al

49,3% del 2017, il divario di genere rimane al 20%, tra i più alti nell’UE.

L’indice che misura lo scarto tra uomini e donne pone l’Italia all’82° posto su 144 Paesi a distanza enorme, non solo da Paesi scandinavi notoriamente al vertice delle graduatorie sulle pari opportunità, ma anche dalla Germania (11° posto) e dalla Francia (12° posto).

L’occupazione femminile rappresenta uno dei fattori di maggiore debolezza strutturale del mercato del lavoro italiano.

È necessario, quindi, che si inneschi un processo a sostegno del lavoro delle donne, non solo perché, secondo la Banca d’Italia, la parità di genere in termini di occupazione determinerebbe un incremento del PIL di circa il 7%, ma anche perché dove le donne lavorano di più nascono più bambini e non il contrario.

Recentemente il presidente **Mattarella** ha dichiarato che **“è inaccettabile la pretesa di considerare le donne in condizioni di inferiorità. Questa distorta concezione presente in tanti ambiti della società è insopportabile per persone libere che concepiscono la parità come premessa irrinunciabile di ogni comunità umana”**.

SANITÀ: NON È UGUALE PER TUTTI

Dal punto di vista etico sociale ed economico è inaccettabile che il diritto costituzionale alla tutela della salute sia condizionato da politiche sanitarie regionali e decisioni locali che generano diseguaglianze nei servizi e prestazioni sanitarie che alimentano sprechi ed inefficienze ed influenzano negativamente la salute dei cittadini.

Ciò testimonia come l’universalismo del diritto alla salute, fondamento del nostro SSN, si stia disgregando e sia ormai legato al CAP di residenza da cui dipendono anche forti differenze nei “pre-

lievi” dalle tasche dei cittadini, come ticket e addizionale IRPEF.

Un neonato di Caserta, complice il degrado ambientale, ha una speranza di vita più breve di oltre tre anni rispetto ad un piccolo fiorentino. Chi possiede una laurea vive cinque anni in più rispetto a chi ha un basso livello di istruzione.

Nelle regioni del Nord Est si vive più a lungo (la speranza di vita per gli uomini è di 81,2 anni e per le donne di 85,6) mentre nel Sud si ha un’aspettativa di 79,8 per gli uomini e di 84,1 per le donne.

In Liguria un’ambulanza interviene mediamente dopo 13 minuti, in Basilicata dopo 27 minuti, a fronte di un tempo standard di 18 minuti per un intervento efficiente in emergenza.

Tali variazioni non riguardano però solo le emergenze ma anche le cure e l’assistenza.

Ad esempio in Molise si contano 19,15 strutture oncologiche per milione di abitanti e solo 4,65 in Puglia, 7,79 strutture di radioterapia per milione di abitanti in Valle D’Aosta e 1,71 in Campania e Puglia. I centri per l’autismo variano dai 6 della Puglia ai 309 del Veneto, quelli per la riabilitazione dall’1 del Molise ai 109 del Veneto.

Si tratta di pochi esempi delle disuguaglianze sanitarie in Italia.

Non meravigliamoci, quindi, del turismo sanitario e del fatto che l’aspettativa di vita sia inferiore di qualche anno al Sud rispetto al Nord.

Ma la **“salute è uguale per tutti”**, dice la Costituzione, per cui è indispensabile una modifica dell’art. 117 laddove parla di tutela della salute e aggiungendo **“nel rispetto dei diritti dell’individuo e in coerenza con l’articolo 118 che fa riferimento al principio di sussidiarietà”** prevedendo, quindi, l’obbligatorietà dell’intervento dell’Ente superiore (lo Stato) quando quello inferiore (la Regione) non funziona.

Divario che fra il 2005 e il 2016 non è migliorato ma addirittura peggiorato.

Ad accertare tali disuguaglianze è l’**Osservatorio sulla salute nelle regioni italiane dell’Università Cattolica del Sacro Cuore**, secondo cui la priorità per attenuare queste diseguaglianze è di incidere sui comportamenti dando spazio adeguato nelle scuole ai temi della salute e degli stili di vita, lottando contro la povertà e la deprivazione vista la stretta relazione fra la condizione economica e la salute.

È indispensabile, inoltre, una suddivisione del fondo sanitario più coerente con i bisogni di salute della popolazione.

Non è plausibile, infatti, che regioni come la Calabria e la Campania ricevano percentualmente minori finanziamenti avendo condizioni di salute peggiori di altre regioni.

Il che è strettamente collegato alla sostenibilità economica delle cure per la quale si parla sempre più spesso di fondi sanitari privati e di welfare aziendale che, a mio parere, non possono e non devono essere sostitutivi ma complementari, integrando tutte quelle prestazioni sanitarie non comprese nei LEA.

È vero che le modifiche demografiche della popolazione italiana, l’aumento della longevità, l’evoluzione tecnologica ed i nuovi farmaci mettono a rischio la sostenibilità del sistema sanitario del nostro Paese sia dal punto di vista finanziario sia in termini di capacità assistenziale.

Proporre però l’introduzione di un secondo pilastro sanitario con lo scopo di intermediare i 40 mld circa di spesa privata e, soprattutto, sostituire almeno in parte, una quota di quella che attualmente è a carico della fiscalità generale, potrebbe determinare effetti collaterali spiacevoli: premi elevati per i cittadini più a rischio, esclusione dalla copertura assicurativa di anziani e malati gravi, effetti collaterali che potrebbero accentuare le disuguaglianze sociali di cui già soffre il settore.

Il nodo, comunque, è sempre politico.

A contrapporsi sono la sostenibilità economica dell'assistenza sanitaria e il principio di solidarietà ed universalità che ispira il nostro welfare. Contrapposizione che potrebbe essere evitata rivedendo da una parte i criteri di esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria e dall'altra combattendo energicamente l'enorme elusione-evasione fiscale che mina la sostenibilità dell'intero sistema di welfare state.

Ma invece di attuare l'art. 32 della Costituzione e cercare di eliminare queste intollerabili disuguaglianze, il Governo crea le premesse per smantellare l'universalismo e l'equità di accesso alle cure volute dalla legge 833/78, attraverso l'accordo firmato in febbraio sulla cosiddetta autonomia differenziata con le regioni Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna ed in fase avanzata di conclusione con il Piemonte, la Liguria, la Campania e la Puglia.

Personalmente auspico che il nuovo Parlamento voglia rifiutarsi di avallare questo nuovo attacco alla Costituzione ed alla stessa unità del Paese. Apprezziamo l'iniziativa della **FNOMCeO** ai fini della modifica radicale del titolo V della Costituzione per riportare in capo allo Stato la garanzia dei diritti fondamentali, esigibili allo stesso modo per tutti i cittadini indipendentemente da residenza e reddito.

Lascia però molto perplessi, l'iniziativa del Governo di limare le spese della cosiddetta mobilità sanitaria interregionale (negare, ad esempio, alla Lombardia 30 mln di rimborsi), ma ancor più negativa è **la posizione delle regioni del Sud** che, invece di cercare di migliorare la qualità delle loro prestazioni sanitarie, pensano di ostacolare con blocchi e divieti il turismo sanitario in una Europa che ha sancito già da tempo la libera circolazione delle persone e il diritto di farsi curare dove si può avere una risposta migliore per far valere il diritto alla salute sancito dalla nostra Costituzione.

Quindi, sarebbe molto più serio, economicamente sostenibile ed eticamente corretto che, anziché innalzare barriere, la Conferenza Stato-Regioni prendesse provvedimenti finalizzati a migliorare la qualità delle cure, lasciando la libertà ai malati di farsi curare dove le competenze sono più elevate.

ITALIA PAESE DI ANZIANI MA NON PER ANZIANI

Che l'Italia sia un Paese di anziani, il più vecchio al mondo dopo il Giappone è noto a tutti. Forse è meno noto che siamo diciassettesimi in Europa per scarso accesso ai servizi sociali e la promozione di misure per l'invecchiamento attivo.

In un Paese con oltre 13 milioni di over 65 è indispensabile garantire non solo una maggiore sicurezza sanitaria, ma anche sociale, ambientale e domestica.

Lo evidenzia la Società italiana di Gerontologia e Geriatria in occasione del convegno **"Invecchiamento attivo e autodeterminazione per il fine vita: strategie di tutela dell'anziano"** tenutosi a Roma nello scorso febbraio organizzato dall'Osservatorio nazionale sulla salute della donna (OND).

Sono stati messi a confronto 28 Paesi europei nell'arco di 4 anni, dal 2008 al 2011 tenendo conto di fattori come le politiche per favorire l'invecchiamento attivo o il coinvolgimento sociale degli anziani e l'Italia è risultata quindicesima per misure come l'accesso ai servizi e l'uso di tecnologie che aiutino la quotidianità, e diciassettesima per livello di indipendenza degli over 65.

È stato evidenziato, altresì, che i servizi per l'anziano sono spesso carenti e disomogenei sul territorio nazionale. La disponibilità di specialisti in geriatria, per esempio, è insufficiente in rapporto al fabbisogno né vi sono prospettive di migliora-

mento. Infatti il numero di specializzandi previsto per geriatria nell'ultimo concorso è di **appena 164 a fronte dei 396 specializzandi** in pediatria. Addirittura la visita geriatrica non è inclusa tra i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) ma tra le prestazioni generiche. Peraltro è indispensabile integrare il sostegno sanitario con il supporto sociale per prevenire l'insorgere di problemi di salute: si invecchia male in una struttura di soli vecchi è opportuno avere intorno anche i giovani. Prendersi cura dei nipoti, per esempio, fa bene alla salute dei nonni che così vedono ridursi del 40% il rischio di andare in depressione e rischi correlati quali demenza e disabilità. In buona sostanza è necessario garantire una maggiore sicurezza sanitaria, sociale, ambientale e domestica e questa strada passa dalla tecnologia e soprattutto da politiche di sostegno alla famiglia.

LTC ENPAM

La tutela per le cure di lungo periodo (LTC) scatta quando un soggetto si trovi ad aver bisogno di un'altra persona per aiutarlo nello svolgimento di almeno 3 su 6 delle attività ordinarie della vita quotidiana: lavarsi, vestirsi e svestirsi, nutrirsi, andare in bagno, muoversi, spostarsi.

Dal 1 agosto 2016 l'ENPAM ha attivato una LTC per i propri iscritti.

La FEDER.S.P.eV. aveva immediatamente espresso la propria soddisfazione perché da molto tempo, fin dalla gestione **Parodi**, aveva chiesto che i medici, essendo una categoria professionale ad alta usura psico-fisica, potessero avere un supporto assistenziale in caso di non autosufficienza. Subito dopo però abbiamo realizzato che la LTC **ENPAM** era fonte di ingiustizia perché escludeva i medici (pensionati e attivi) over 70.

Partiva subito una protesta civile ma decisa, per cui il presidente **ENPAM**, Dott. **Alberto Oliveti**, con grande sensibilità, apriva con **FEDER.S.P.eV.** un tavolo di confronto serio e documentato.

Dopo numerosi incontri si è arrivati ad una prima conclusione: l'inserimento nella polizza anche dei pensionati non attivi infra 70enni al 1 agosto 2016. Sono circa **12.000 i pensionati** a cui si è estesa tale tutela. Si è ottenuto, inoltre, **l'ampliamento della tutela assistenziale** ai medici ultra settantenni che non possono usufruire momentaneamente della copertura LTC.

Ripartiamo da qui.

Ci auguriamo che nel prossimo biennio tutte le parti in causa (**ENPAM, FNOMCeO, FEDER.S.P.eV.**) lavorino in sinergia per riuscire ad ottenere quelle modifiche regolamentari che sono necessarie per l'ampliamento dell'assistenza **ENPAM** e quindi della LTC a tutti gli iscritti indipendentemente dall'età.

La FEDER.S.P.eV., pur apprezzando gli sforzi fatti dall'ENPAM, è assolutamente impegnata nel fare estendere la tutela anche agli over 70 e per questo motivo continuerà a produrre proposte per arrivare ad una soluzione definitiva di questo problema molto sentito dalla categoria che rappresenta.

Anche perché il rapporto demografico dell'**ISTAT** ci dice che nel 2017 sono nati il 2% in meno di bambini rispetto al 2016: 464mila neonati con un saldo negativo della popolazione di quasi 200 mila unità, a fronte di 647 decessi (il 5,1% in più rispetto al 2016).

Di conseguenza viviamo in un paese sempre più vecchio dove un abitante su quattro è ultrasessantacinquenne. È da almeno 30 anni che le nascite continuano a calare, senza considerare che il vero ultimo baby boom è del 1964. Sono, pertanto, indispensabili, politiche mirate ad aiutare sia quella parte di popolazione che può fare più figli, sia la popolazione anziana.

CONCLUSIONI

Mi avvio alla conclusione, care colleghe e cari colleghi.

Stiamo celebrando il nostro annuale 55° Congresso nazionale e 55 anni, cari amici, rappresentano numericamente oltre due generazioni; gli ultimi 55 anni rappresentano due anni luce, tanti sono stati i rivolgimenti politico-sociali, tanto è cambiato il modo di vivere e di pensare. Poche realtà e poche organizzazioni hanno resistito a questa radicale rivoluzione copernicana. Possiamo tranquillamente affermare con orgoglio che oggi, dopo 55 anni, i nostri valori e i nostri principi sono ancora vivi e forti.

A noi interessa il futuro con cui vogliamo misurarci e rinnovarci costruendo idee, progetti, programmi nuovi all'altezza delle sfide che l'attuale realtà ci pone.

Certamente dobbiamo continuare a sostenere la nostra linea sindacale esercitando ogni pressione possibile su tutte le forze politiche:

- per il riconoscimento di una adeguata perequazione su "tutte" le pensioni;
- per la difesa delle pensioni di reversibilità;
- per una netta separazione dell'assistenza dalla previdenza;
- per l'eliminazione di qualsiasi tipo di contributo di solidarietà solamente a carico dei pensionati e non anche degli attivi;
- per la riduzione delle aliquote fiscali sulle pensioni in rapporto all'età;
- per la revisione della legge **Fornero** secondo criteri di maggiore gradualità e flessibilità;
- per la difesa del futuro previdenziale dei nostri giovani;
- per un paniere **ISTAT** specifico per i pensionati;
- per una difesa strenua della sanità pubblica il cui finanziamento è perennemente sottostimato non tutelando, fra l'altro, efficacemente la non autosufficienza.

È, inoltre, indispensabile preservare, utilizzando adeguatamente, l'immenso patrimonio di

esperienze e conoscenze degli anziani, così come è indispensabile smentire quel modello culturale, purtroppo ancora oggi imperante, secondo cui l'anziano è socialmente scomodo, costoso e consumisticamente inutile.

Noi pensionati veniamo descritti come parassiti, sanguisughe della società, privilegiati che divorano le risorse del Paese e privano i giovani del loro futuro. Accuse infamanti, false e pretestuose tese a scaricare su altri le gravi responsabilità di una classe politica litigiosa e incapace di realizzare politiche di sviluppo. Eppure tutti sanno che in questi lunghi anni di crisi, dalla quale non siamo ancora usciti, se non ci fossero state le pensioni dei nonni e dei padri che hanno sostenuto figli e nipoti disoccupati o sottoccupati il Paese avrebbe corso il rischio di una drammatica rottura sociale. Non chiediamo medaglie, ma quantomeno il rispetto della verità.

È il nostro peso politico che deve crescere, è la nostra capacità di incidere sulle scelte delle istituzioni e della politica che deve cambiare.

La costituzione del **Forum dei pensionati** e la costituzione del **Patto federativo a tutela degli anziani**, rappresentativi di oltre 2 milioni di iscritti, può sicuramente aiutarci a riconquistare il consenso dell'opinione pubblica, a migliorare la nostra immagine, a meglio smentire gli attacchi ininteressati e servili dei media e dei boiardi di stato. Tutti concordi e determinati contro di noi per potere avere le mani libere e ridurre ulteriormente il welfare, i diritti e i servizi.

Cari amici, trasmetto quindi la mia gioia di poterci riunire insieme anche quest'anno.

Ognuno di noi è un valore aggiunto, tutti insieme siamo una cosa sola.

Avanti **FEDER.S.P.eV.**, avanti **Forum**, avanti **Patto federativo a tutela degli anziani**, non piangiamoci addosso: parafrasando un famoso cantante che piace ai nostri nipoti, teniamo a mente che **non c'è montagna più alta di quella che non scaleremo.**

Nel guardare avanti per un Paese più giusto e solidale possiamo sperare in un futuro da cittadini?

a cura di Filippo M. Boscia

Abbiamo ben coltivato o mal coltivato la nostra società?

Siamo stati sollecitati ad agire in senso etico in un'epoca di dominio economicistico collegato e connesso inscindibilmente a realtà sempre più assoggettate ai mercati e ai mercanti? Dov'è finita l'attenzione alla vita, alla persona e alle sue fragilità? Siamo forse vittime inconsapevoli di leggi economiche finanziarie e di un welfare imperfetto?

Occorre che ci si soffermi a riflettere sull'accelerata evoluzione dei costumi, sull'involuzione culturale di gran parte della società, ma anche sul disinvolto gioco delle parti, che così apertamente nella nostra epoca si svolge tra politici, potentati economici e forze sociali.

Mi soffermo in questo gradito nostro incontro su alcune considerazioni sulla evoluzione sociale e culturale in cui siamo immersi nel mondo attuale: Politici e forze sociali attuano un non esaltante gioco, mentre i potentati economici dominano tutti quei vertici chiamati a determinare con decisioni sovrane il nostro futuro e condizionare le cose che contano.

“Cos'è di destra, cos'è di sinistra?” cantava Giorgio Gaber. Destra e sinistra sono soltanto bandiere che hanno perso il loro colore; l'ideologia,

i valori e i progetti sono ridotti a piccoli optional: Le politiche sociali sono proprio come i blue jeans! Hanno un tessuto uguale per tutti.

Governo Nazionale e Governo Regionale non sono più ambiti particolari nei quali discutere di politiche sociali e scelte culturali.

In epoca di globalizzazione conta il solo denaro che non ha più né nazione, né cultura, né religione, né riferimenti partitici, né riferimenti valoriali.

Riconoscerete tutti che oggi le grandi finanze sono state finalmente affrancate e liberate da vincoli etici, sottratte a qualunque tipo di controllo.

Le sovranità effettive rivendicate dagli Stati appaiono fortemente orientate solo al potere da gestire.

Al popolo resta ben poco! Certamente miseria e fame per molti, ricchezza solo per pochi. Il liberismo economico attuale ha stritolato la gran parte del popolo, ha fornito oppio per addormentare le molte coscienze. Emergono ricatti e percorsi di cattiva politica e di welfare imperfetto. I grandi potentati economici sono cresciuti declamando la convenienza di un liberismo sino a monopolizzare vantaggi e interessi.

L'“idolo del denaro”, come lo chiama Papa Francesco, sta “colonizzando” la nuova cultura, ha la sua “sorgente di valori” “nel mercato”.

La nuova estetica codifica le leggi del bello; la nuova etica etichetta le leggi del possibile, del buono, del conveniente. Le leggi dello spirito, vi-



ceversa, sono livellate e omologate, la nuova spiritualità è globalizzata e tutto si esprime solo in funzione del mercato.

Abbiamo creato nuove milizie di consenso, nuovi monopoli dei mass media, capovolti molti valori di vita; abbiamo sostenuto nuovi costumi cosiddetti performanti, proposti da filosofie innovative tutte basate sul nuovo idolo che è l'autodeterminazione assoluta, assunta a strategico sistema di cambio di idee e costumi.

Va costruendosi una nuova etica che fa leva sull'assoluta libertà individuale, tanto assoluta da giungere a negare ogni possibile identità: da quella sessuale a quella relazionale, sociale, religiosa, familiare, ecc.

Intravedo scelte ibride che non riguardano più soltanto il mondo delle energie, ma riguardano la vita e i comportamenti umani.

Gli uomini assaporano senza gustarla una libertà assolutamente egocentrica, assolutamente povera, priva di ideali e di positivi progetti.

Altro che democrazia! L'uomo è in balia del più forte e "finisce in una drammatica solitudine", così con saggezza ebbe a dire Benedetto XVI!

"La creazione di uomini e di masse umane, facilmente manipolabili, prive di storia e di identità personale e sociale, è l'odierno obiettivo del totalitarismo imperante che si serve delle leggi di mercato, per imporre quella dittatura del relativismo, definita da Papa Francesco "la dittatura del pensiero unico", pensiero che uccide sia "la libertà dei popoli, sia la libertà della gente, sia la libertà delle coscienze".

Si cerca di creare un uomo progettato, resettato, possibilmente neutro, privo di punti di riferimento e di sostegno senza storia, senza cultura, senza la famiglia, senza la religione, senza buone agenzie educative, penalizzando scuole, università e percorsi formativi"

L'obiettivo di questa strategia è la creazione di un minestrone multi-etnico, il cui risultato è favorire

la rimozione delle identità personali nazionali, sovranazionali e religiose.

L'unico importante traguardo è la riaffermazione del primato dell'economia sull'etica.

Fine ultimo di questa umana nuova creazione è quello di creare nuovi generi umani, uomini e donne senza qualità, massa di consumatori fortemente dipendenti da inique leggi di mercato. Finora non vedo opposizioni convinte a questo triste progetto.

Oggi però noi siamo chiamati a riflettere e, per quanto possibile, a contestare ogni strumentalizzazione: Non possiamo e non dobbiamo diventare massa informe, nè burattini nelle mani di quei nuovi potentati.

I "benefattori" dei giovani si chiamano Internet, google, facebook, ecc.

Tali mezzi sono gli idoli incontrollati ed intrattabili, veri e propri nuovi sistemi del nuovo imperialismo.

Chi li utilizza deve prendere coscienza del profitto che a loro connesso!

Le leggi di mercato che li regolano non rispetteranno mai la dignità della persona umana!

Che fare? Resistiamo, contrastiamo o accogliamo queste ideologie?

Purtroppo noi non siamo in grado da soli di promuovere il superamento dell'ideologia dominante che è quella di offrire le esperienze più affascinanti della vita, non come la natura le presenta. Riunirsi per discutere di un "welfare" imperfetto è un obbligo morale, cosa indispensabile, soprattutto oggi. Sono molte le famiglie che fruiscono del welfare dei pensionati! Se non ci fossero i nonni vi sarebbero pochi sostegni a fronte di molte aspettative per le tante famiglie diffuse.

Le politiche disposte per le famiglie non sono oggi politiche a tutto campo, sono solo misero sostegno per chi ha tante responsabilità e vive nel rispetto dei piccoli e dei più fragili.

Oggi ad esempio sono quasi del tutto impediti trasferimenti monetari liberali ai figli: bisogna giustificarli come contributi di sopravvivenza. Non vi sono detrazioni fiscali per familiari a carico.

Difficilmente fruibili sono i congedi genitoriali per la cura dei gravemente disabili, né quelli per le necessità familiari.

Del tutto carenti i servizi per l'infanzia, per le persone non autosufficienti, per i ragazzi in età scolare o in percorsi formativi.

Secondo l'Istat, la riduzione della fecondità, l'elevata incidenza della povertà tra le famiglie cosiddette numerose (con tre o più figli), l'aumento effettivo ed auspicato dei tassi di disoccupazione delle madri e dei capi famiglia, l'invecchiamento della popolazione sempre più ammalata, sollecitano richieste, riflessioni e reali proposte di intervento sui redditi e sui servizi.

Demograficamente la famiglia non esiste più. Le famiglie sono incerte e poco consolidate, minate alla radice anche da restrizioni di bilancio su pensioni e sanità.

Le politiche sembrano continuare a fare riferimento ad un modello economico di famiglia del passato, ma oggi è saltato e radicalmente mutato il rapporto numerico tra i gruppi di età!

Le generazioni organizzativamente non esistono più! Molte donne, mogli, figlie, nuore, madri, desiderano imporsi nel mercato del lavoro e non sono più disponibili ad un full time domestico che eroghi ogni gratuita "care".

I cittadini più abbisognevole sono abbandonati da organizzazioni aziendali stabili che altro non aspettano che includerli fra gli scarti umani.

Spezzato il valore e il sentire del matrimonio/patrimonio.

Oggi il dibattito è diventato ideologico: La questione delle politiche di sostegno delle tante famiglie si è persa nello sterile dibattito su «quale famiglia» andasse prioritariamente sostenuta.

Molti gli alibi per non fare nulla.

Freni sociali rendono impossibile oggi riformare in modo significativo l'esistente.

Alcune misure categoriali escludono oggi sempre di più i poveri. Poi anche da ultimo, l'introduzione del bonus bebè è stata un fallimento, un'occasione persa per la riorganizzazione dell'intero settore "Famiglia".

Trasferimenti temporanei a pioggia non servono a nulla quando mancano politiche di conciliazione tra lavoro remunerato e famiglia.

Paradossalmente, l'unica vera politica della famiglia che è stata attuata in questi anni, a livello nazionale, è stata la regolarizzazione dei migranti e la sistemazione in categoria delle «badanti»: questa viene considerata un'eccezione «buona» perché ha consentito di regolarizzare questo settore con maggiore facilità e ovviamente senza alcun onere per lo Stato.

Le badanti assolvono alla domanda di fornire cure per una popolazione sempre più anziana, quale ad es. quella dei nonni, che tra l'altro è quella meno soggetta a politiche pubbliche, insieme a quella che riguarda i bambini e per i quali mancano asili nido, assistenze domiciliari, contrasto alla dispersione scolastica, curricula educativi.

È sotto gli occhi di tutti che nessuna politica nazionale è stata positivamente attuata per l'assistenza globale domiciliare per i fragili e i disabili: non sono nemmeno stati previsti voucher per l'acquisto di servizi (certificati e monitorati).

Manca una solida base nazionale di politiche di sostegno alle responsabilità familiari.

Individui e famiglie del tutto simili per bisogni e condizioni si trovano ad avere risorse e diritti anche molto diversi fra loro penalizzando chi vive in una regione, piuttosto che in un'altra.

L'incertezza sul fronte dell'occupazione costringe a rimandare l'uscita dalla famiglia di origine. Pochi sono i progetti di formazione di nuove fami-

glie: Un figlio in più può mettere a rischio la fragile economia di questa piccola comunità.

Per le donne, poi, ci sono due rischi in più: il non vedersi rinnovare un contratto a seguito di una maternità, ma soprattutto la difficoltà di conciliare cura dei figli con il lavoro remunerato: i servizi per l'infanzia sono insufficienti e sempre più costosi, le scuole a tempo pieno in via di riduzione e i calendari scolastici totalmente ignari dei problemi di una positiva organizzazione familiare quando i genitori lavorano. L'insieme di queste difficoltà, particolarmente forte nel Mezzogiorno, comprime le nascite, scoraggia la fecondità e ogni futuro investimento.

Il "Rapporto della Fondazione Agnelli" pubblicato su *Avvenire* del 13.4.18, parte dai numeri della mancata natalità, per giungere a tracciare il futuro del Sistema Sanitario Nazionale e del Sistema Nazionale dell'Istruzione: "Destinate a scomparire 55 mila Cattedre con 37 mila classi perdute"

Molti rapporti statistici e di ricerca si pongono ogni anno come un bollettino di guerra. L'Istat riflettendo sulla popolazione, così si pronuncia: "Mai così basso il numero delle nascite!"

L'Italia è a natalità 0!

Nel 2016 l'Italia è dimagrita di 134 mila persone. Abbiamo perso una città come Salerno! E il dimagrimento continua.

La fecondità è scesa a 1,34 figli per donna. Nessun paese al mondo fa meno figli dell'Italia. La disaffezione a procreare è stata definita la "peste bianca": In realtà nei paesi progrediti d'Europa v'è chi paragona l'odierna denatalità alla antica "peste nera" che nel 1348 decimò la popolazione europea.

Forse oggi siamo più egoisti e meno inclini al sacrificio! Mettere al mondo un bambino "costa" sia economicamente che moralmente: V'è chi sostiene che un figlio sostanzialmente "prosciuga" energie materiali e mentali della coppia, più af-

fascinata da diavolerie tecnologiche, da auto anche di lusso, da viaggi ecc. Per molti, la cruda convinzione che un bambino può spegnere ogni velleità di benessere e ricchezza.

Solo un mix di politiche fiscali, di servizi per aiutare la conciliazione del lavoro di genitori con la professione e per favorire la parità di genere può creare un ambiente "baby e family friendly"

Purtroppo nulla di nuovo è avvenuto sul fronte demografico e anche l'orizzonte politico è stagnante. Vergognosi e inutili sono stati quei timidi e transitori bonus bebè che ben poco hanno fatto di fronte allo scoraggiamento diffuso tra i giovani sul versante del diventare genitori.

Eppure è davvero tempo di investire. Senza giovani neanche gli anziani possono farcela. Il sistema non è più sostenibile e lo sarà sempre di meno nel prossimo futuro, soprattutto se la politica non ritorna a pensare in termini di tutela di tutte le generazioni.

La precarietà nei rapporti di lavoro pone vincoli alle scelte per la famiglia e radicalmente riduce solo la disponibilità di reddito e l'orizzonte temporale dei progetti di vita riproduttiva.

Ma il vero problema da discutere oggi è quello degli *anziani dimenticati*.

Molte coppie anziane vivono situazioni drammatiche: spesso vivono in condizioni di fragilità fisica e psichica. Queste fragilità devono essere fronteggiate dall'aiuto di un coniuge. Spesso lui o lei sono riconosciuti nella loro instabilità mentale, talvolta sono insultati, soprattutto quando fa capolino la necessità di maggiore igiene personale in caso di incontinenza!

Molte le notti insonni perché l'altro/a si lamenta; v'è chi scambia la notte per il giorno, chi ha paura, chi si sporca e deve essere cambiato, ecc. Staticamente sono più spesso le donne, le mogli, a trovarsi nella condizione di badare a questi disagi.

Ma può capitare anche a uomini, mariti, che si trovano così a fronteggiare bisogni, a dover mettere in atto pratiche di cura cui non sono mai stati abituati e proprio nelle circostanze più penose e sgradevoli e quando loro stessi avrebbero bisogno di essere accuditi.

Troppi sono i grandi anziani che passano gli ultimi anni della loro vita in un groviglio senza fine di bisogni, di richieste inevase, di umiliazioni, imprigionati con il coniuge con il quale spesso è sempre più difficile ricordare l'amore, la solidarietà, l'allegria, ciò che si è fatto insieme, i momenti belli e importanti che ci sono stati.

La massacrante routine quotidiana, fatta di bisogni minuti e di richieste fisicamente e psicologicamente pesanti, lascia spazio alla disperazione che può trasformarsi in rancore. L'aiuto dei figli (più spesso figlie), quando c'è, è importante e aiuta a tirare avanti. Ma i figli hanno anche una loro famiglia e talvolta vivono altrove. Non ci si deve neppure attendere che lascino tutto per dedicarsi a tempo pieno alla cura dei genitori fragili, pagando prezzi altissimi di breve e lungo periodo sul piano del benessere individuale e della loro famiglia, a livello economico ma anche organizzativo e psicologico.

Il welfare italiano profuso, sempre più imperfetto, è incerto e squilibrato, soprattutto verso la popolazione anziana, cui viene penalizzata la pensione. Nessuno aveva previsto che negli ultimi anni ci sarebbe stato un inevitabile aumento della durata della vita. La grande povertà viene tamponata da una pensione sociale o al minimo. Se viene accertata una disabilità e una non autosufficienza totale, non sempre c'è l'assegno di accompagnamento: L'Alzheimer e l'incontinenza da soli non bastano. Poi nessuno si cura di vedere se il beneficiario riceve cure appropriate e se la sua rete familiare è materialmente in grado di fornirle. Chi può, usa l'indennità per pagare qualche ora di cura. Il fenomeno del ricorso alle

badanti, nella sua ampiezza, è tutto italiano. Ma riguarda pur sempre una quota ridotta delle persone non autosufficienti e ancora più esigua se si tratta di tempo pieno. Non tutti possono permettersi di acquistarlo, o di acquistarne una quantità di ore sufficienti, soprattutto la notte. Le residenze sanitarie poi, oltre a non godere sempre di buona fama e ad essere considerate, anche per motivi culturali, l'ultima spiaggia di chi non ha familiari disponibili all'accudimento a pieno tempo, hanno lunghe liste d'attesa.

Il risultato di tutto ciò è che le persone più vulnerabili e con meno risorse sono prive di alternative.

Non c'è da stupirsi se ogni tanto qualcuno non ce la fa più e desidera finirla. Di contro registriamo tanti casi di dedizione di tanti coniugi capaci di accompagnare anche per diversi anni il doloroso declino del proprio compagno/a, bilanciando con molto coraggio il senso di umiliazione vissuto quando v'è non autosufficienza fisica e deterioramento psichico.

L'Italia di oggi è tutta presa a discutere sul costo del bilancio pensionistico e sanitario sugli oneri dell'invecchiamento della popolazione, ma discute soltanto, mentre pervicacemente continua ad ignorare i bisogni degli anziani, dei grandi anziani fragili e soprattutto dei loro familiari. Eppure, questo settore sarebbe un grande ambito di lavoro specializzato, sia a livello tecnologico sia delle relazioni umane, in cui investire in modo integrato e solidaristico risorse pubbliche e private, per evitare che, anche in questa fase delicata e difficile della vita, le disuguaglianze facciano premio su tutto.

La povertà economica tuttavia si accompagna anche a tanti altri svantaggi. Le **“teorie dell'investimento sociale”** devono prendere le mosse da queste consapevolezza che abbiamo denunciato. Diverse ricerche hanno mostrato l'impatto positivo di interventi preventivi.

Occasioni di arricchimento delle capacità devono essere offerte lungo tutto il percorso di vita di tutti e per tutti, non solo per contrastarne la povertà nel futuro per **valorizzare il capitale umano**, ma per garantire pari opportunità a tutti lungo tutto il percorso di vita.

Alla luce di queste riflessioni appare di grande interesse e di indubbia utilità l'idea maturata da **Paola Capone**, vera mente geniale, che ripropone oggi quanto già proposto inutilmente nel passato sull'utilizzo sociale dei "Seniores" e delle "Matrones".

Urge proporre un promemoria per la legislatura che sta per iniziare: l'incipit dell'analisi è che le tante unità e le tante professionalità che escono per pensionamento dal comparto dei servizi sanitari possono essere riutilizzate a costo zero sul versante del miglioramento della qualità dei servizi, affrontando per es. una priorità, ossia la necessità di umanizzazione della medicina. Occorrono professionalità di supporto nel mondo della sofferenza. V'è una priorità assoluta che è quella dell'ascolto, della medicina narrativa, della

medicina dell'accompagnamento nelle fasi più gravose della malattia, di una medicina di supporto alla famiglia, di una medicina che riscaldi la freddezza di una tecnologia dominante o di una esagerata aziendalizzazione.

Noi vogliamo essere orgogliosi di proporre la valorizzazione di un patrimonio culturale oggi sprecato e offrire spazi di solidarietà, sussidiarietà, aiuto, accompagnamento, azione, conforto, convergenze pedagogiche in momenti di dolore e arida tristezza.

La nostra Federazione FEDER.S.P.eV., in associazione ad altre realtà, come l'AMCI che presiedo, e che condividono questi nobili progetti e proposte, deve farsi interprete, anche tramite la FNOMCeO presso il mondo politico e le strutture legislative del nostro Parlamento per portare avanti teorie di investimento sociale e di valorizzazione del capitale umano disponibile.

Da questo vostro congresso richiedo che venga fuori una richiesta ufficiale, un documento conclusivo che auspichi questa richiesta per trasformarla in legge dello Stato.

Sofrologia

a cura di **Amilcare Manna**

Non so quanti di voi, nel loro percorso professionale, abbiano sentito parlare di Sofrologia. Lo scopo della mia relazione è appunto quello di portare alla vostra attenzione e alla vostra conoscenza questa materia, la cui finalità è quella di studiare l'uomo nella sua fenomenologia esistenziale.

La sofrologia nasce nell'ottobre del 1960 a Madrid, quando, nell'antico ospedale Santa Isabel, presso il servizio di neuropsichiatria, viene fondato il primo Dipartimento di Sofrologia Clinica. Suo fondatore: Alfonso Caycedo, neuropsichiatra di origini basche, allievo del Prof. Lopez - Ibor, uno dei grandi maestri della psichiatria spagnola. Negli anni immediatamente precedenti, Caycedo aveva iniziato a studiare l'ipnosi tenendosi in contatto con gli eredi della scuola di Nancy, fondata da Liébault e Bernheim ed opposta, dalla seconda metà dell'ottocento, a quella parigina di Charcot. Ben presto, però, aveva abbandonato tali studi, poiché convinto che la disputa attorno ai diversi metodi d'induzione ipnotica fossero secondari rispetto alle modificazioni della coscienza. Era questo l'inizio di un lungo percorso che doveva condurre il pensiero sofrologico molto più lontano di quanto fosse allora possibile immaginare.

Svolta decisiva di tale evoluzione fu l'incontro con lo psichiatra fenomenologo Ludwig Binswanger, padre della Daseinsanalyse, di cui Caycedo



divenne allievo. Negli anni trascorsi con lui nella clinica di Kreuzlingen (1963 e 1964) ebbe, infatti, modo di approfondire il dibattito attorno all'applicazione scientifica della fenomenologia husserliana ai fenomeni della coscienza e di aprirsi alla dimensione esistenziale. Ciò gli consentì non solo di ampliare gli orizzonti teoretici della Sofro-

logia, impostandoli coerentemente con una metodologia fenomenologica, ma altresì di focalizzare l'attenzione sull'essere, ricomponendone la costitutiva tripolarità somato - psichico - esistenziale. Misconosciuta o mutilata dal credo naturalistico - oggettivo allora dominante. Un secondo momento del progressosofrologico può essere storicamente individuato nel pe-

riodo passato da Caycedo in oriente (1965 - 1968). Partito per un viaggio di pochi mesi, si trattene invece quasi tre anni, in un lungo itinerario che lo portò in India, in Tibet ed in Giappone. Attraverso contatti con medici, ricercatori e studiosi delle tradizioni orientali visitò monasteri, luoghi di culto e di meditazione ed entrò in contatto con gli yogi dell'India meridionale, con i raja yogi tibetani ed i grandi maestri zen, finendo con l'iniziarsi alla meditazione. Dall'esperienze vissute in oriente ricavò alcuni metodi per la modulazione dei livelli di coscienza e la mutazione degli stati correlati. L'influenza delle discipline orientali sulla Sofrologia si situa, infatti, solo a livello metodologico ed in un ambito molto ristretto, senza sconfinamenti nei loro sistemi filosofico - religiosi.

Nel 1968, con il secondo congresso della Société Française de Sophrologie, tenutosi al Palais des

Congrès di Versailles, si chiude quello che viene solitamente definito il periodo della fondazione della Sofrologia, in cui si avvia il distacco netto e definitivo dall'ipnosi e ci si muove speditamente verso l'attuazione e la sperimentazione di una disciplina fenomenologica – esistenziale che utilizza metodi propri per l'osservazione e lo studio della coscienza. Il ventennio tra il 1968 ed il 1988 è scandito, nell'evoluzione storica e scientifica della Sofrologia, da alcune tappe fondamentali, rappresentate in sintesi dagli eventi congressuali.

Il primo congresso mondiale del 1970 che riunisce più di mille e quattrocento specialisti, provenienti da 42 nazioni, confrontando le tradizioni ed i progressi della Sofrologia e della medicina occidentale con quella orientale, e che di fatto rappresenta l'ultimo evento significativo d'approfondimento nel dialogo scientifico con la cultura dell'oriente; il secondo congresso mondiale del 1975, dove vengono codificati i principali metodi soffrologici fino ad allora sperimentati e nel quale si apre alla Sofrologia dei grandi gruppi, attraverso il training collettivo; il terzo congresso mondiale del 1982 durante il quale, anche a seguito di un significativo contributo della scuola italiana, vengono individuate le principali deviazioni della Sofrologia, poste in atto in molte scuole del mondo, e ci si richiama ad una coerente ed inflessibile applicazione della fenomenologia husserliana. Va inoltre ricordato che durante il congresso venne approvata la soppressione definitiva dell'attributo medica, generalmente associato al termine Sofrologia. Tale soppressione, lungi dal rappresentare un mero evento linguistico o stilistico, evidenzia la definitiva caratterizzazione della Sofrologia nella dimensione esistenziale, svincolandola così da una metodologia naturalistico – obiettiva verso cui si pone come integrazione.

Da questo momento, l'impianto soffrologico, sia

a livello teoretico che metodologico, non subirà più significative modifiche. Le sue successive evoluzioni seguiranno il naturale progresso del dibattito interno ed esterno, scaturito dal confrontarsi con le discipline affini e con le scienze di cui incrocia il cammino.

Il suo permanere nell'ambito scientifico a distanza di più di cinquanta anni dalla fondazione, la sua ampia diffusione in tutto il mondo, il grande numero di convegni, corsi, ricerche, pubblicazioni ad esso dedicati ed il suo ingresso nel mondo accademico mostrano quanto il movimento soffrologico sia ormai radicato nella cultura occidentale.

OBIETTIVI DELLA SOFROLOGIA

Il termine Sofrologia, già nella sua lettura etimologica, manifesta chiaramente quali sono state le scelte preliminari in relazione agli obiettivi da perseguire. Le radici della parola, derivate dal greco antico, sono infatti "Sos". Ovvero equilibrio, "Phren", nel senso di coscienza e "Logos", studio. La Sofrologia, dunque, studia la coscienza umana e ne ricerca l'equilibrio. Se poi aggiungiamo a tale sintetica definizione l'impostazione metodologica di base, che si realizza nell'approccio fenomenologico, e l'apertura verso la dimensione dell'esistenza, il quadro dei riferimenti filosofico – scientifici si fa sufficientemente chiaro da poter precisare quali obiettivi la Sofrologia intenda raggiungere.

Il primo di tali obiettivi è costituito, a livello generale, dallo studio della coscienza umana, ovvero, dei modi in cui essa si orienta e delle modalità in cui i suoi vissuti si formano, si combinano e si manifestano.

Il secondo obiettivo si concreta nell'applicare la Sofrologia come integrazione della medicina e della psicologia, offrendo una lettura degli aspetti

puramente soggettivi dell'essere umano, per poterlo comprendere nella sua complessità ed intervenire più incisivamente, nel rispetto del suo polimorfismo.

Il terzo obiettivo coinvolge infine la dimensione esistenziale, favorendo l'approvazione delle finalità di ogni esistenza, attraverso una radicale conoscenza di se stessi ed una più congrua progettazione esistenziale. Vediamo così scindersi la Sofrologia in tre principali branche: ricerca soffrologica, Sofrologia medica o psicologica e Sofrologia esistenziale.

Da ciò si deduce che la Sofrologia in Sé non è mai terapia. In primo luogo, poiché l'intervento soffrologico non mira ai fenomeni "patologici", ma al rapporto che si è instaurato tra essi ed il soggetto interessato nonché all'elaborazione che hanno subito a livello individuale. In secondo luogo, Sofrologia medica e psicologica non possono considerarsi terapie in quanto il loro compito sostanzia nel fornire (ad integrazione della diagnosi e della terapia medica e psicologica) gli aspetti soggettivi della realtà umana, lasciando emergere i vissuti e interpretandone i significati.

Ultimo, fondamentale, motivo: la Sofrologia non si orienta verso il mondo reale (il mondo comune), ma verso la sua rappresentazione soggettiva.

Essa, in quanto disciplina scientifica – come si è visto – ha per oggetto la coscienza e la coscienza non appartiene al reale ma è un vissuto e, come tale, appartiene esclusivamente alla soggettività. Così il soffrologo diviene un mediatore tra il mondo particolare e quello generale, tra rappresentazione individuale e realtà.

Non mi dilungo sulle metodiche di applicazione della Sofrologia, in quanto molto specifiche e legate ad una preparazione professionale approfondita. Mi limito ad accennare ad alcune sue possibili applicazioni.

L'utilizzo di metodi propri della Sofrologia nelle diverse branche della medicina, finalizzati ad esempio al controllo del dolore (anestesiologia, ostetricia, odontoiatria, ecc.), così come in psicologia per la gestione dello stress o la remissione delle fobie, pur non rappresentando la reale finalità della Sofrologia, non prefigurano un valido aiuto di sostegno alle varie discipline mediche.

La preparazione al parto con metodi soffrologici rappresenta, ad esempio, una evidente decontestualizzazione e minimizzazione dell'assai più rilevante preparazione alla maternità che si attua in Sofrologia e che comprende anche la preparazione al parto, ma altresì le dinamiche dei vissuti relativi all'attesa ed al rapporto madre figlio. Esistono altre applicazioni della Sofrologia quali il recupero dalle tossicodipendenze, la preparazione allo sport, l'apprendimento rapido, ecc., che non rientrano nei filoni classici d'applicazione della metodica e la cui gestione deve sempre essere molto accorta per non ridurle a mero tecnicismo.

L'espressione "terapia soffrologica" può essere usata solo quando si ha un'applicazione di metodi soffrologici, svincolati dal loro contesto di riferimento e finalizzati al potenziamento delle terapie mediche o psicologiche in cui vengono inseriti strumentalmente. Quando invece la Sofrologia viene utilizzata coerentemente con i suoi presupposti teoretici si deve parlare di "Percorso (conoscitivo) Sofrologico" o "Training Sofrologico".

La verità, diceva Ugo Spirito, il più grande filosofo che il secolo scorso abbia espresso, ordinario di Filosofia Teoretica presso la Sapienza di Roma, la verità è un luminoso caleidoscopio che illumina la coscienza di ciascun individuo. Lo scopo della Sofrologia è appunto quello di scoprire e portare in superficie questa verità attraverso lo studio della coscienza, per farla risplendere nella sua bellezza e in tutta la sua luce.

Allarme ...addio al nostro Servizio Sanitario Nazionale?

Cerchiamo di non perdere un tesoro

a cura di Marco Perelli Ercolini

Un gioioso saluto a tutti i presenti. È già trascorso un anno dall'ultima volta, a Roma e tanti anni dai primi Congressi, ritrovo festoso di amici e luogo per affrontare tante problematiche della categoria ... dei pensionati e delle consorti rimaste vedove.

Ci eravamo lasciati a Roma con alcune speranze ... finalmente è legge l'annoso problema tanto caro a Miscetti della riduzione della tassa di iscrizione annuale all'Ordine professionale ... ebbene ora è legge e non ci sono più scuse o strane interpretazioni preclusive: il Consiglio

ordinistico nel fissare la tassa annuale può prevedere differenziazioni motivate, può prevedere una tassa ridotta ai neo iscritti per i primi 3,5 anni e anche per gli anziani dopo il compimento di una certa età ... ovviamente per essere operativa la delibera ordinistica deve poi essere approvata dall'Assemblea annuale degli iscritti.

Speravamo che la Consulta desse ragione al nuovo ricorso sul blocco delle rivalutazioni delle pensioni, ma nell'ultima sentenza, smentendo quanto da essa stessa deciso pochi mesi prima, ha detto no, lasciando tutti amareggiati e molto perplessi: il peso della «ragion di stato» prevale sul «diritto soggettivo del cittadino».

Ma le picconate sulle pensioni non sembrano terminate ... e temo ne vedremo delle belle coi



nuovi governi: è d'oro una pensione di 2000-4000 soggetta alla scure fiscale, pagata a fior di contributi durante tutta la vita lavorativa con quattrini a valore corrente, ma non sono d'oro gli stipendi mensili da parlamentare che mi dicono colle varie voci arrivare ai 20mila e forse di più euro ... in buona parte defiscalizzate!

Ma oggi voglio parlare di un altro argomento molto importante: è in pericolo la tutela della salute, e insieme dobbiamo gridare "guai a chi tocca il gioiello".

Il bene salute è un bene di tutti, del ricco e del povero, dell'uomo e della donna, del rosso, del nero o del giallo, di quello di destra come di quello di sinistra, diritto costituzionalmente tutelato: la Costituzione

italiana riconosce il diritto alla salute definendolo come un diritto fondamentale dell'individuo.

Il nostro Servizio Sanitario Nazionale, medio-alto con dei costi medio-bassi, universalistico, con un complesso di funzioni, attività e servizi assistenziali è erogato dalla Stato ed è molto invidiato all'estero.

L'Italia, secondo il dato Eurostat (che per poter raffrontare gli Stati considera anche alcuni servizi privati), è al 7% sul Pil.

Nel 2015:

- la Germania spendeva il 7.2% del PIL per la sanità (217 mld di Euro),
- la Francia 178 mld (8.2%)
- il Regno Unito 191 mld (7.5%)
- l'Italia il 7.1% equivalente a 117mld.

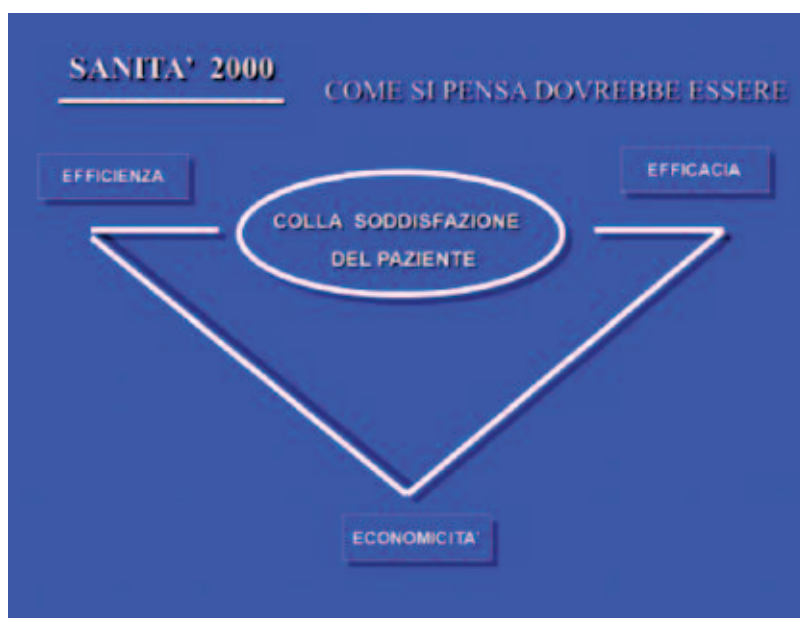
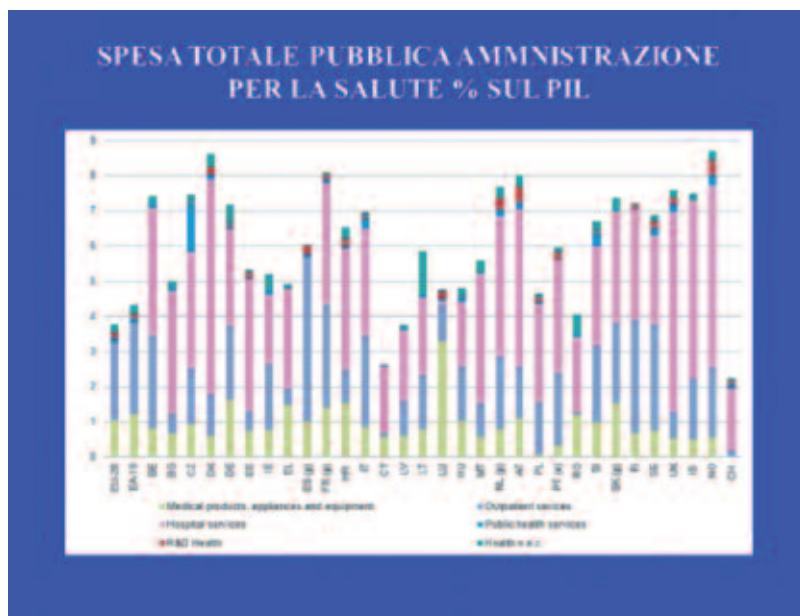
In termini di valore pro-capite, nel 2015:

- la spesa in Italia è pari a 3352 \$US,
- in Germania era di 5353\$US
- in Francia 4530 \$US.

Non solo ma, nello stesso anno, la quota di spesa “out of pocket” è stata in Italia pari al 22,8% contro il 12,5% della Germania ed il 6.8% della Francia. È un vero gioiello, ma incomincia a presentare delle «crepe».

Nell'imminente passato ha portato l'Italia ai primi posti di efficacia vedi i vari indici indicatori tra cui quello più lampante sulle maggiori speranze di vita. Purtroppo il sistema troppo spesso incomincia ad incepparsi spinto dagli attuali amministratori verso l'ottica speculativa: ricordiamoci che la salute non ha prezzo, è un bene intangibile che va tutelato col massimo degli sforzi e non reso oggetto di mercificazione Nel gioco delle tre “m” (malato – medico – medicina) il malato è al centro del rispetto e dell'attenzione del medico nel vortice della medicina, espressione di cure verso il bene salute e non il perno di un “commercio”.

La tutela salute è costosa e diversi fattori quali la maggior disabilità per l'invecchiamento della popolazione, maggiori passibilità diagnostiche con apparecchiature sempre più sofisticate e costose, nuove patologie in passato ignorate, ecc.ecc. aumentano sempre più nel tempo i costi della sanità; però in uno stato civile il povero e il ricco debbono avere la stessa assistenza e nel modo più assoluto possibile, i costi vengano abbattuti tagliando gli sprechi e il parassitismo commerciale. Nell'esasperato concetto del razionamento delle ri-



sorse, più che all'uomo da curare si guarda a un budget da rispettare. In sanità il bene salute, non è commercializzabile, non è una scarpa o un chilo di patate, è un bene supremo.

Il paziente è parcellizzato, non visto e curato nel suo insieme, ma spezzato in tanti pezzi: il cuore, il polmone, il ginocchio destro piuttosto che il sinistro e così via e il medico nel vortice della cura veloce e della parte anatomica dimentica il malato individuo nel suo complesso. Ma attenzione alla Magistratura....

Ricordiamo, poi, come il frutto dell'attività sanitaria non è un prodotto vendibile o visibile, è invece un bene: la salute individuale che non è apprezzabile dalla collettività, ma dal singolo individuo, anche se alla collettività torna utile; è un bene costituzionalmente tutelato.

In Italia, e in particolare in Lombardia, dove esiste un Servizio Sanitario Nazionale pubblico, universale, sostenuto dalla fiscalità generale, cioè praticamente dalle nostre tasche, si sta registrando il tentativo di promuovere forme di assistenza sanitaria privatistica negando nei fatti cure necessarie a chi non può pagarsele.

In particolare, due le cose da segnalare:

1. pericoli delle politiche di privatizzazione della sanità favorita dalla smantellamento dei servizi, dal blocco delle assunzioni e da una libera professione all'interno delle strutture pubbliche e sub appalti nei servizi;
2. mercificazione della salute favorita dalla spinta verso le assicurazioni private e il sottofinanziamento del SSN.

La salute non deve essere un ambito da cui estrarre profitto.

Quanto era più valida e funzionale la vecchia «mutua»!

Da luogo pio del moribondo e del povero, l'ospedale è diventato poi la fabbrica della salute, ma ahimè ora sta scivolando in una vera e propria azienda commerciale, il cui oggetto è la salute !

Ora che da «erogatore di tutela alla salute» sono passato «utente» sto vedendo sgomentato il declino del nostro SSN.

Lunghe liste di attesa per visite specialistiche ed esami, attese improponibili e censurabili... è vero, se un esame è urgente col bollino verde deve essere eseguito in tre giorni nella struttura pubblica oppure deviato gratuitamente nel privato....ma anche altri esami la cui urgenza è relativa dovrebbero essere effettuati entro tempi ragionevoli e non entro mesi e mesi o anni, frustando le aspettative del paziente ansioso della sua «pelle». Corre così nella assistenza privata... e paga...paga per un servizio di routine a catena di montaggio, sì perché lo specialista sia nel privato che nell'attività ambulatoriale pubblica, anche ospedaliera, è temporizzato nelle sue prestazioni, ingranaggio di un mostruosa macchina aziendale. Però attenzione, se un esame è necessario e ha una certa urgenza il paziente può rivolgersi al privato e la Asl è obbligata al rimborso ... pertanto il paziente che si vede rinviato a mesi potrebbe andare dal responsabile della Asl e far presente il caso e che in caso di dilazione oltre tempi tollerabili o richiesti dall'importanza della prestazione diagnostica o terapeutica dichiarare che andrà nel privato chiedendone poi il rimborso. Attenzione poi alle varie assicurazioni e alle clausole limitatorie e prima fra tutte le patologie in atto che non sono coperte e alla nostra età ... anche se siamo giovani di tarda età ... di acciacchi ne abbiamo tutti.

Purtroppo nel vortice attuale tutto è orientato al «dio soldo» e in una politica programmatica del mordi e fuggi, l'amministratore della azienda sanitaria vuole la cassa attuale piena e non ha nessun interesse del domani ... tanto verrà un altro e affari suoi ...

Pericolo dunque e lotta di tutela.

BASTA sentir dire “malato che rende”, “malato che costa”, “medico che fa spendere”..... BASTA, BASTA!!!

La diverticolosi del colon

a cura di Natale Saccà

La *diverticolosi del colon* è una condizione anatomo-clinica caratterizzata dalla presenza di diverticoli che interessano il colon. I diverticoli sono dilatazioni saccoformi della parete colica che, per motivi anatomico-strutturali, si dispongono generalmente su due file longitudinali tra la tenia mesenterica e le due tenie antimesenteriche. I diverticoli derivano dall'erniazione

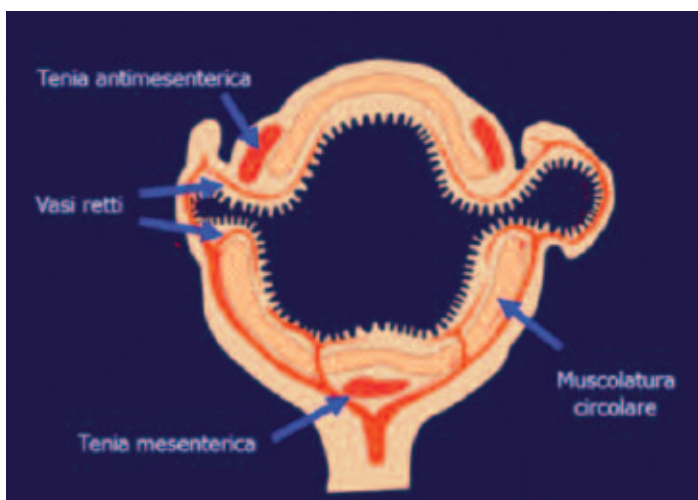


della mucosa e della sottomucosa, sotto la spinta della pressione endoluminale, attraverso lo strato muscolare circolare, in corrispondenza dei loci

minoris resistentiae rappresentati dai punti in cui i vasa recta diventano penetranti.

I diverticoli sono formati solo dalla mucosa e sottomucosa quindi tecnicamente si tratta di pseudodiverticoli.

I diverticoli veri e propri sono formati da tutte le strutture della parete (mucosa, sottomucosa, muscolare).



La *malattia diverticolare* del colon comprende:

- l'insieme delle alterazioni anatomiche e strutturali;
- le manifestazioni cliniche;
- le varie complicanze che sono associate alla presenza dei diverticoli

EPIDEMIOLOGIA

Prevalenza

- È aumentata nel corso degli anni
- Aumenta nettamente con l'età
- Uguale distribuzione nei due sessi
- Diversa distribuzione geografica
(Alta: Europa, USA e Australia
Bassa: Africa e Asia compreso il Giappone)
- Pattern differente in base alla razza

Paesi occidentali

- 90% localizzazione nel sigma
- <15% anche a destra
- È rara solo a destra
- Pseudo-diverticoli
- Aumenta con l'età
- Aumenta il numero dei DD

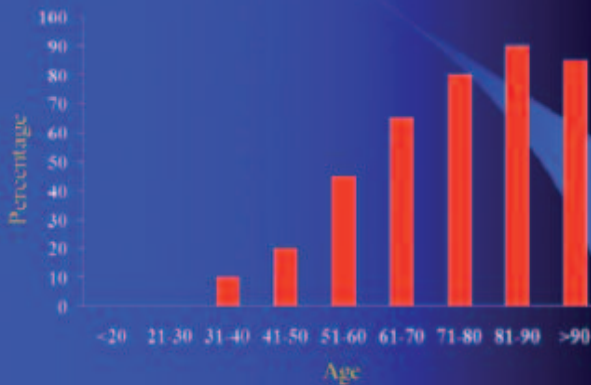
Paesi asiatici

- 90% localizzazione nell'ascendente
- 5% anche a sinistra
- È rara solo a sinistra
- Diverticoli
- Non aumenta con l'età
- Non aumenta il numero dei DD

Complicanza più frequente:

- Diverticolite
- Sanguinamento

Age-related prevalence of colonic diverticulosis

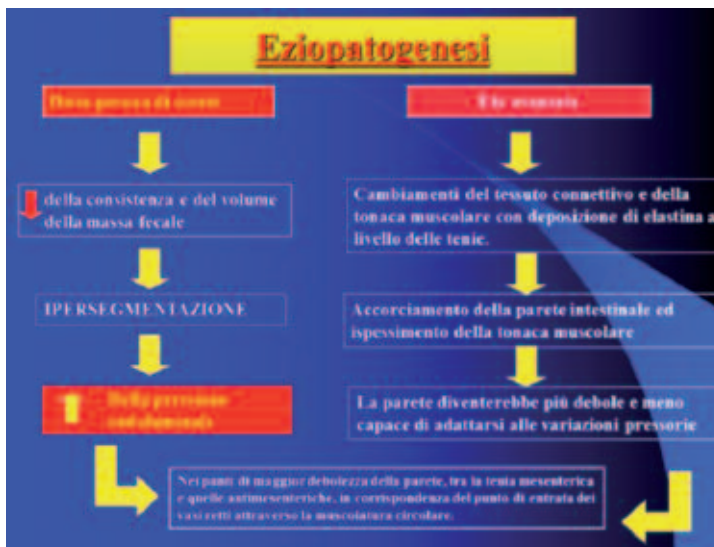
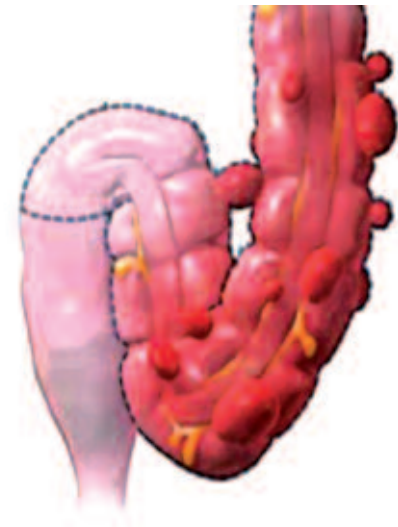


From Loffeld and Patten, 2002

Eziopatogenesi della diverticolosi del colon

Sembra essere legata a:

- fattori genetici;
- elastosi del colon (accumulo di elastina con l'avanzare dell'età);
- retrazione/accorciamento delle tenie longitudinali;
- miocosi del colon (ispessimento degli strati muscolari con restringimento del lume intestinale)





La diverticolosi *asintomatica* viene diagnosticata in corso di esami diagnostici eseguiti per altri motivi:

- Colonscopia per screening del cancro colo-ret-tale
- Colonscopia per sanguinamento rettale (emorroidi, ragadi, polipi etc).

La diverticolosi *sintomatica* si manifesta con disturbi aspecifici quali:

- dolori addominali esacerbati dal cibo e attenuati dalla defecazione
- modificazioni dell'alvo (diarrea, stipsi, alvo alterno)
- meteorismo intestinale.

Spesso si impone una diagnosi differenziale con la sindrome dell'intestino irritabile.

Prevenzione secondaria

- Attività fisica
- Dieta ricca di fibre insolubili: cereali, verdura, ortaggi, frutta, legumi.

Dose consigliata: 20-35 g/di3 (dieta occidentale: ~15 g/die)

I semi nella dieta non interferiscono con la storia naturale della malattia. In particolare non è dimostrato che determinano perforazione dei diverticoli

Complicanze della diverticolosi

Le complicanze della diverticolosi sono essenzialmente due:

- Diverticolite
- Emorragia

Diverticolite

Infiammazione di uno o più diverticoli con flogosi limitata alla parete colica.

È causata da germi anaerobi (Clostridium, Batteroidi, Fusobatter etc.)

Ed anche aerobi (E. Coli, Streptococchi etc.)

Patogenesi

L'infiammazione insorge in seguito ad intasamento del diverticolo o per strozzamento del diverticolo stesso

Quadro clinico

In anamnesi spesso è presente una Pregressa diagnosi di diverticolosi.

I sintomi della diverticolite sono rappresentati da: dolore addominale in fossa iliaca sinistra, febbre (>38° C), leucocitosi (GB>12.000).

L'esame obiettivo permette di evidenziare un segno di Blumberg positivo

Diagnosi

Per la diagnosi sono molto utili la ecografia dell'addome e la Tc addome.

La colonscopia deve essere eseguita dopo almeno 6 settimana dalla risoluzione dei sintomi per evitare la perforazione intestinale in corso di esame)

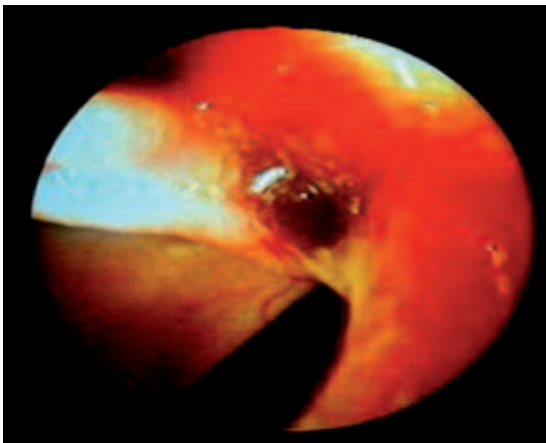
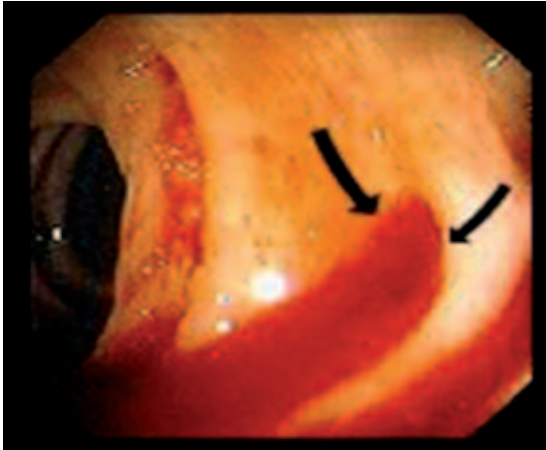
La **diverticolite** a sua volta può complicarsi con:

- ascessi
- perforazioni
- fistole
- stenosi

La stenosi impone sempre una diagnosi differenziale con il tumore del colon

Emorragia

L'emorragia secondaria a diverticolosi si arresta spontaneamente nel 70-80% dei casi. Nei casi in cui questo non avviene è necessario un intervento chirurgico o per via endoscopica.



Una menzione a parte merita la S.C.A.D. acronimo che sta per “Segmental colitis associated with diverticulosis”, in altri termini una infiammazione che interessa la mucosa delle pliche risparmiando la tasca diverticolare.

Si manifesta con sanguinamento intermittente, dolori addominali, modificazioni dell'alvo. Gli indici di flogosi sono normali

Terapia medica della malattia diverticolare

La terapia della malattia diverticolare si basa su una dieta ad alto contenuto di fibre, ed antibiotici topici (es. Rifaximina).

In caso di episodi dolorosi si può ricorrere all'uso di antispastici.

Negli ultimi anni sono stati introdotti nella terapia della diverticolosi due ulteriori presidi:

I fermenti lattici ad alta concentrazione e la mesalazina, già in uso da moltissimo tempo nella terapia delle malattie infiammatorie croniche intestinali (IBD).

Il trattamento della diverticolite prevede l'uso di antibiotici sistemici.

a cura di Nicola Simonetti

“Questo è il compito che, a voi giovani, io do in nome della Chiesa: parlare con gli anziani... Parla, domanda le cose. Fa che loro sognino e da quei sogni prendi tu per andare avanti, per profetizzare e per fare concreta quella profezia. Questa è la vostra missione oggi, questa è la missione che vi chiede oggi la Chiesa... Tu prendi il sogno, concretizza la profezia, quella che ha sognato la vecchia, il vecchio”. (Papa Francesco)



ELISIR

L'Elisir di lunga vita (in arabo: الإكسير, al-Iksir) è una mitica pozione che sarebbe capace di donare l'immortalità a chiunque la beva.

Ad Enoch, Thot ed Ermete Trismegisto era stato sufficiente berne una sola goccia per conquistare l'immortalità.

Da ricordare “l'elisir d'amore” di Donizetti. La bella musica asciuga le “lagrime” (con la g. Non è un errore perché, ai tempi di Donizetti, si potevano usare ambedue le forme: lacrima e lagrima) di Nemorino ingannato dalla pozione (“elisir”) fornitagli dal dottore Dulcamara. Era soltanto vino ma le circostanze (morte di un parente ed eredità ricca per lo spasimante) autenticarono l'elisir quale effettivamente funzionante.

Più reali i passi compiuti nella direzione di comporre un funzionante elisir di lunga vita. Ma essi

sono ancora pochi per abbozzare una parvenza di realtà fruibile. Tanti ed anche qualificati, pur se quasi sterili, gli sforzi di scienziati di tutto il mondo anche se, ad oggi, già 14 farmaci sono additati per la loro capacità di eliminare le cellule senescenti dell'organismo ma, per ora, soltanto nei topi di laboratorio. Nei topi, infatti, alcune di queste molecole hanno dimostrato efficacia nel ringiovanimento di cartilagini, cuore, reni e polmoni, e nell'aumentare fino al 25% gli anni di vita dei topi così trattati. Alla Mayo Clinic di Rochester, nel

Minnesota, il gerontologo James Kirkland sperimenta trattamenti contro malattie dell'invecchiamento, mentre la californiana Unity Biotechnology ha protocolli di alcuni trial clinici contro l'artrosi e alcune malattie di occhi e polmoni dei ricoverati.

In questa prospettiva si muove anche il mondo della finanza Usa. Otto aziende farmaceutiche e biotech già preparano l'ossatura tecnico-commerciale per proporre farmaci anti-age.

Interesse ha suscitato la scoperta, negli Amish (comunità contadina di Berne nell'Indiana), del gene “elisir di lunga vita” o “di Matusalemme” ed è già avanzato il progetto giapponese del suo sfruttamento commerciale. L'isolamento genetico degli Amish, che si sposano solo tra loro, consente di conoscere molti segreti della genetica.

L'elisir Amish sarebbe responsabile dell'inibizione parziale del PAI-1 (**plasminogen activator Inhibitor -1**) implicato nella coagulazione del sangue. Esso è un inibitore ad azione rapida della via di

attivazione del plasminogeno e regolatore del processo di fibrinolisi, cosa, questa, che proteggerebbe dalle malattie metaboliche correlate all'invecchiamento (diabete, vasculo-cardiopatie, ecc) promettendo anche 10 anni di vita in più.

Nell'uomo, chi presenta elevati livelli di PAI-1 nel sangue tende ad avere tassi di diabete e malattie metaboliche più elevati ed a morire precocemente per cause cardiovascolari. Invece, in modelli animali di invecchiamento accelerato, il deficit genetico di PAI-1 o la sua inibizione mirata proteggono dalle patologie correlate all'invecchiamento e allungano la vita.

Douglas E. Vaughan e collaboratori del dipartimento di medicina della Northwestern University Feinberg School of Medicine di Chicago e di altre università americane e canadesi (40 in tutto) si sono trasferiti a Berne per sottoporre ad osservazione e test genetici un campione (177) di questa popolazione Amish.

Un gruppo di ricercatori giapponesi dell'università di Tohoku, coordinato dal prof. **Toshio Miyata**, ha messo a punto un farmaco che inibisce il PAI-1. Da queste premesse, la richiesta, all' FDA (agenzia federale Usa che sovrintende al controllo di farmaci ed alimenti), la richiesta di sperimentare questo inibitore su soggetti obesi o insulino-resistenti per valutarne gli effetti, nell'uomo, della sua riduzione (non inibizione essendo il PAI-1 fondamentale per i processi di coagulazione).

La ricerca del "gene della longevità" è costellata da risultati ambivalenti e, a volte, contraddittori, riassunti e commentati da Alberto Dolara (Cuore e Salute 2015): "German e coll. (Whole-genome sequencing of the world's oldest people" Plos One 2014) hanno esplorato - riporta Dolara - l'intero genoma di 17 ultracentenari ma "non vi hanno individuato un gene - anche solo uno - che potesse avvalorare l'ipotesi.

Villa e coll. (Circulation Research, 2015) hanno riscontrato una particolare variante del gene che

codifica una proteina (BPIEFB4) nel Dna di soggetti con estrema longevità. Questa variante (Longevity Associated Variants" LAV) attiva una serie di funzioni il cui risultato finale è una maggiore protezione della funzione cardiovascolare. La sua somministrazione ha indotto, in topi anziani, la normalizzazione della funzione vascolare e, negli ipertesi, della pressione arteriosa, la riparazione di vasi sottoposti a ischemia ed il potenziamento dell'angiogenesi".

A Yale, **School of Medicine, il team guidato dal prof. Vishwa Deep Dixit lancia la notizia della scoperta di un ormone capace di allungare, del 40%, l'aspettativa di vita.**

L'elisir di lunga vita, questa volta, è stato isolato dalla ghiandola timo. Esso aumenterebbe i livelli dell'ormone detto FGF21 **che ha capacità di proteggere il sistema immunitario dai danni causati dall'età.**

L'ormone è stato iniettato in topi anziani geneticamente modificati portatori di modesti livelli di FGF21 riscontrando gli effetti voluti mentre **l'abbassamento dei livelli di FGF21 ha accelerato la degenerazione della ghiandola** ("Proceedings of the National Academy of Sciences").

Quesiti: l'ormone FGF21 protegge l'organismo, come il timo dall'invecchiamento; una quantità elevata di ormone, somministrata a mezzo farmaci, **potrebbe aumentare, anche nell'uomo, la durata della vita e ridurre l'incidenza di malattie causate dalla senescenza immunitaria?**

Atzmon e coll. ("Variation in human telomerase length in Ashkenazi centenarians" - PNSA, 2010) hanno riscontrato, negli ebrei aschenaziti (o ashkenaziti), detti anche ashkenazim, discendenti dalle comunità ebraiche stanziatesi nel Medioevo nella valle del Reno, la corrispondenza tra lunghezza dei telomeri (coda o porzione di Dna localizzata all'estremità di ogni cromosoma) e la longevità. La telomerasi, l'enzima che agisce sui telomeri, definito - come s'è detto - elisir di

lunga vita o di Matusalemme” si rivelerebbe determinante per la durata della vita della cellula. Questa interpretazione, però, è controversa. Sono stati anche compiuti tentativi di allungare questa “coda” cellulare (telomero) ma i risultati non sono stati soddisfacenti soprattutto perché l’allungamento della vita cellulare che si è riusciti ad ottenere si dimostra correlato ad un incremento di degenerazione cancerogena della cellula stessa. Ovvero, il rimedio (cancro) peggiore del male stesso (protrazione della vita cellulare).

Le cellule

Paul Niehans (21 novembre 1882 - 1 settembre 1971), medico svizzero, idea e sviluppa la “terapia cellulare”. La sua fama cresce grazie al trattamento effettuato a persone di rilievo mondiale come Papa Pio XII, re Ibn Saud, Konrad Adenauer, Charlie Chaplin, Christian Dior, ecc. Terapia che i medici di corte proibiscono che sia utilizzata per re Giorgio VI d’Inghilterra. Essi non tollerano che un medico non inglese curi Sua Maestà Britannica, il “loro” Sovrano e paziente.

Si dice che questa terapia sia stata la cosa che Marilyn Monroe abbia praticata con più assiduità nella propria vita. Ne avrà tratto benefici, forse, la pelle ma non certo le crisi di depressione di cui essa continuò a soffrire e che, molto verosimilmente fu all’origine del suo suicidio(?).

La vicenda di Pio XII (1963) diventa pasto dei giornali di tutto il mondo. La “chiamata” in Vaticano del medico svizzero si deve a suor Pasqualina, infermiera prussiana che era addetta alla persona del Papa, al direttore della Berlin Philharmonic (Furtwangler), amico personale del Pontefice e dal capo pro tempore della guardia svizzera, Von Attilhofen.

Niehans giunge a Castel Gandolfo portandosi dietro due pecore gravide per poterne prelevare

cellule embrionali fresche da usare per la terapia. Ma questa, date le condizioni di precarietà in cui è Pio XII (i clinici Gasbarrini e Paolucci diagnosticano ernia diaframmatica ma il sospetto di cancro gastrico non è escluso), non potrà essere praticata. Sarà iniettato, invece, per 5 settimane, un mix (non rivelato) di cellule liofilizzate di ipotalamo, placenta, ecc. che Niehans prepara insieme ad un ricercatore (“consulente”) della Nestlé di Vevey. Il Papa migliora, rientra in Vaticano ma, a distanza di qualche tempo, si ripresentano i disturbi e, nuovamente, Niehans interviene e suggerisce, anche alimentazione con pure di patate ed inietta novocaina. Miglioramento evidente che frutta allo svizzero la nomina (a sostituire Fleming, deceduto da poco) nella Pontificia Accademia delle Scienze.

Chi era Paul Niehans? Figlio di un medico, egli studia e si laurea in teologia prima, ma ben presto, rinunciando a diventare pastore protestante come avrebbe voluto sua madre, si dà allo studio della medicina e, nel corso degli anni accademici, si interessa, in particolare, delle teorie e ricerche di Alexis Carrel. Egli si dedica alla chirurgia delle ghiandole a secrezione interna e dei trapianti ghiandolari.

Nel 1931, capita alla sua osservazione una paziente cui l’asportazione causale intraoperatoria delle paratiroidi aveva causato una tetania. È, questa, la prima persona che il medico svizzero tratta, con successo, iniettandole ghiandole paratiroidi prelevate da un manzo e che costituisce l’avvio della “terapia cellulare fresca” consistente nella raccolta di cellule da embrioni di mucca o di pecora con successiva iniezione intramuscolare nell’uomo.

Nel 1937, Niehans utilizza, per la prima volta, cellule prelevate dall’ipotalamo e dall’ipofisi e, in seguito (dal 1948), inietta nell’uomo, anche cellule di fegato, pancreas, rene, cuore, duodeno, timo e di milza.

Nel 1947, le prime iniezioni di cellule conservate e, nel **1949**, l'uso di cellule liofilizzate.

Su queste basi nasce la **celluloterapia**, ideata da Niehans, con cinque indicazioni principali: **invecchiamento, allergopatie, disfunzioni endocrine, cardiopatia degenerativa e depressione**.

Uno stabilimento, di proprietà di Niehans, sorge a Heidelberg dove si preparano le cellule liofilizzate. È del 1954, la prima pubblicazione di un articolo di Niehans ("Die Zellulartherapie") ma, nella letteratura medica, Niehans non è citato nonostante un centinaio di monografie che egli ed i suoi allievi abbiano pubblicato.

Nel **1960**, Niehans fonda la società internazionale per l'etica della terapia cellulare.

Nel **1998** è creata la "Clinique La Prairie Foundation" per la ricerca sull'invecchiamento e immunologia.

Nel **2003**, il deposito presso l'ufficio brevetti europeo des Patentes di Monaco di Baviera (European Patent Office) della metodica dell'uso, nell'uomo, di "cellule capaci di esplicare effetti biologici" come dimostrato da ricerche eseguite dai membri del "comitato scientifico internazionale ricerca CLP".

È recente la comunicazione dell'utilizzo delle cellule staminali anche in questo ambito. A Chiasso, in collaborazione con GMP Celi FactoryCardio-centro, una struttura situata all'interno dell'ospedale di Lugano, sarà possibile prelevare campioni di tessuto adiposo e in poche ore isolarne le cellule staminali. Queste cellule potranno quindi essere immediatamente re-infuse nel paziente, sempre presso VAcademia Day Clinic, oppure essere crioconservate in previsione di un utilizzo futuro, nell'ambito di trattamenti medico-estetici oppure per la cura di malattie per le quali la ricerca sta mettendo a punto terapie innovative su base cellulare. Gli studi clinici riguardano numerose e gravi malattie per le quali non esistono cure efficaci: malattie neurodege-

nerative come il morbo di Alzheimer e il Parkinson, l'ictus, l'infarto del miocardio, le lesioni del midollo spinale, la paralisi cerebrale infantile, il diabete di tipo 1.

Il progetto Stein Cell ha la regia del Professor Angelo Vescovi, direttore del laboratorio Cardio-centro Gmp Stem Cel).

In Italia, è vietata la pratica di estrazione di cellule staminali dal grasso e successiva reinfusione, pratica invece consentita dalla legislazione svizzera, previa autorizzazione. Per questo molti i pazienti delle più diverse nazionalità si recano in Svizzera per prelevare e mettere in "banca" le proprie cellule staminali, da utilizzare in futuro in caso di malattie o, già ora, per migliorare la propria estetica.

Lo scambio di sangue

A metà del Seicento alcuni medici inglesi proposero un progetto: un vecchio cane si può ringiovanire con il sangue di uno giovane? Per rispondere, si impegnarono, subito, medici sia della British Royal che dell'Académie Française. Ogni tentativo si rivelò, però, inutile e controproducente e l'interrogativo ebbe scientifica risposta negativa.

A distanza di tempo la domanda si è riproposta in campo scientifico ed è stata rispolverata una vecchia tecnica usata, poi abbandonata, per ricerca in oncologia, la parabiosi: due topi uniti attraverso suture e collegamenti si scambiano sangue, più o meno come succede in utero in due animali con una sola placenta.

Nel 2005, i coniugi Conboy, Thomas Rando e il loro team pubblicarono, su "Nature", la ricerca che descriveva come **il sangue giovane ringiovaniva le cellule epatiche e le staminali ossee**. Nel 2012 Amy Wagers a Harvard dimostrò che il sangue di un giovane roditore curava l'ipertrofia car-

diaca di un topo vecchio e che anche l'iniezione della sola proteina GDF 11 sembrava avere gli stessi **effetti ringiovanenti sul cuore** (riducendo l'ispessimento delle pareti cardiache aumentato - come sempre accade - con l'età).

A Berkley, alcuni ricercatori, nel 2016, hanno trasfuso sangue di topolini giovani in altri più anziani. Una stessa ricerca era stata compiuta, nel 2005, ma all'inverso. La trasfusione di sangue era avvenuta da topi giovani a topi anziani.

Nell'esperimento del 2016, i topi giovani, nel giorno immediatamente successivo alla trasfusione di sangue prelevato da topi anziani, sono diventati, a vista, più decrepiti e si sono dimostrati incapaci di rigenerare muscoli e organi e, soprattutto, si è registrata netto orientamento alla degenerazione dei tessuti.

“Il nostro studio, pubblicato su “Nature Communications” - ha detto Irina Conboy, ricercatrice del dipartimento di bioingegneria di Berkeley che ha partecipato a entrambi gli esperimenti - dimostra che il sangue giovane non può essere visto come un farmaco anti-invecchiamento... E' più corretto dire che il sangue anziano contiene sostanze inibitrici che dobbiamo contrastare, se vogliamo combattere l'invecchiamento”. La ricerca è stata in parte finanziata da “Calico”, azienda fondata da Google impegnata negli studi contro l'invecchiamento.

Il primo esperimento, al contrario, aveva dimostrato un certo ringiovanimento dei topi anziani trasfusi con sangue giovane.

La notizia generò speranze. Si spolverò “il segreto della longevità di Dracula” e furono subito aperte cliniche in cui, pagando quote esagerate rispetto alla pratica cui sarebbero stati sottoposti, pazienti anziani potevano ricevere trasfusioni di sangue giovane per contrastare, ad esempio, l'Alzheimer.

I ricercatori avevano collegato, seguendo la tecnica detta “parabiosi eterocronica”, quattro cop-

pie di topi (uno giovane e uno anziano, l'equivalente umano di 20 e 80 anni) con un sistema calibrato di tubicini e pompe per mantenere ciascun organismo con metà volume del proprio sangue e metà volume del sangue del partner. Fu rilevato che il plasma giovane migliora la capacità di rigenerazione dei muscoli dei topi anziani (ma nulla di analogo accade nella formazione di nuovi neuroni nel cervello) mentre il sangue anziano ha un effetto ancora più potente nell'invecchiare gli organismi giovani, con alterazioni che si fanno sentire a poca distanza dalla connessione dei tubicini.

“Nel 2005 - diceva - la dr Conboy - rilevammo che l'invecchiamento è reversibile ma questo non ci portava a suggerire trasfusioni di sangue giovane i quali non dimostrano efficacia medica”. È più probabile che il plasma dei topolini adolescenti non sia un elisir di lunga vita mentre, al contrario, che il plasma degli organismi attempati contenga sostanze che impediscono la rigenerazione dei tessuti. Individuare le “tossine dell'età” è la strada che segue ora la ricerca a Berkeley” allo scopo, soprattutto, di capire che cosa c'è nel sangue degli animali giovani che “ringiovanisce” gli organi e se effettivamente lo faccia.

Amy Wagers studiosa di cellule staminali nell'università di Harvard dice, su “Nature”, che “non si tratta di ringiovanire organi di animali vecchi, ma di aiutarli a riparare i danni” anche perché finora nessuno è riuscito a dimostrare che il sangue giovane allunghi la vita. Indubbiamente, riparare i danni dell'età sarebbe, comunque una conquista mentre ci si chiede se il sangue di un bambino, nel prossimo futuro, sarà capace di proteggere un anziano dall'Alzheimer”.

Con il sangue giovane - si è visto - lo spessore delle pareti del cuore comincia a ridursi (esso aumenta con l'avanzare degli anni), nel cervello si formerebbero nuovi neuroni e animali vecchi ri-

parano spontaneamente eventuali danni presenti a carico del midollo spinale. In altri studi scienziati di Stanford hanno dimostrato che topi vecchi in cui circola il sangue di topi giovani riacquistano la capacità di apprendere e, in loro, si rinforza la memoria.

Amy Wagers e Richard Lee di Harvard, hanno ricercato le proteine del sangue giovane che non si ritrovano più in quello prelevato da uno anziano.

Il “growth differentiation factor 11 (GDF 11) è proteina **che, sia negli umani che nei topi, si riduce con il passare degli anni di vita** e che, quando iniettata in animali vecchi, imprime attività di divisione delle cellule staminali dei muscoli e di riparazione dei danni al Dna. Da notare che il livello, nel sangue, della proteina GDF11 è basso (sia in campo animale che umano) nei soggetti con Alzheimer.

Su questa constatazione, in Giappone ed in California, hanno iniziato la sperimentazione di trasferire plasma di soggetti giovani in ammalati di Alzheimer. Ma, quando è stato dimostrato effettivo questo risultato, il rischio che possa derivarne un incitamento a moltiplicazioni cellulari orientate alla produzione di cancro non può essere negato.

Comunque ogni tentativo di rallentare l'invecchiamento, per questa via, è, finora, sostanzialmente fallito.

Un altro team di Stanford ha condotto simili **esperimenti nel 2015-2016**. Sulla base dei successi in laboratorio sperimentale, specie di Tony Wyss-Coray, **è stata creata una società di biotech, la Alkahest**, per la ricerca di **nuovi rimedi contro l'Alzheimer**.

La ricercatrice che guida l'equipe, Sakura Minami, ha comunicato che “**somministrare per qualche settimana sangue di topi diciotteni a topi di 12 mesi** (equivalente umano di 50 anni), **ne migliora il funzionamento cognitivo, aumenta**

la capacità di autoripararsi dei muscoli e **diminuisce la fragilità ossea**. Un effetto sorprendente riguardante l'acquisizione è stato rilevato: **l'ippocampo dei topi matusa torna a produrre neuroni come il cervello di un teenager brillante**”.

Su questa scia, è sorta anche una compagnia californiana, la “**Ambrosia**”, startup fondata da Jesse Karmazin e operativa a San Francisco e Tampa, che **somministra sangue giovane a chi paga 8.000 dollari (a trasfusione)**. Viene prelevato sangue da donatori con età compresa tra i 16 (mai al di sotto di questa età) e 25 anni e immesso in soggetti più anziani, rigorosamente oltre i 35 anni. Per la trasfusione di due litri di plasma occorrono circa un paio d'ore, ad un costo di 8mila dollari a sessione.

Ciò è possibile perché **in America vige un mercato del plasma, che vale oggi più di 11 miliardi di dollari**. Ragion per cui **giovani precari e persone marginali vendono il sangue per mantenersi, al prezzo di 50 dollari a “donazione”**.

Tuttavia – ritengono gli economisti del settore – le donazioni di sangue attuali non basterebbero a coprire neanche il fabbisogno dei 44 milioni di malati di Alzheimer che ci sono nel mondo, per cui la sintesi dei composti ringiovanenti del plasma, quando possibile ed utile, si porrà come problema tecnologico.

Ad ogni modo, **lo scenario di vecchi ricchi che fanno incetta di giovani per spillar loro plasma** (“la parabiosi retribuita fra umani sarebbe poi davvero raccapricciante”) **è meno fantascientifico di quanto si creda**. Ne è già nato un **episodio della serie HBO Silicon Valley**.

La startup ha comunicato che, nei primi clienti, quasi tutti manager della Silicon Valley, sottoposti alla parabiosi, si sarebbero registrati risultati sorprendenti: miglioramenti nei biomarker di malattie come il cancro, nei problemi cardiaci e nell'Alzheimer. **Evidenziato anche un caso di inversione del colore dei capelli tornati neri**. I ri-

sultati sono, però controversi e posti in dubbio da altri ricercatori.

“A chi si rifà ai nostri studi, ricordiamo che – ripete Irina M. Conboy – il **sangue giovane** di per sé non funziona come una medicina. È più corretto affermare che nel sangue anziano sono presenti **inibitori** della salute cerebrale e della crescita, che dobbiamo identificare e rimuovere per migliorare le facoltà mnemoniche degli anziani. Nel 2015 abbiamo dimostrato che l’invecchiamento è **reversibile**, ma non abbiamo mai affermato che le infusioni di sangue giovane potrebbero rappresentare una cura per gli anziani. In nessun caso, infatti, il sangue giovane ha migliorato la **neurogenesi cerebrale** nei nostri esperimenti”.

IBERNAZIONE

Notizia che, nel marzo 2018, apre le speranze di chi vuol crederci e ci spera: “Uomo congelato tornerà a vivere”. Il primo essere umano “congelato” con le tecniche criogeniche potrebbe (il condizionale è d’obbligo) essere “riportato in vita” entro dieci anni. Lo ha annunciato Dennis Kowalski, presidente del Cryonics Institute nel Michigan, che si occupa di crioconservare esseri umani.

Sono circa 400 i corpi crioconservati dalla Alcor Life Extension Foundation (Arizona), dalla statunitense Cryonics Institute (Michigan) e dalla KrioRus che, invece, è russa. Alla Alcor, sotto vetro ed ibernato, c’è anche il corpo del giocatore di baseball Ted Williams che, come gli altri, è immerso a meno 196 gradi, spera un giorno di tornare in vita, quando la tecnologia del futuro potrà invertire il processo criogenico.

Voglia di immortalità, antica aspirazione dell’uomo. Essa è, ora, promessa da iniziative del più che sospetto business del corpo ibernato in attesa dell’improbabile futuro.

L’alta Corte di Londra ha autorizzato l’ibernazione post mortem, scientificamente classificata come “cariogenesi”, di una quindicenne (la chia-

meremo Mary) malata terminale di cancro. In attesa di eventi futuri, ovvero “campa cavallo...”.

Una premessa a quella voglia matta di superare i limiti di tempo e di spazio alla conquista di guarigioni (ormai pretese per ogni e qualsiasi malattia pena, per il medico che non la assicuri, la denuncia facile e la gogna pubblica da parte dei media sempre propensi a farlo).

Il corpo ibernato di Mary è stato trasferito negli Stati Uniti d’America, in Arizona, a Scottsdale, nella “Alor Life Extension Foundation”, sede di un santuario dell’illusione e, comunque, della speranza che, per la verità, non si capisce su cosa possa essere fondata.

Quel corpo giace capovolto, nella scomoda posizione di “testa in giù”, nel freddo e minuscolo ambiente di una capsula contenente azoto liquido, a temperatura di meno 196 gradi C, che, a quel complesso umano, fa compagnia e protezione.

I tessuti della quindicenne contengono, ora, ghiaccio neoformato mentre il sangue è stato sostituito con un liquido antigelo (come quello che, una volta, si aggiungeva al liquido del motore dell’auto) e le membrane che avvolgono le cellule sono “crepate” di gelo e vari organi, reni in primis, sono “salati” nel senso che in loro si sono concentrate quantità notevoli di sali la cui concentrazione è certamente tossica.

Si paga una pesante pigione “da ricchi” (da circa 40.000 ad oltre 250mila dollari: una situazione che smentisce la frase di Totò “la morte è una livella”) in attesa del risveglio quando la scienza sarà pronta a guarire definitivamente il male di quella creatura.

Un’altra proposta: per chi voglia consegnare ai posteri il proprio cervello, 80mila dollari.

Non c’è teoria né prova o studio scientifici che avvalorino l’ipotesi di possibilità di risveglio, tranne il miracolo di un nuovo Cristo che dica – come a quei tempi – ad un redivivo Lazzaro, di

abbandonare il sudario e “svegliarsi dal sonno della morte”, pur se “iam fetet”.

Mary, che, però, non “fetet” e che, invece del sudario, ha, intorno al corpo, una capsula piena di azoto liquido, non è la sola, al mondo, a “vivere” questa esistenza ibernata. Altri suoi colleghi, a chilometri di distanza – a quel che si sa, ma non si escludono siti nascosti ed illegali – in due strutture statunitensi della dalla **Alcon** e dalla **Cryonics** e della **KrioRus** in Russia – ne condividono l’esperienza che “pseudo scienziati” (così li definiscono gran parte di loro colleghi titolati e capacitati a giudicarli) portano avanti da anni e che, probabilmente, sopravvivrà a loro stessi.

Consigliata anche un’assicurazione (sulla vita?) di minimo 30 dollari al mese.

Precedenti negativi non mancano come quello di corpi che, invece, “fetebant” perché le condizioni che avrebbero dovuto garantire la temperatura idonea alla refrigerazione, erano andate in tilt.

Sogno di una notte d’estate, per le circa 400 persone che, ad oggi, nel mondo si sono fatte **crioconservare**, mentre 2mila (tra cui 9 italiani), ancora in vita, hanno stipulato un contratto per essere ibernati dopo la morte.

Prenotati, dal 2006, due posti: **Giovanni Ranzo, professore di letteratura**, e la sua compagna (lo farebbero per curiosità) mentre è già attuata la contemporanea prenotazione del loro amico Aldo, morto (2012) per infarto e già in crioconservazione. In Russia iberna dal 2012 una bimba (2 anni) di Viterbo, morta per tumore cerebrale, ai primi di febbraio del 2016.

Un corpo morto occupante spazio indebito? E quanto spazio? La scelta, se diffusa, sarebbe compatibile con spazio e peso riservati ai viventi?

La densità media del corpo umano è di 985 kg/m³. Una persona di 80 kg svilupperebbe un volume di 0,0812 metri cubi, che equivalgono a 81,2 litri.

Le Courbasier utilizzò i metodik Modulor (1948) e Le Modulor (1955), cioè una scala di proporzioni basate sulle misure dell’uomo, come linea guida di un’architettura a misura umana. Un’indicazione molto criticata e, da molti, giudicata inidonea per una società moderna. Va considerato, infatti, che l’uomo non è soltanto corpo abbisognevole di fruire di uno spazio razionale, ma anche di assecondare la propria sensibilità estetica.

Come conciliarla nel modulo Le Courbasier? Questo si riferisce ad una figura umana stilizzata con un braccio steso sopra il capo con due misurazioni verticali, la serie rossa basata sull’altezza del plesso solare (108 cm nella versione originale, 1.13 m nella seconda versione) quindi divisa in segmenti secondo il Phi, e la serie blu basata sull’intera altezza della figura, doppia rispetto all’altezza del plesso solare (216 cm nella versione originale, 2.26 m nella rivista), e divisa, analogamente, in segmenti. Una spirale, sviluppata graficamente tra la serie rossa e la blu, rappresenterebbe il volume della figura umana.

Apprezzabile il tentativo di Leonardo di fornire una base matematicamente misurabile della rappresentazione artistica.

Nella pratica cui è ispirata la legge in vigore che delimita spazi di vita, l’uomo con il braccio alzato è alto circa 2,26 e l’ingombro orizzontale di un uomo seduto è di circa 0,85 m.

Farsi suicidare

Un milionario americano (Sam Altman, 32 anni) ha chiesto il suicidio a patto che i dati della propria vita restino conservati in un computer. Si decomponga pure il corpo purché almeno il cervello possa vivere per sempre grazie alla registrazione dei dati della propria vita su un computer.

Egli ha suggellato il patto pagando diecimila dollari per essere suicidato ed inserito nella lista di attesa di “Nectome” che, allo stato (marzo 2018), si compone già di 24 persone.

La metodica “Nectome” prevede il suicidio assistito da medici specializzati, l’imbalsamazione del cervello in modo tale da lasciare freschi e vivi tutti i suoi ricordi e “caricabili” digitalmente. “Riteniamo – dice l’Azienda – che entro il secolo corrente sia possibile digitalizzare queste informazioni e utilizzarle per ricreare la tua coscienza”.

Lo zucchero:

“Poco zucchero uguale elisir di giovinezza. Il glucosio – dice la prof. R. Canello (ist. Auxologico italiano di Milano – pur essendo un carburante importante delle attività cerebrali, se è troppo, nel sangue, fa rischiare una neuroinfiammazione, anticamera di possibili degenerazioni neurologiche. Se si abbonda con il saccarosio, con la frutta troppo dolce (banane, fichi, cachi, uva, ecc) e con i “frollini” industriali, si ingolfano le performance dei neuroni. Basterebbe un cucchiaino di saccarosio nel caffè o 3-4 biscotti secchi a colazione per coprire quasi del tutto il fabbisogno giornaliero di zuccheri semplici, Meglio puntare sugli zuccheri complessi, gli amidi, che vengono lentamente assorbiti: sono presenti nel pane e nella pasta integrali, ma anche in ceci, fagioli e piselli, nei quali, peraltro, si trova tanta fibra, componente dei cibi vegetali che non viene assorbita. E più ce n’è, minore sarà l’impennata della glicemia dopo la digestione.

Le proteine

Da non snobbare le proteine. “La ricerca scientifica sta dimostrando – dice la prof. Canello –

che esse sanno proteggere le strutture cerebrali. Ci sono diete specialistiche, più proteiche e meno ricche in carboidrati, che vengono prescritte proprio per tenere sotto controllo certe malattie neurologiche, come l’epilessia.

Ed allora, carni bianche e legumi: i toccasana del cervello a tavola. Quindi, per tutelare il cervello, sì alle proteine ma variando le fonti nel menu settimanale: tagli magri e carne bianca (pollo, tacchino, vitello), un paio di volte, e meno di 500 grammi alla settimana di carne rossa; legumi, ovvero ceci, piselli, lenticchie, fave, soia, fagioli, sanno garantire un carico proteico paragonabile a quello dei prodotti di origine animale e vanno consumati tre o più volte/ settimana; un paio di uova, sempre alla settimana; e poi salmone, sgombro, merluzzo, sardine e tonno, da mangiare due-tre volte. Il pesce piace al cervello per la presenza del fosforo, toccasana per la memoria. Il pesce, inoltre, è uno scrigno di acidi grassi polinsaturi Omega-3, indispensabili per la salute del cervello. E grassi buoni, appartenenti alla famiglia degli Omega-6, si trovano anche nelle noci, nelle mandorle, e poi negli oli vegetali: di mais, girasole, sesamo e, soprattutto, in quello extravergine d’oliva.

Altri aiuti alimentari sono le verdure verdi, come i broccoli, per il loro potere antiossidante, e anche l’avocado, frutto che vanta un certo quantitativo di grassi salutari, utili a livello cerebrale”.

Le calorie

Secondo un recente studio statunitense, meno calorie si ingurgitano e più la vita si allunga. La restrizione dell’apporto calorico quotidiano nella nostra alimentazione potrebbe rallentare l’invecchiamento e le malattie neurovegetative a quello associate. Questa ipotesi, già dimostrata da diversi studi sugli animali e da alcune ricerche

sull'uomo, trova fondamento nello studio statunitense realizzato su un numero limitato di soggetti e pubblicato sulla rivista Cell Metabolism. Leanne Redman e collaboratori hanno studiato un gruppo di adulti non obesi e in buona salute per "testare l'ipotesi che il dispendio energetico e i suoi mediatori ormonali sarebbero ridotti con una restrizione calorica in un periodo di due anni". I soggetti dei due sessi, di età compresa fra i 20 e i 50 anni, sono stati divisi in maniera casuale tra un gruppo sottoposto, per due anni consecutivi, a restrizione calorica ed uno con alimentazione.

La restrizione calorica è stata di circa il 15% nel primo gruppo che ha perso 9 kg di peso, mentre i soggetti del secondo gruppo hanno guadagnato in media 1,8 kg. Nel primo gruppo, inoltre, il dispendio energetico misurato era inferiore di 80-120 kilocalorie al giorno rispetto a quanto atteso, tenuto conto della perdita di peso. Un dato che indica un adattamento metabolico durevole nei due anni. A ciò si aggiungono una riduzione dell'attività ormonale dell'asse tiroideo e un calo dei radicali liberi. Una nuova dimostrazione di un rallentamento metabolico persistente accompagnato da uno stress ossidativo ridotto.

DIECI ALIMENTI che bloccherebbero l'invecchiamento cellulare:

1. Tè: specie quello verde, contiene antiossidanti che contrastano i radicali liberi. Consigliato servirlo con limone e miele;
2. Legumi e cereali: consumati abitualmente, coopererebbero nel ridurre del 7-8% la mortalità. Le loro fibre abbassano le percentuali di colesterolo e di glicemia nel sangue, favoriscono l'eliminazione delle feci;
3. Cioccolato: i flavonoidi, di cui esso è ricco, sono efficaci antiossidanti che, in quantità adeguata, salvaguardano cuore, circolo e si oppongono all'eccesso di colesterolemia;

4. Carni bianche (pollo, tacchino, coniglio): ricche di proteine e vitamine espongono a molto minor rischio (rispetto alle carni rosse) di provocare ipercolesterolemia e tumori.
5. Olio extravergine di oliva: fondamentale nella dieta della lunga vita. Gli acidi grassi monoinsaturi di cui quest'olio è ricco, si fanno raccomandare per raggiungere questo obiettivo;
6. Frutti rossi: aiutano a prevenire il declino cognitivo negli anziani, grazie al generoso contenuto di sostanze antiossidanti che proteggono dai radicali liberi.
7. Avocado: facilita e migliora l'assorbimento dei carotenoidi (licopene), abbassa il colesterolo "cattivo" ed aumenta quello buono;
8. Verdura rossa: pomodoro, radicchio, barbabietola, cavolo, ecc rappresentano un insieme di alimenti importantissimi per realizzare una "giovane anzianità in buona salute" proteggendola specie da cardiopatie, ipertensione, neoplasie.
9. Aglio: riduce il rischio di tumori soprattutto del colon.
10. Banana: facilita l'eliminazione delle tossine grazie alla presenza di vitamina B2.

Centenari in salsa giapponese

Sono 65mila i centenari viventi nel Giappone. L'Italia è seconda, al mondo: 19.000.

Secondo Junko Tahkashi ("Il segreto della longevità, il metodo giapponese per vivere 100 anni" - De Agostini, ed.) il loro segreto sta in:

- 1) *ottimismo*,
- 2) *socialità*,
- 3) *mangiare lentamente* e masticare molto i cibi ("a tavola non si invecchia neanche in Giappone),
- 4) contare su *vincoli familiari* saldi,
- 5) coltivare *amicizie e relazioni* pubbliche e private

- 6) *esercizio fisico compatibile* quotidiano,
- 7) *esercizi mentali i più disparati*,
- 8) *lettura dei giornali*,
- 9) non rinunciare a *passioni ed amori* pur senza abusarne,
- 10) coltivare *hobby*,
- 11) prendersi cura di sé.

Nell'alimentazione, le seguenti regole:

Porzioni piccole per aiutare la digestione e non affaticare l'organismo;

Bilanciamento quotidiano: vegetali (70%) di cui 20% frutta e 30% proteine;

Non mangiare fino a sentirsi completamente sazi:

Preferire pane e pasta confezionati con farine integrali;

Moderato consumo di vino a tavola (2 per l'uomo, 1 per la donna);

Una volta per settimana, un piatto di riso o legumi o proteine vegetali;

Spuntini a base di poca frutta né zuccherina fresca e secca (noci e mandorle);

Sale "cum grano": poco;

Evitare il quotidiano uso di alimenti molto zuccherati: 3 porzioni per settimana;

Masticare a lungo i cibi e mangiare molto lentamente.

L'amore

Quando l'amore è più importante del colesterolo ambizioso: capire cos'è che ci consente di vivere bene e a lungo. Per farlo, gli studiosi dell'Università di Harvard hanno preso nota di tutto quello che succedeva ad un folto numero di studenti.

Il segreto per vivere (e invecchiare) bene? Legami affettivi forti, in famiglia e fuori.

Lo affermano gli scienziati di Harvard in uno studio iniziato ottanta anni fa su 300 studenti am-

messi al College tra il 1938 e il 1944 (tra i quali John Kennedy): stato di salute fisica e mentale lavoro, famiglia, amici ecc.

Lo studio, finora, ha messo in evidenza che "è l'amore a farti vivere bene e più a lungo". Una conferma al "Love, love, love" dei Beatles. Non solo amore ma anche educazione e socialità (la solitudine uccide, proprio come l'alcol e il fumo: a pari "merito").

"Non basta essere brillanti per invecchiare bene ma - scrive George Vaillant, uno dei coordinatori, nel tempo, dello studio - devi essere innamorato o, comunque, avere relazioni affettive forti, in famiglia e fuori, e poi tanti amici".

Ipertensione e colesterolo alto, secondo gli studiosi di Harvard contano meno della famiglia o dell'averne un legame affettivo stabile. "Dedicate tempo ed energie ai vostri rapporti con gli altri: avvantaggia specialmente il cervello e gli scienziati l'hanno documentato con esami come il test di performance intellettuale e l'elettroencefalogramma ripetuti periodicamente, su ognuno degli studenti (ormai ex) per 80 anni.

La vita animata da tanti interessi crea motivazioni. E la motivazione rafforza la capacità di apprendere e ricordare. Le attività mentalmente dinamiche rinvigoriscono le sinapsi, incrementano cioè le connessioni tra neurone e neurone. Non trascurare neanche rapporti sociali in età infantile. I bambini più giocano con altri, meglio è. Questo studio che va avanti da 80 anni e che arruola, anche, i figli dei primi inclusi tra gli "osservati", contribuirà alla prevenzione di alcune malattie cardiovascolari, del diabete, di disturbi del sistema nervoso, o per rallentare l'invecchiamento.

Uno studio dell'Osservatorio Reale Mutua rileva che l'83% degli italiani intervistati pensa che dar vita ad una vera relazione soddisfacente dopo i 65 anni di età migliori la vita di chi è solo, è motivo in più per mantenersi attivi e affrontare pas-

sini in comune (53%), migliora l'autostima (29%). Difficoltà da superare: raggiungere un equilibrio valido (41%), doversi relazionare con figli e nipoti del (della) partner (35%), non possedere più le energie sufficienti (37%). Problemi: avere difficoltà di salute (82%).

Elisir a costo zero

L'attività fisica, farmaco naturale. Dimostrato che i sedentari, anche se normopeso, abbreviano la propria vita di tre anni rispetto persino ad un obeso attivo. L'attività fisica può davvero far bene, a patto che si aderisca al trattamento, magari ballando o giocando oppure abituandosi a salire le scale senza prendere l'ascensore, a camminare, a muoversi in bicicletta. L'attività fisica è un farmaco naturale, e non ha controindicazioni, purché non si ecceda e ci si controlli. Essa ci fa vivere più a lungo, mantiene in forma muscoli e articolazioni, senza cercare improbabili elisir miracolosi che, almeno per ora, si rivelano un'illusione sia pur "pia".

La sedentarietà si è dimostrata, nella ricerca, in laboratorio ed in clinica, un importantissimo fattore di rischio cardiovascolare. Secondo i dati dell'Oms, essa è il quarto fattore di rischio di mortalità globale, responsabile del 5-6% di tutti i decessi, e cioè di oltre 3 milioni di italiani per anno. Come causa di morte a livello mondiale, questa causa di morte è preceduta solo dall'ipertensione arteriosa, dal fumo e dall'iperglicemia ed è seguita dal sovrappeso e dall'ipercolesterolemia.

L'inattività fisica è, nel mondo, causa di circa il 21-25 per cento dei tumori di mammella e colon, del 27 per cento dei casi di diabete e di circa il 30 per cento dei casi di cardiopatia ischemica e... del 17% degli insuccessi matrimoniali.

La realtà, però, è allarmante: in Italia, secondo i dati del Progetto Passi dell'Istituto Superiore di

Sanità, continuano ad essere fisicamente non attive circa quattro persone su dieci.

Questo è vero non solo nella popolazione generale ma anche nei pazienti cardiopatici, che pure dovrebbero essere particolarmente motivati a cambiare il proprio stile di vita. Le cifre confermano come la nostra "pigrizia" sia alla base di tanti malanni.

Stando ancora alle informazioni dell'Istituto Superiore di Sanità, in Italia, la sedentarietà è causa del 9% delle malattie cardio-vascolari, dell'11% dei casi di diabete di tipo 2, del 6% dei casi di cancro al seno, del 16% dei casi di cancro al colon e del 15% dei casi di morte prematura. I numeri raccontano la storia di un disastro in termini epidemiologici.

L'Oms ha definito i livelli di attività fisica raccomandati per tre gruppi di età: per bambini e ragazzi (5-17 anni): almeno 60 minuti al giorno di attività moderata-vigorosa, includendo almeno 3 volte alla settimana esercizi per la forza, che possono consistere in giochi di movimento o attività sportive; per gli adulti (18-64 anni): almeno 150 minuti alla settimana di attività moderata o 75 minuti di attività vigorosa (o combinazioni equivalenti delle due) alla settimana; per gli over 65 anni: le indicazioni sono le stesse degli adulti, con l'avvertenza di svolgere anche attività orientate all'equilibrio per prevenire le cadute. Chi è impossibilitato a seguire in pieno le raccomandazioni, deve fare attività fisica almeno 3 volte alla settimana e adottare uno stile di vita compatibile. Il consiglio ed controllo medico sono fortemente raccomandati.

Ricercatori dell'università di Padova e dell'Istituto veneto di medicina molecolare (proff. Marco Sandri e Luca Scorrano) hanno scoperto che l'invecchiamento viene accelerato da un ormone, a sua volta legato a una proteina che scarseggia nei tessuti delle persone sedentarie ("Cell Metabolism").

Con molta fantasia lo si è definito “ormone dell’invecchiamento” che è contrastato da una proteina frutto della sedentarietà: “più Opa 1 (proteina essenziale, di cui si riscontrano livelli normali negli anziani che svolgono regolare attività fisica, ma molto bassi nei sedentari), e meno Fgf21” (ormone che scatena l’invecchiamento dell’intero organismo ed è prodotto dal danneggiamento dei mitocondri – le centrali energetiche delle cellule – dei muscoli).

L’attività fisica fa produrre Opa 1, che protegge i mitocondri i quali, a loro volta, limitano la produzione dell’Fgfl, l’ormone della vecchiaia.

Per anni si era pensato che questo ormone fosse prodotto solo dal fegato e dal grasso e che avesse un’azione totalmente benefica, migliorando il metabolismo di grassi e zuccheri. Una ricerca di Caterina Tezze e Vanina Romanello ne ha evidenziato, invece, anche la faccia cattiva. “Non era chiaro come la vita sedentaria fosse collegata a un invecchiamento precoce. Il nostro studio – sottolinea il prof. Marco Sandri – spiega che l’invecchiamento “non attivo” porta al deterioramento dei mitocondri nei muscoli e a un aumento di Fgf21. Quando, nel sangue, i livelli di questo ormone sono alti per lungo tempo, l’organismo risponde con l’invecchiamento di pelle, fegato e intestino, perdendo neuroni, e con un’inflammatione generalizzata e tutto questo accorcia drasticamente la vita”.

Attualmente, il team del prof. Sandri studia le possibilità di bloccare/ridurre la produzione di Fgf21, mentre quello del prof. Scorrano, quelle di prevenire la perdita di Opa 1. La combinazione dovrebbe fornire armi per contrastare l’invecchiamento anche per chi è impossibilitato ad eseguire regolare attività fisica perché controindicata od incompatibile con le condizioni fisiche individuali.

I limiti

L’uomo del Duemila ha raggiunto i suoi limiti biologici? Dopo aver esaminato parametri come altezza, longevità e imprese sportive, uno studio conclude che non possiamo aspettarci ulteriori incrementi.

Il record mondiale di salto in alto, della corsa sui cento metri, del nuoto, ecc permangono non superati da anni e sembra sempre più difficile battere i primati nello sport.

La specie umana ha raggiunto, forse, il proprio “picco evolutivo” e non può migliorare ancora. Lo afferma l’analisi di informazioni statistiche raccolte nell’arco degli ultimi 120 anni su varie popolazioni pubblicato di recente da Jean-Francois Toussaint e coll. dell’Università Parigi-Descartes, su “Frontiers in Physiology”: esisterebbe un limite biologico a parametri come l’altezza, la lunghezza della vita o la capacità di andare oltre certe prestazioni sportive.

“A dispetto dei continui miglioramenti nutrizionali, medici e tecnologici, questi parametri cambiano di pochissimo: la società moderna sembra aver consentito all’uomo di raggiungere i propri limiti fisiologici. A guardare i dati non sembrano esserci dubbi: l’altezza media, per esempio, ha continuato a salire fino agli anni ‘60 per le donne e agli anni ‘80 del secolo scorso per gli uomini, ma poi, pare essersi stabilizzata. Lo stesso si può dire per le performance atletiche e questo può solo significare che la specie è arrivata al “capolinea evolutivo”.

Non è d’accordo Maria Marino, segretario della Società Italiana di Fisiologia, “perché – essa dice – esistono limiti biologici alle prestazioni umane, ma non si può negare che l’evoluzione sia in atto. Semplicemente, non ce ne rendiamo conto perché ci siamo in mezzo: evolversi significa adattarsi a un nuovo ambiente e la specie umana, come qualsiasi altra, lo fa tuttora. Al-

cuni indizi ci aiutano a capirlo, come la progressiva scomparsa dei denti del giudizio segnalata nelle nuove generazioni o i cambiamenti nella meccanica della masticazione, evidenziati dai dentisti e diretta conseguenza di una dieta che sta cambiando a favore di cibi sempre più morbidi. Non possiamo dire che l'uomo come specie abbia raggiunto i suoi limiti, perché significherebbe negare il processo evolutivo in corso”.

Non sappiamo però in che direzione stiamo andando, “Oggi sappiamo che non è vero il vecchio assunto “un gene, una proteina, una funzione”: l'epigenetica (che regola le modificazioni dell'espressione di geni e proteine in relazione all'impatto dell'ambiente) ci ha insegnato che da un gene possono derivare più proteine e più funzioni. Perciò non si può escludere a priori che non ne sbuchi una capace di aumentare l'altezza, la longevità o la performance atletica: l'uomo è molto di più dei suoi 2 mila geni”.

Secondo Touissaint, però, avremmo raggiunto il picco positivo della specie perché abbiamo alterato l'ambiente al punto da renderlo nefasto per la nostra biologia, fatto che per esempio non ci consente di campare più di 120 anni perché ci “esauriamo” ben prima. Stiamo peggiorando l'ambiente e questo ha ripercussioni negative sulla specie.

Per superare gli ostacoli posti, alla riproduzione, da un ambiente inquinato è necessario avere una buona “dose” di enzimi che detossifichino le cellule: probabilmente si stanno selezionando uomini e donne con queste caratteristiche, mentre gli altri sono destinati all'infertilità. Di nuovo, è la selezione all'opera e non sappiamo dove ci porterà.

La durata della vita potrebbe essere a un plateau adesso, anche per colpa dell'ambiente, ma chi può dire che non troveremo una tecnologia o farmaci in grado di far di nuovo salire la curva?

Forse l'asticella potrebbe spostarsi in là: è lecito

sperare che la specie umana abbia ancora tanta strada davanti a sé, anche se non conosciamo la meta. Ogni individuo ha i propri limiti biologici, ma ha anche uno scarso effetto sull'evoluzione in generale che quindi è meno facile guidare in un senso o nell'altro: oggi la popolazione è molto numerosa e qualunque carattere che un singolo possa avere sarà inevitabilmente diluito fra tantissimi. Agli albori dell'uomo invece era possibile l'“effetto fondatore”, quando uno solo poteva tramandare un gene a tanti, influenzando maggiormente la strada della specie.

Kloto: la proteina renale anti-invecchiamento

L'insufficienza renale rappresenta un'emergenza globale e i pazienti affetti da questa malattia sono in crescita in tutto il mondo. In particolare, l'insufficienza renale acuta porta a un rapido peggioramento delle funzioni del rene e può condurre a dialisi.

Studiosi della Sezione di Nefrologia dell'Università di Bari (Giuseppe Castellano e Angelica Intini) guidati dal Prof. Loreto Gesualdo, hanno dimostrato che si può proteggere il rene da questo danno con l'utilizzo di un nuovo farmaco, il C1-inibitore ricombinante, bloccando in maniera efficace il sistema del complemento (“American Journal of Transplantation”).

Grazie all'utilizzo del C1-inibitore, è preservata la produzione di una proteina chiave, denominata Klotho (Cloto per noi latini), dal nome della più giovane delle tre Moire (o Parche), divinità che, nella mitologia greca, tessevano il filo della vita dell'uomo e ne decidevano il destino

Klotho biologica è fondamentale per proteggere il rene dall'invecchiamento precoce, regolando le funzioni dell'apparato cardiovascolare e del sistema nervoso centrale.

Kloto statunitense

Due gruppi di ricercatori, uno di Yale e uno della New York University, sono finalmente riusciti a fotografare”, nel dettaglio in tre dimensioni, Klotho, **quest'altra molecola coinvolta e cooperante nel processo di invecchiamento.**

L'obiettivo che gli scienziati si prefiggono è capire come contrastarla “cosa che – scrivono su “Nature” – ci permetterà di capire come essa funzioni e, quindi, “copiarne” il meccanismo di azione e provare a costruire nuovi farmaci in grado di contrastare le malattie età dipendenti come alcuni tumori, diabete, obesità, ecc.”.

“Questi studi – commenta il prof. Piergiuseppe Pelicci (oncologia sperimentale IEO, Milano) – chiariscono definitivamente come funziona la proteina, fino alla sua struttura atomica. Si tratta di un co-recettore di un ormone chiamato Fgf, (fattore di crescita dei fibroblasti) coinvolto nei processi metabolici di diversi organi, tra i quali cervello, reni e fegato: aumenta la sensibilità all'insulina e facilita l'impiego del glucosio. Per funzionare, però, esso deve “attaccarsi” alle cellule bersaglio attraverso un recettore specifico, che in questo caso è dotato di un co-recettore, cioè una proteina della membrana che rende più forte il legame. Questa proteina fa parte della famiglia delle Klotho, e il suo ruolo è cruciale: si è visto infatti che, quando essa è carente, l'invecchiamento accelera mentre se è presente in abbondanza la durata della vita si allunga, anche di un terzo. Perciò dovrebbe essere possibile potenziare l'attività di queste proteine ed offrire possibilità di costruire farmaci specifici”. Si è già, però sviluppato un marketing aggressivo (creme antirughe, integratori alimentari, ecc.) per nulla, peraltro, qualificato scientificamente”. Sembra facile ma queste non sono le uniche proteine legate all'invecchiamento che la ricerca sta inseguendo”.

Clonazione: tocca all'uomo?

In Cina è stato clonato (dicembre 2017) un macaco, scimmia che appartiene l'ordine dei primati come noi. Questo potrebbe significare che la clonazione umana sia alle porte?

Alcuni indizi sono rappresentati dall'uso, in oncologia, di terapie che modificano geneticamente le cellule malate; da staminali usate per creare una nuova pelle; dalla biorobotica che ha prodotto una mano bionica che “sente” come una mano vera.

Conquiste inquietanti?

Zhong Zhong e Hua Hua sono i nomi dei due macachi (“cinomolghi dalla coda lunga”, piccoli primati molto diffusi nel Sudest asiatico) clonati con successo in Cina dall'equipe guidata dal genetista Qiang Sun. Finora i tentativi di clonare primati con il sistema impiegato per Dolly erano falliti: dagli embrioni non si erano sviluppati animali completi.

Riuscito, ora il tentativo cinese. I due macachi femmina nati in Cina hanno identico patrimonio genetico, sono cuccioli vispi e saltellanti le cui immagini hanno fatto il giro del mondo. Ma non sono gemelli naturali. Sono stati infatti creati nei laboratori dell'Istituto di neuroscienze della Accademia cinese della scienza di Shanghai con la tecnica della clonazione, la stessa con la quale nel 1996 era stata generata la pecora Dolly, il primo mammifero della storia clonato con successo.

Il risultato è una “prima” poiché, finora, nessuno era riuscito ad applicare questa tecnica ai primati, che sembravano “resistere” biologicamente alla clonazione. La tecnica detta “trasferimento nucleare di cellule somatiche” è questa: da un feto di scimmia A gli scienziati cinesi hanno prelevato una cellula del tessuto connettivo e, da una scimmia adulta B, una cellula uovo non fecondata dalla quale è stato rimosso il nucleo sostituendo

dolo con quello della cellula proveniente dalla scimmia A. Vi hanno aggiunto composti organici e molecole di Rna per risvegliare i geni vitali necessari allo sviluppo dell'embrione ed hanno applicata una corrente elettrica di stimolazione.

L'insieme derivante da parti di cellule delle scimmie A e B quindi è stato impiantato in una scimmia femmina adulta (madre surrogata o utero in affitto). Da questa, dopo una regolare gestazione, è nata scimmia clonata che ha lo stesso Dna della scimmia A.

In sintesi: rimozione del nucleo da una cellula uovo non fecondata, in questo caso di scimmia, e la sua sostituzione con il nucleo di una cellula somatica del donatore, in questo caso il feto di un'altra scimmia. La cellula così ottenuta si sviluppa fino a diventare un esemplare clone del donatore. Però, a differenza di mammiferi come pecore, topi o mucche, le scimmie sono portatrici di alcuni geni capaci di interrompere lo sviluppo della cellula uovo: è come se si opponessero alla clonazione. Dopo diversi tentativi falliti, gli scienziati cinesi sono però riusciti a superare questo limite, introducendo due nuovi ingredienti nel "brodo di coltura" dell'embrione clonato: molecole di RNA e una sostanza chiamata nicostatina A, capaci di risvegliare fino a duemila geni che promuovono lo sviluppo embrionale. "La tecnica che abbiamo messo a punto - ha detto il dr Qiang Sun - permetterà di comprendere meglio la biologia dei primati. Siamo, ora, in grado di produrre scimmie con lo stesso patrimonio genetico eccetto per un singolo gene. Questo ci aiuterà a studiare, meglio di quanto non si possa fare con i topi di laboratorio, alcune malattie che colpiscono l'uomo, come i tumori o le patologie neurodegenerative. La possibile combinazione di questa tecnologia di clonazione con quella del "taglia e cuci" del Dna servirà per creare modelli di cervello di primati, geneticamente ingegnerizzati, sui quali studiare al meglio

queste malattie. Inoltre sfrutteremo il vantaggio di non aver bisogno, per sperimentare, di centinaia di scimmie ma ci basteranno una decina di cloni".

Prima dei macachi cinesi, c'erano stati: la pecora Dolly (1996) da parte di Ian Wilmut e Keith Campbell del Roslin Institute di Edimburgo (Scozia): il primo mammifero frutto di una vera clonazione: è una pecora di razza Finn Dorset, nata da una cellula mammaria di una donatrice di sei anni. Fu soppressa il 14 febbraio del 2003, poco prima di compiere 7 anni, per le complicazioni di un'infezione polmonare. L'animale imbalsamato è conservato nel Royal Museum di Edimburgo.

Il toro Galileo: nel Laboratorio di tecnologie della riproduzione dell'azienda biotecnologica Avantea di Cremona, dove il dr Cesare Galli fa nascere, nel 1999, il primo clone al mondo di un toro adulto: Galileo, una copia genetica del toro americano Zoldo di razza Bruna. Non è solo il primo toro clonato, ma è anche il primo clone ottenuto da globuli bianchi, raccolti dal soggetto originale Zoldo. Una nuova tecnica sperimentata per dimostrare la possibilità di clonare animali anche da un semplice prelievo di sangue: le cellule dell'embrione vengono divise in modo da ottenere 2 (o più) embrioni identici.

La cavalla Prometea: nel 2003, il dr Cesare Galli di Avantea replica la clonazione, ma questa volta su una cavalla e con una novità: la cavalla che partorisce Prometea è la stessa da cui sono state prelevate le cellule per l'embrione. In pratica per la prima volta un mammifero partorisce una copia perfetta di se stessa.

Il macaco Tetra: nel 1999, scienziati dell'Oregon National Primate Research Center (Usa) fanno nascere Tetra, un macaco clonato in laboratorio con la tecnica della fissione embrionale. È una sorta di riproduzione artificiale di quello che avviene nelle gravidanze gemelle.

Il levriero Snuppy il nome ricorda quello di un personaggio dei fumetti, ma si tratta del primo clone di cane, creato nel 2005 dal controverso ricercatore sudcoreano Hwang Woo-suk, poi denunciato dalla comunità scientifica e dalle autorità per i suoi metodi non etici e per irregolarità negli esperimenti.

Embrioni umani: Nel 2013, partendo da cellule uovo umane private del nucleo e usando il materiale genetico di una cellula della pelle, ricercatori della Oregon Health and Science University (Usa) hanno ottenuto delle blastocisti (embrioni a una settimana dal concepimento) ricavandone cellule staminali embrionali da usare nella cura di malattie.

Vantaggi

“Disporre in laboratorio di animali identici tra loro diminuisce di molto – dice Giuliano Grignaschi, responsabile del benessere animale (Ist. ricerche farmacologiche Mario Negri di Milano) – la variabilità della risposta scientifica che ci aspettiamo quando facciamo un esperimento. Di conseguenza, la mia speranza è che questo avanzamento della tecnologia ci porti a riduzione del numero di animali utilizzati (sacrificati?) in laboratorio... In Italia è vietato produrre embrioni umani. Non lo si può fare neppure per la ricerca, cioè per la clonazione terapeutica che differisce da quella riproduttiva, che aspira a generare bambini clonati, “fotocopia” di persone (esistenti o già decedute) e che per la maggioranza della comunità scientifica mondiale non solo non avrebbe senso, ma evoca scenari inquietanti. Ci preoccupa che i grandi investimenti nelle ricerche sulla clonazione, oggi, interessino soprattutto Paesi che hanno leggi molto più deboli delle nostre per tutelare gli aspetti etici”.

L'elisir sardo

Non è il mirto ma un insieme di 230mila campioni biologici provenienti da 11.700 persone delle quali sono registrate e collegate con ogni campione i dati personali demografici e genealogici, conservati nella biobanca dell'Ogliastra, acquisita, all'asta, per fallimento, a metà 2017, per 258mila euro, dalla società privata londinese Tiziana Life Sciences. L'uso dei dati è, allo stato, in contestazione ed essi “fanno gola ai ricercatori perché – dice il prof. Gianni Pes (università, Sassari) – non solo il tasso di prevalenza degli ultracentenari in Ogliastra è tre volte superiore rispetto a quello nazionale ma si è potuto accertare che questa longevità presenta un'eccezionale “uguaglianza di genere”.

La probabilità degli uomini di raggiungere il traguardo dei cento anni è pari a quella delle donne”.

“Attraverso un lavoro di linkage del Dna, sarebbe possibile arrivare a individuare, tra tutti i genotipi umani, quelli maggiormente favorevoli per arrivare a un'età più avanzata. In totale, abbiamo circa 40 mila geni: restringendo il campo progressivamente, si potrebbe arrivare a trovare i pochi geni portatori di lunga vita. E poi, attraverso una molecola specifica, si cercherebbe di modificarli anche per chi sarebbe “destinato” a una vita più breve. Ecco perché l'intervento di una società privata estera genera molte perplessità e la fiera opposizione dei donatori dei campioni, che temono ci sia il rischio di una speculazione... Un gruppo di ricerca che trovasse il gene della longevità probabilmente arriverebbe a ottenere il Nobel e indubbi vantaggi economici. In teoria (ma tra questa e la realtà c'è un Oceano) – nell'eventualità che si trovi un gene mutato, basterebbe determinare la stessa mutazione per dare longevità anche ad altri”.

Per la verità, la longevità dipende da fattori biologici ma anche da stile di vita individuale, ambiente e contesto socio-culturale.

“La longevità umana è molto più complessa di quella animale. Migliaia di elementi interagiscono in noi.

Oggi abbiamo già molte difficoltà a comprendere l'interazione di due o tre geni. Finora nessuno ha trovato il gene dell'eterna giovinezza, e quando si è affacciata un'ipotesi, ben presto c'è stata una ritrattazione. Gli studi sui gemelli hanno dimostrato che, al massimo, il 20% di ciò che accade può essere spiegato da fattori ereditari. Tutto il resto è legato al nostro libero arbitrio: in gran parte, siamo noi stessi a determinare la nostra lunga o breve vita”.

“La caccia all'elisir di lunga vita - dice il prof. Claudio Franceschi (univ. Bologna) - è un'avventura appena iniziata... Nessuno oggi sa quanto possa durare, al massimo, la vita di un essere umano. Numerosi studi ci hanno suggerito, però, che è possibile portare indietro le lancette dell'orologio.

Uno studio che ha adottato un approccio puramente demografico ha indicato i 120 anni come limite programmato insuperabile.

Per avere idee ed elementi più chiari, bisognerebbe aspettare una nuova generazione di centenari, diversa da quella di oggi, più istruita ma anche i progressi della medicina nel combattere l'invecchiamento.

Per esempio, in alcuni laboratori si è riusciti a trasformare le cellule somatiche di un adulto in cellule staminali pluripotenti, ovvero in cellule progenitrici. Questo significa aver dimostrato che è possibile invertire il processo di invecchiamento e far ringiovanire le cellule. In futuro quello che oggi si può fare con ogni singola cellula (neuroni e cellule muscolari) lo si potrebbe fare con tutte così come trasferire nell'uomo lo scambio di sangue (da un giovane a un vecchio). Lo si è fatto, in

laboratorio, tra topi, trasferendo sostanze capaci di far ringiovanire le cellule del topo vecchio (viceversa, il topo vecchio trasferisce sostanze che fanno invecchiare biologicamente il topo giovane). Importantissimo è il ruolo della genetica nella rincorsa all'elisir di lunga vita. Ad esempio, qualche anno fa, abbiamo sequenziato (determinazione dell'ordine dei diversi nucleotidi che costituiscono l'acido nucleico con le informazioni genetiche ereditarie di nucleo, plasmidi, mitocondri, ecc) completamente il genoma di 84 supercentenari (e lo abbiamo fatto 100 volte in modo da avere una risoluzione altissima) per andare a caccia delle varianti genetiche rare che possono spiegare il perché questi soggetti siano riusciti ad arrivare ad età così avanzata. Non è escluso che si riesca finalmente a svelare il segreto di questi semisupercentenari”.

Le disuguaglianze

“Il denaro - dice Giordano Bruno Guerri - non dà la felicità e quando c'è la salute c'è tutto, dicono due proverbi. Già, ma, nella realtà attuale, purtroppo, il denaro fa accedere ai sistemi per la salute e la povertà, discriminata, non riesce a superare la soglia che renderebbe uguale l'accesso stesso.

In Italia, la speranza di vita - a 65 anni è di 18,9 anni per gli uomini e di 22,2 per le donne. Un anno in più rispetto alla media europea. Ma, dopo i 75 anni, gli anziani vivono in condizioni di salute peggiori, ai livelli più bassi, sia rispetto alla media dei paesi europei, sia rispetto agli altri grandi paesi europei, soprattutto per le donne. L'aspettativa di vita in buona salute degli italiani over 65 anni è di 13,7 anni mentre 15,8 anni quella delle italiane. I loro coetanei britannici possono contare sui 16,1 anni; quella delle coetanee europee su 19,1 anni.

Tredici milioni di italiani rinunciano a curarsi per motivi economici (10,9% dei casi), lunghe liste di attesa (9,8%). Gli anziani sono la maggior parte di questi “rinunciatori” contro la propria volontà. Tra gli anziani pesano maggiormente le disuguaglianze socioeconomiche. È evidente che le loro pensioni non permettono di curarsi quanto e come dovrebbero.

Risparmiano sulle medicine non passate dal SSN e sui ticket per gli esami ed il codicillo di anni di vita che essi si sono guadagnato a forza di mangiar poco, muoversi per necessità di lavoro, rinunciare a molti benefit e comodità, si rivelano più malconci di quanto potrebbero, li costringono a soffrire più di quanto dovrebbero.

Il 23,1% degli over 75 anni soffre di gravi limitazioni motorie (due punti più della media Ue);

Un vecchio, fa più pena di tanti altri che soffrono. Ci dà un senso di maggiore ingiustizia: perché la sua unica speranza, magari anche l'unico desiderio, è la salute.

E le differenze territoriali, persino nello stesso Paese, fanno disuguaglianza amara. Al Sud d'Italia si muore di più: fino a 3-4 anni prima. Nel 2001 – dice Ricciardi (ISS) – l'aspettativa di vita era più alta al Sud, mentre, oggi, nel Meridione, essa ha molto indietreggiato, perdendo gli avanzamenti guadagnati dal dopoguerra... alla base ci sono scarsa prevenzione ad iniziare dalla minore risposta (o mancata organizzazione?) agli screening oncologici, minore disponibilità di farmaci innovativi, minore efficacia ed efficienza delle strutture sanitarie. Pesa molto, inoltre, la situazione dei malati cronici che sono ormai 23 milioni (4 cittadini su 10) e il SSN non è ugualmente strutturato in tutto il Paese (paurosi deficit al Sud) per assistere adeguatamente questa massa di malati in crescita... la spesa sanitaria non può rimanere più al 6,8% del Pil ma deve aumentare attestandosi sui livelli europei”. “È inaccettabile – chiosava l'allora ministro della salute, Lorenzin –

che ci siano due Italie per la qualità dell'assistenza sanitaria: una al top nel mondo e l'altra in crisi”.

“A far venire i brividi è un pensiero, cinico quanto vuoi ma non irrazionale: allo Stato non conviene mettere gli anziani in condizioni di curarsi, con esenzioni o maggiori pensioni, perché più campano, più costano e meno rendono alla società. È una specie di eutanasia lenta e silenziosa, che lascia indifferenti e colpisce anche chi oppone fiere ribellioni all'eutanasia rapida e clamorosa. Nessuno sembra considerare il problema perché “tanto sono vecchi”. Non si pensa è impossibile pensarci sul serio, da giovani – che vecchi diventeremo tutti. Voi, ragazzi – ammonisce Giordano B. Guerri – vi dicono già da ora che avrete pensioni ridicole, se le avrete. In compenso diventerete vecchissimi. E senza cure. Lo ha comunicato l'Istat”.

Mentre l'INPS, l'ente creato per realizzare previdenza, deviato verso altre esigenze che dovrebbero trovare adeguata risposta in altri bilanci dello Stato, lo conferma, mentre il suo presidente pro tempore pontifica suggerendo a Governi e politici come disuguagliare sempre di più i pensionati di oggi e, ancor più di domani.

I pensionati:

L'aspettativa di vita per chi riceve una pensione (senza discriminare fra livelli economici) è superiore a quella della popolazione generale con punte del 20-25%. Lo rileva uno studio dell'Ordine degli attuari (2017) che, tra l'altro, afferma che l'aspettativa di vita media degli italiani è destinata a crescere fino al 2045 quando, per gli uomini, essa sarà di 88 anni e, per le donne, di 92.

I medici sono la categoria che, dopo i 65 anni di età, ha la più alta aspettativa di vita: vivono, da pensionati, altri 20,6 anni in media. Seguono gli

avvocati con 20,1 anni. In genere, i lavoratori pubblici hanno un'aspettativa di vita più alta (20,3 anni) rispetto a chi lavora nel privato (18,4). Le proiezioni dello studio rilevano che, nel 2045, la durata di vita residua dopo i 65 anni, si attesterà a 23-23,5 anni per gli uomini ed a 27 anni per le donne.

La cronicità

Il tema della assistenza alla cronicità si lega inevitabilmente a quello dell'invecchiamento della popolazione, essendo, spesso, il paziente di riferimento, una persona, per lo più anziana, affetta da più patologie croniche incidenti contemporaneamente (comorbidità o multimorbidità), le cui esigenze assistenziali sono determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche, ma anche ad altri determinanti (status socio-familiare, ambientale, accessibilità alle cure, ecc.). Circa 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale è, oggi, speso per la gestione delle malattie croniche. Il dato diviene ancora più preoccupante alla luce delle più recenti proiezioni epidemiologiche, secondo cui nel 2020 esse rappresenteranno l'80% di tutte le patologie nel mondo. Entro il 2060 si prevede che il numero di europei con età superiore a 65 anni aumenterà da 88 a 152 milioni, con una popolazione anziana doppia di quella under 15 anni. L'aspettativa di vita alla nascita risulta maggiore nei Paesi con PIL maggiore e, quindi, più ricchi. Spagna, Italia e Francia si attestano ai primi posti per longevità. L'Europa registra la maggior vita media delle donne (82,22 anni) in confronto di quella maschile (76,11 anni).

In un futuro ormai prossimo, nel 2032, secondo le proiezioni ISTAT, la quota di anziani over 65 italiani sul totale della popolazione dovrebbe raggiungere il 27,6%, con circa 17.600.000 anziani. I

dati indicano quindi come, con l'avanzare dell'età, le malattie croniche diventino la principale causa di morbilità, disabilità e mortalità, e gran parte delle cure e dell'assistenza si concentra negli ultimi anni di vita. Invecchiamento, cronicità e disabilità, che spesso si associano a più complessive situazioni di esclusione sociale, comportano la definizione di un nuovo modello di risposta alla domanda di assistenza, che renda il sistema più prossimo ai cittadini e ai loro bisogni.

Questi fattori impongono, pertanto, la definizione di strategie di assistenza coordinate ed integrate con azioni e prestazioni di natura socio-assistenziale.

Nonostante oggi la terza età sia sempre più attiva, dinamica e protagonista della società, ci sono delle condizioni fisiche legate all'invecchiamento che continuano a preoccupare. Interrogati su quali siano le conseguenze più negative del passare dell'età, gli italiani citano soprattutto la perdita di memoria e di lucidità mentale, la difficoltà a camminare e guidare e, più in generale, a prendersi cura di sé in maniera autonoma.

Secondo una recente indagine internazionale di GfK, che ha coinvolto oltre 22.000 persone di 17 Paesi - i disturbi fisici legati all'invecchiamento che preoccupano maggiormente sono: indebolimento della vista, perdita di memoria o lucidità mentale, mancanza di energia, difficoltà ad essere autosufficienti e perdita della capacità di camminare o guidare.

Risultati leggermente diversi da quelli registrati nel nostro Paese: la prima preoccupazione degli italiani è infatti la perdita della memoria o della lucidità mentale legate all'invecchiamento. Seguono, tra i timori più citati, la perdita della capacità di camminare o guidare, la difficoltà a prendersi cura di se stessi, la carenza di energia e l'insorgere di dolori fisici di vario tipo.

L'indagine mette in luce alcune differenze tra uomini e donne rispetto alle preoccupazioni legate all'invecchiamento. Infatti, se le condizioni fisiche che impensieriscono maggiormente sono all'incirca le stesse, scendendo nella classifica, emergono alcune preoccupazioni specifiche: gli uomini ad esempio si preoccupano più delle donne di "perdere il desiderio sessuale" (22% contro il 10%) mentre le donne sono più preoccupate di avere le rughe (22%, contro il 5% degli uomini).

Un secondo in più

La vita, tra fine giugno e primo luglio 2015, si è allungata di un secondo per consentire all'**orologio atomico di sincronizzarsi con l'imperfezione della rotazione terrestre.**

"È la rivincita - osserva Giuseppe Marino (Il Giornale) - dei ritardatari, rivincita che matura attraverso un periodico redde rationem tra chi spacca l'ora e chi si arrangia col più o meno, naviga nel declinare parole e situazioni come "all'incirca", "più o meno", "forse" promette "ci vediamo verso le...".

La giornata dura 24 ore ma, ogni tanto, perde un colpo, per l'attrito dei mari o dà un'acceleratina, come è successo durante i terremoti più violenti: il sisma in Giappone ha accorciato la giornata di 1,8 microsecondi, quello del Cile di 1,26 e soprattutto quello di Sumatra, che rubò addirittura 6,8 microsecondi (cioè millesimi di secondo).

Alle 23h 59m e 59 s del 30 giugno/1 luglio, i tecnici dell'Osservatorio di Parigi, che regola tutti gli orologi atomici del mondo, hanno aggiunto un fittizio 23h 59m 60s, per poi far scattare lo 0h 0m 0s e riprendere il normale conteggio del tempo. E non è poco poiché, in un secondo, nel mondo, nascono quattro bambini e si vendono sei bambole Barbie, si costruiscono 60 rossetti e un proiettile copre 900 metri, l'uomo sbatacchia le ci-

glia fino a sette volte e il falco le ali una volta, una particella di luce si sposta di 300.000 chilometri e una lumaca di un centimetro, Bill Gates guadagna 114 dollari.

Noi, quel secondo, lo abbiamo ricevuto per allungare la durata della vita. Alcuni lo hanno sprecato, altri tesaurizzato. I fenomeni di natura, spesso, ce lo restituiscono anche con l'interesse.

I più felici:

La Norvegia è il "Paese per vecchi", mentre l'Italia arranca, al 14esimo posto, nell'offrire agli anziani una buona qualità di vita: è quanto emerge, in sintesi, dai risultati del "barometro del benessere e della qualità di vita degli anziani". Questi ultimi sono, ormai, la maggioranza della popolazione in moltissimi paesi del mondo. Sviluppato da esperti della Columbia University, il nuovo barometro è stato presentato in occasione del Congresso Mondiale della International Association of Gerontology and Geriatrics 2017, a San Francisco, e mostra che al primo posto nell'offrire una buona qualità di vita agli anziani si trova la Norvegia.

Il Barometro tiene conto di fattori non solo economici ma anche sociali e di salute.

I cinque paesi (tra i 30 analizzati) che escono vincenti sono Norvegia (con un punteggio di 65 su una scala da 0 a 100), Svezia (62), Stati Uniti (59,8), Olanda (59,5) e Giappone (59,1). L'Italia raggiunge, a mala pena, 36,5.

Nello specifico, siamo penultimi in campo della produttività e del coinvolgimento degli anziani nel mondo del lavoro; ultimi sull'equità con forti gap per il benessere, salute e sicurezza economica tra poveri e ricchi; penultimi sul fronte della coesione sociale ed integrazione; terzi sulla sicurezza di misure di supporto al pensionamento ed alla sicurezza fisica.

Belle? Anche negli anta e forse più

Generazione “diversamente giovani” e non la caricatura a colpi di silicone, labbra turgide, zigomi sfrontati, sguardo al botox, trucco da mascherone, sieri miracolosi, creme e dintorni antiaging. Buon gusto e modica quantità anche nel make up, nel nome di Irene Brin che ammoniva “Nessuno vi chiede di rinunciare al trucco, anzi! Ma solo di limitarlo”. Ovvero la misura è il mio padrone.

La generazione “diversamente giovani” si fa strada e, senza strafare, si compone di donne “sicure di sé, dinamiche, assertive, in gran forma, ieri mandate in pensione oggi richiamate sulla ribalta, raffinate, dotate di uno stile impeccabile, a dimostrazione che l’eleganza dei tratti non è soggetta al morso e agli insulti degli anni” (Laura Laurenzi) che incarnano l’invito di Cicerone “Diventa presto vecchio, per vivere a lungo”.

Un fascino maturo, una riscoperta ed affermazione del sé, discreto ma prepotentemente ammirabile. A volte, persino, meglio di vent’anni prima. In pensione non la persona ma i limiti canonici dell’età. Con grazia e determinazione, piene di fascino ritrovato, rinverdito, di una personalità confermata, di uno charme riaffermato. Non una vecchiaia pavida e tremolante adombrata da Paul McCartney in “When I’m Sixty-four” ma quelli che un piglio vincente, simpatico ed aperto da silver age.

Ammirare per credere i volti e non solo quelli raccolti in una mostra fotografica “La lunga vita. Longevità nuova fonte di energia” allestita, qualche mese fa, a Palermo (Chiesa dell’Annunziata, detta “La Pinta”). Grandi vecchi fissati da un lampo, signore di buona società, sportive e popolarne come Maria delle sgaglioze (pezzi di polenta fritti), signora di Bari visibilmente “giovane” nonostante l’anagrafe e la fatica continua.

Il cervello:

È stato accertato che il cervello continua a modificarsi, adattarsi, migliorare durante tutta la vita. Si parla di “plasticità cerebrale”, a dimostrazione che il nostro cervello è malleabile e che, in qualche modo, possiamo plasmarlo con le nostre scelte, i comportamenti, le relazioni, l’esercizio, l’ambiente.

Nell’età adulta il nostro cervello (a differenza di quanto accade nel bambino che moltiplica vertiginosamente e senza censura alcuna, le proprie sinapsi, cioè i punti di contatto tra le cellule nervose o neuroni) seleziona le sinapsi che ritiene possano servirgli e taglia le altre. Tutto dipende da quel che facciamo e come esercitiamo le nostre facoltà mentali.

E, se vogliamo mantenere giovane il cervello, ci è fortemente consigliato di sognare ad occhi aperti, progettare, scoprire sempre nuovi saperi e più numerosi rapporti interpersonali, immettere novità ad evitare che il rimuginare nel passato blocchi la chimica del cervello. Non tagliamo le ali alla speranza, alla positività, alla progettazione del futuro prossimo e lontano senza porvi termine alcuno ad evitare che, giunti al termine, ci ritroviamo con un indefinito senso di vuoto.

Non focalizziamoci sugli obiettivi ma sul processo. Il cervello si nutre anche di attività atletiche pur se non finalizzate ma appaganti, aperte anche al gusto per il circostante, l’arte, gli amici, le curiosità.

I consigli:

1. diventare social: imparare a scrivere, inviare mail, navigare. Nuova avventura che aiuta;
2. andare alla ricerca delle parole: scrivere su notes ogni giorno tutte le parole che iniziano (il giorno successivo, che terminano) con

- una delle lettere dell'alfabeto, in successione; passare poi alle parole che iniziano o terminano con una sillaba definita;
3. riferire ad altri una notizia ascoltata alla Tv o radio oppure letta e, successivamente, modificarla secondo fantasia;
 4. carte, scacchi, dama, sudoku, parole crociate e qualsiasi altro gioco. Raccomandati, in particolare gli scacchi. Un libro od un giornale allungano la vita: almeno 3,5 ore di lettura per settimana riducono del 23% il rischio di morte nei 12 anni successivi rispetto ai non lettori; al di sotto delle 3,5 ore, la riduzione è del 17%.
 5. mutare regole ed abitudini. Usiamo insaponarci il viso con la mano destra? Facciamolo, a volte, con la sinistra; andiamo a letto dopo uno spettacolo Tv o altro evento? Invertiamone la successione, cambiamo la routine dei gesti;
 6. a fine giornata, ripensiamo gli avvenimenti della giornata, magari scriviamoli e, ancor meglio, aggiungiamoci fantasie e commenti; al risveglio, annotiamo il /i sogni della notte;
 7. nascondiamo un oggetto ed annotiamo il nascondiglio su un foglio che terremo da parte. Quindi, a distanza di tempo, cerchiamolo e, ritrovatolo, diamoci un piccolo premio qualunque;
 8. guardiamoci allo specchio e facciamoci le smorfie: aiuterà a tener lontane le rughe;
 9. a mattina, appena levati, mani in alto per 10-20 volte, altrettanti inchini il più profondi possibile e, poi, mani intrecciate sotto un ginocchio (e poi l'altro), portando l'arto il più possibile contro il torace. Ripetere a sera;
 10. se, durante la giornata, ci accorgiamo di aver dimenticato qualcosa, non facciamone una tragedia. Può capitare anche ai giovani. Prendiamoci, piuttosto, in giro. Un po' di autoironia non sdice.

Il cuore: 37.324.800 battiti in più

Ovvero, ancora un decennio. Bisogna attrezzarsi perché “è cambiato il nostro cuore. Basterebbe confrontarlo con quello degli anni '70-'80 del secolo scorso”. Lo constata, denuncia e programma il futuro A. Boccanelli in “Conoscere e curare il cuore 2017” e lo prendiamo a paradigma, riportandolo fedelmente, a testimoniare il “nuovo” realizzato e, soprattutto, quello di là da venire.

“Le modifiche consistono – dice Boccanelli – in aumento della massa ventricolare, aumento delle dimensioni atriali, deposizione di collagene miocardico e deposizione di calcio a livello valvolare e coronarico, con aumento di rigidità della parete arteriosa. Le conseguenze sono l'ipertensione sistolica isolata, la sclerosi valvolare aortica calcifica, l'amiloidosi cardiaca senile, la coronaropatia calcifica multivasale.

La multimorbosità condiziona molti esiti negativi. Il frequente deficit cognitivo comporta una prognosi negativa in molte patologie, quale lo scompenso cardiaco. La gestione è resa ulteriormente complicata da altre frequenti condizioni geriatriche, quali l'incontinenza urinaria (18-45%), le cadute (32-43%) e la fragilità (14-25%). A seguito dello studio Partner, la fragilità è stata identificata come uno dei più importanti predittori di esito nella popolazione anziana.

La politerapia è molto frequente nell'anziano e tale da condizionare i risultati delle cure a causa della maggiore suscettibilità agli effetti indesiderati ed alle interazioni possibili causate dalla ridotta funzionalità dei filtri epatico e renale.

La transizione demografica derivante dall'aumento dell'attesa di vita degli ultimi decenni – continua Boccanelli – è legata soprattutto alla migliore prevenzione e cura della malattia aterosclerotica, con le sue espressioni cardiaca e vascolare. Il paziente con problemi cardiovascolari oggi è molto più avanti con gli anni di quanto

fosse negli anni '70 e '80 del secolo scorso e spesso si presenta con problemi di pertinenza geriatrica che impongono una revisione profonda degli obiettivi delle cure, degli esiti attesi e del processo stesso di cura.

La popolazione dei paesi occidentali sta invecchiando rapidamente: in Italia gli ultrasessantacinquenni sono oggi il 21% della popolazione generale e diventeranno il 33% nei prossimi 20 anni. Uno dei segmenti demografici in più rapida crescita è rappresentato dagli individui di 80 e più anni, il cui numero verosimilmente raddoppierà nello stesso arco temporale. Attualmente, in Italia, gli ultranovantenni sono 600.000 e i centenari sono 18.000.

Le Malattie CardioVascolari (MCV) sono responsabili dell'80% e del 60% delle morti nella popolazione oltre 65 e 75 anni, rispettivamente.

La malattia coronarica, l'ipertensione, l'ictus, le aritmie e le valvulopatie diventano più frequenti con il passare delle decadi, e attualmente i motivi più frequenti di ospedalizzazione per cause "mediche" sono lo scompenso cardiaco e la fibrillazione atriale, che contribuiscono, insieme, al 2% della spesa sanitaria generale. I Cardiologi si trovano a doversi confrontare con una serie di problemi legati all'età che avanza, che sono gli stessi per i quali la popolazione anziana veniva sistematicamente esclusa dai trial clinici: la gestione tradizionalmente basata sulla medicina dell'evidenza e sulle linee guida viene spesso a mancare o diviene estremamente più complessa. A titolo di esempio, il deficit cognitivo è una variabile indipendente di prognosi peggiore ed è presente nel 10% delle persone oltre i 65 anni e in più del 40% degli ottuagenari.

L'obiettivo della Cardiologia Geriatrica è quello di adattare la cura delle Malattie cardiovascolari (MCV) ad una popolazione che invecchia, mediante l'introduzione di concetti di medicina ge-

riatrica nella cura dei pazienti più anziani con MCV. La Cardiologia è la specialità medica che ha assistito, negli ultimi anni, allo sviluppo maggiore nelle conoscenze cliniche e di fisiopatologia, disponendo di mezzi diagnostici e terapeutici ad elevata tecnologia. La Geriatria, per vocazione e tradizione, è la specialità che si prende cura della complessità dello stato di salute dell'anziano. La grande rivoluzione tecnologica comporta sempre più frequentemente decisioni terapeutiche che, di fronte a tali caratteristiche di complessità clinica, assumono forti connotazioni etiche ed economiche, individuali e sociali.

Da qui la necessità - si augura l'A. - di creare una nuova cultura e una nuova sensibilità, non una nuova specialità. Occorre conoscere questa nuova popolazione: l'epidemiologia, i registri, la verifica degli esiti delle cure, l'interiorizzazione del concetto di complessità sono gli strumenti".

A come affettuosità - S come sesso

L'amore non ha età oppure "non ho (più) l'età per amarti"?

Un più di troppo poiché le più recenti vedute scientifiche affermano che sentimenti e pulsioni di innamoramento e di sesso in età avanzata non è sintomo di perversione o anormalità, e la società non considera più tabù l'innamorarsi e l'instaurare nuove relazioni.

Il desiderio di condividere, convivere, accompagnarsi, confidarsi, far sesso con un'altra persona non si attenua con il passare degli anni. Non ci sono "anta" che tengano e lo impediscano. Menopausa ed andropausa sono "accidenti" dell'essere umano che, in quanto tali, non ne modificano desideri fisici, morali, intimi, psicologici, sessuali.

Non si individuano differenze sostanziali, legate all'età, nell'innamoramento. L'**empatia** con una

persona, il bisogno di scambiarsi pensieri, sentimenti, effusioni, propositi, sogni, progetti non sono età dipendenti né decadono o diventano disdicevoli con il passare degli anni. L'aspirare e realizzare oppure vivificare la vita a due concrete miglioramenti psichici, sentimentali, fisici, rinforza la voglia di vivere, di procurare e ricevere felicità intima, di non negarsi né negare benessere, di progettare insieme anche a lungo termine: invecchiare meglio e non nella routine di cuori/persone solitari, nella emarginazione. Scoperta, di gioia e di vero amore.

Diversità per età possono derivare dall'esperienza, dalla maturità, dalla concretezza dell'anziano rispetto al giovane.

L'amore si colora di emozioni che non perdono tonalità, anzi le acquistano maggiormente vivificate e modulate da attrazione, affinità di pensiero, di interesse, spiritualità, di preziosità di rapporto.

“Amo vedere gli anziani che si prendono per mano: è la prova tangibile di come l'amore vinca le difficoltà e le tentazioni della vita... La terza età può essere un momento di scoperta, di gioia e di vero amore” (Marco Trevisan).

All'anziano si attribuisce una realtà asessuata, si prescrive un ruolo che prescinde (deve prescindere) dal sesso.

A 75 anni, solo un uomo su quattro perde interesse per la sessualità. Studi condotti da Masters e Johnson indicano che le persone fisicamente sane, restano sessualmente attive fino ad oltre gli 80 anni. Ma l'80enne di oggi, rispetto a quelli dei tempi di Masters e Johnson, hanno più salute e più speranza di vita. Desideri, sogni, pulsioni e capacità incalzano anche negli “anta” avanzati.

Incidono molto anche educazione ricevuta, esperienze di corporeità e sessualità vissute, precedenti rapporti, ecc. realtà pregressa della coppia e così via. La storia personale di ogni soggetto e l'ambiente circostante agiscono, in positivo o

negativo, come fattori influenzanti. Vecchi stereotipi e condizionamenti possono rendere difficile e non “attuale” la condotta sessuale della persona. Egli, però, grazie alla propria inclinazione a lasciarsi guidare dai sentimenti, può ritrovare un'attività sessuale piena e soddisfacente (Goleman), un fattore che aiuta prepotentemente a ringiovanire dal punto di vista emotivo, fisico e psichico. Il sesso è per Klentze l'elisir di lunga vita. Esso contribuisce ad umanizzare e socializzare la condizione degli anziani, è un contraveleno a solitudine ed emarginazione che spesso accompagnano ed avvelenano la vita dell'anziano.

L'imperatore cinese Lyang Vu Ti, morto ultracentenario, attribuiva la propria longevità al km di distanza che separava il proprio dall'appartamento della moglie. Lo visitava spesso ed il sesso si accompagnava alla benefica “camminata”.

La riprovazione sociale nei riguardi del sesso “anziano” si sta dissolvendo progressivamente. Pindaro, morto a circa 80 anni di età, fu trovato, in un ginnasio, addormentato serenamente tra le braccia del giovanetto che egli, nonostante l'età, teneramente amava e con il quale faceva sesso. Trattandosi di Pindaro, nessuno ebbe a ridire.

Nell'uomo, a volte si presenta disfunzione erettile secondaria o psichica o incapacità eiaculatoria, mentre nella donna, disfunzioni orgasmiche, dolori durante il rapporto sessuale, vaginismo. Disturbi, questi, dipendenti, spesso, da processi psichici (reazione emotiva inadeguata, ansiosa e spesso fobica, colpevolizzazione per i desideri erotici, ecc.) o che, comunque, se confidati al medico (spesso non lo si fa “per vergogna” che deriva dal solito tabù del sesso “disdicevole” in post-menopausa) trovano facile terapia efficace.

L'accettazione di funzione e visione riduttive della propria sessualità è comune e non desta conflitti

particolari, non ostacola un' "equilibrata e soddisfacente" vita di coppia. È nell'esperienza comune che una "equilibrata e soddisfacente vita di coppia" offra quella serenità e sicurezza indispensabile per chi si sente più fragile.

"Sotto le lenzuola, problema non è essere vecchi ma sentirsi vecchi. Più si pensa alla propria età anagrafica, meno si riesce ad usare con soddisfazione il sesso. L'età autopercepita ha un gran peso nel rendimento (Amy Estill, Journal Sex Research).

Una ricerca del prof. David Lee dell' **university of Manchester**, pubblicata sugli Archives of Sexual Behavior, ha accertato che oltre metà (54%) degli uomini e quasi un terzo (31%) delle donne over-70 sono sessualmente attivi e che, i soggetti tra 50 e 80 anni fanno sesso, in media, **due volte al mese**.

"L'amore e l'affetto resistono alla prova del tempo e molti sono coloro che ancora si abbandonano a frequenti baci e carezze, come riferiscono il 31% dei maschi e il 20% delle donne e la diminuzione di attività sessuale dipende più dall'andamento della salute in generale e dai contrasti all'interno della coppia che dall'aumentare dell'età. **Emerge, però, una disparità tra generi:** i maschi risultano più attivi perché più spesso hanno una partner più giovane e le donne più anziane hanno più probabilità di essere vedove e quindi di vivere sole più a lungo". Le nostalgie del passato non ripagano.

David Lee conclude: "Speriamo che i nostri risultati migliorino la salute pubblica, combattano stereotipi e pregiudizi sulla sessualità in età anziana e offrano un punto di riferimento per poter confrontare le proprie esperienze e aspettative".

Ma, secondo i Center for Disease Control Usa, le "scappatelle" senili spesso, purtroppo, sfociano in una malattia sessualmente trasmissibile. Dal 2000, l'incidenza della lue tra gli anziani è au-

mentata del 52%, la clamidia fino al 32%. Per l'aids, circa l'8,5% di tutti i pazienti diagnosticati ha almeno 50 anni (10,8% nel sesso maschile) e quasi il 5% sono over 60 anni.

A volte l'anziano che trova difficoltà nell'espletamento del sesso si deprime specie quando ascolta le confidenze degli amici coetanei i quali vantano performance invidiabili anche da un giovane.

Ad un 80enne che riferiva tale senso di inferiorità, lo Psicologo consultato rispose: "ti dicono questo? Dillo pure tu e sarete pari".

Secondo Pitagora, quattro sono le fasi della vita: i vent'anni, i quaranta ed i sessanta. Questi segnano il limite oltre il quale subentra l'ingresso nella vecchiaia che, a quei tempi, faceva perdere i diritti civili e considerava finito il tempo dell'amore: "Qual mai vita, qual piacere senza l'aurea Afrodite?/ Che io muoia, quando di queste cose più non mi importi,/ il furtivo amore e i dolci amori e il letto,/ che di giovinezza sono i fiori bramati/ da uomini e donne. Quando poi dolorosa sopraggiunga / vecchiaia, che turpe del pari e vile rende l'uomo/ sempre nell'animo tristi cure lo struggono/ né si rallegra a vedere i raggi del sole,/ ma è odioso ai fanciulli e spregevole alle donne/ così orribile un dio fece la vecchiaia" (Mimnermo).

Gli fa eco Anacreonte: "Canute ormai le tempie/ sono, e bianco il capo/ e giovinezza amabile/ non è più meco, ma vecchi sono i denti/ E della dolce vita/non più molto tempo rimane:/ perciò io singhiozzo/ spesso, al terrore del Tartaro/ poi che orribile è l'antro/ d'Ade e funesta la discesa/ ad esso: ed è certo,/ per chi scende, non risalire".

Roberto Bernabei, presidente Italia Longeva (università Cattolica, Roma), dice "le patologie oggi hanno meno peso sulla vita degli anziani. Innamorarsi andrebbe raccomandato alla pari dell'attività fisica e della sana alimentazione perché

i rapporti familiari e sociali sono farmaci naturali. I sessantenni e i settantenni di oggi, uomini e donne, non sono più vecchi rinunciatari. Oltre all'uso più comune di farmaci tipo viagra, si assiste ad un allungamento degli anni dedicati all'affettività e all'intimità, per entrambi i generi".

MATUSALEMME

I mille anni di Matusalemme? Un errore di trascrizione/traduzione dall'aramaico al greco fatto dai traduttori della Bibbia nel III secolo d.C. e scoperto dal ricercatore russo, Mikhail Verba.

Essi non avrebbero tenuto conto del sistema numerico dei Sumeri non corrispondente a quello in uso in Grecia.

Secondo il Verba, che rifà i conti sulla base del calendario greco, Matusalemme non sarebbe morto a 969 anni, ma a 120 che, peraltro per quei tempi, erano pur sempre un traguardo irraggiungibile.

Da tavolette cuneiformi ritrovate nella bassa Mesopotamia si può rilevare che alcuni re sumerici regnarono per millenni. Uno, addirittura 43.200 anni.

Errori voluti o deificazione del personaggio?

Tra i longevi antichi, Sofocle (496-406 a.C.), Isole (436-338 a.C.), Enrico Dandolo (1108-1205), Andrea Doria (1466-1560),; Tiziano Vercellio (1485-1576), Louis de Richelieu (1696-1788), Bertrand Russell (1872 - 1970).

La più recente è Jeanne - Louise Calment, nata il 21 febbraio 1875 e il 4 agosto 1997: 122 anni e 164 giorni: "la bisnonna di tutti i francesi" (Jacques Chirac). Un notaio aveva acquistato la sua casa come nuda proprietà. Jeanne gli sopravvisse di un anno dopo aver commentato l'"affaire" con un "capita a tutti farne un cattivo".

Una ricerca di Olshansky e coll. ("In search of Methuselah: estimating the upper limits to human longevity", Science 1990) ha calcolato di quanto potrebbe aumentare l'aspettativa di vita se si eliminassero malattie cardiovascolari, dia-

betes e cancro ed ha concluso "Pur ammettendo che terapie ipotetiche per la maggiori malattie degenerative riducano la mortalità globale del 73%, sembra estremamente improbabile che l'aspettativa di vita alla nascita possa superare gli 85 anni". Smentita a distanza di pochi anni: siamo a 79,6 per gli uomini e 84,4 per le donne.

La terapia delle idee

"È ora di ricominciare - suggerisce mirabilmente Antonella Goisis parlandone al Convegno Federpev (2017) della Regione Lombardia ("Movimento e Benessere...") - con quest'altro tipo di terapia ("delle idee"), esorcizzare l'idea morbosa della vecchiaia che mantiene i cittadini anziani paralizzati nella depressione, immeschiniti dalla rabbia e alienati dalla loro vocazione di "antenati".

Dobbiamo ripristinare l'idea di carattere, che rafforza la fede nella unicità dell'individuo come forza strumentale capace di influire su ciò che ciascuno apporta al pianeta.

Dobbiamo passare dalla vecchiaia come limite alla vecchiaia come opportunità.

T.S. Eliot ha scritto: "I vecchi dovrebbero essere esploratori"; forse questo significa: segui la curiosità, indaga idee importanti, rischia la trasgressione... È un errore madornale leggere i fenomeni della vecchiaia come indizi di morte invece che come iniziazioni a un'altra modalità di vita.

La capacità di essere vecchi in modo pieno, di essere autentici nella nostra esperienza e disponibili con la gravitas e l'eccentricità della nostra presenza, influisce direttamente sul nostro bene e su quello di chi ci sta accanto.

Questo fa della vecchiezza un tempo pieno, che non prevede pensionamento".

Le suore ed i frati

Suor Candida Bellotti (al secolo Alma) nata a Quinzano (Verona) il 20 febbraio del 1907, deceduta, nel maggio 2017, all'età di 110 anni. Era la suora più anziana nel mondo.

Nella festa del suo ultimo compleanno non aveva mancato di ricordare aneddoti della sua vita e di scherzare sul proprio primato di longevità (era entrata a far parte, nel 1931, della Congregazione delle Ministre degli Infermi di San Camillo, ha prestato la sua opera come infermiera professionale in diverse città d'Italia. In occasione del 107mo compleanno, aveva incontrato, nella parrocchia di Santa Marta, a Roma, papa Francesco.

Il segreto di tanta longevità? "Ascoltare la voce di Cristo ed essere docili alla sua volontà. In tutta la mia vita ho sempre pensato: dove il Signore mi mette, quello è il posto giusto per me". Se suor Candida era nota al mondo per essere la suora più anziana, il record maschile, nella Chiesa cattolica, spetta a don Jacques **Clemens (olandese-belga, nato l'11 luglio 1909 e deceduto il 7 marzo 2018 all'età di 108 anni, 239 giorni.** Al momento della sua morte, Clemens era il prete cattolico vivente più anziano del mondo, il più vecchio uomo vivente in Belgio ed il più antico uomo nato olandese.

Quando ha spento le sue 107 candeline, don Jacques ha anche raccontato quello che, per lui, era il segreto di una vita così lunga: una routine regolata in modo rigoroso. Levata alle 5 e 30 del mattino e nanna alle 9 di sera.

Il prete secolare più vecchio d'Italia è stato don Luigi Curti morto a 102 anni appena compiuti nato nel 1914, deceduto il 6 marzo 2016. Per 80 anni è stato al servizio della parrocchia di Marzio, nel Varesotto

"Ha battezzato intere generazioni di abitanti del paese. Il suo vero record - ricorda il sindaco Michele Sartoris - non è stata la longevità, né il fatto

di esser stato parroco per decenni, ma la sua persona: un prete moderno, che sapeva tenere unito un piccolo paese, sapeva pensare ai problemi, una persona di grande umiltà. Non amava il titolo di monsignore, per questo tutti lo chiamavano semplicemente don Luigi. Viveva nel silenzio e nel lavoro continuo, si alimentava frugalmente, la sua giornata era scandita dalle campane e, al loro suono, si levava al mattino e, a sera, andava a letto".

Presso il nostro dipartimento della University of Sheffield - **riferisce, al Daily Mail, il dr Michael Silva-Jothey, principale autore di uno studio - abbiamo accertato, sperimentando su animali, che la longevità delle suore è spiegabile con l'astensione dal sesso:** alcuni vermi vivevano più a lungo di quelli che, invece, tentavano quotidianamente di riprodursi.

Il taglio di anni di vita sarebbe addebitabile ad un ormone, che l'animale rilascia ogni volta che produce sperma, nel caso dei maschi, o uova, nel caso delle donne; questo processo ha un effetto negativo sul sistema immunitario, rendendo l'insetto più vulnerabile ad infezioni letali.

Suore come le zitelle che vivono la propria astinenza sessuale si ritrovano con un gruzzolo di anni di vita in più.

Suore, monaci e preti vivono più a lungo anche grazie a livelli più bassi di pressione sanguigna. Il primato, però, spetta ai monaci. "Dagli studi condotti - dice il dr Luy, a capo del team Hemox - sappiamo che i monaci vivono in media 4-5 anni di più degli uomini in generale, mentre le suore hanno solo un piccolo vantaggio rispetto al resto delle donne".

Indagata la particolare longevità dei monaci certosini.

A parte il sesso e le modalità di vita, non si può prescindere dal mettere in relazione questa longevità con la ferrea dieta vegetariana cui i religiosi si sottopongono e la pratica costante della

meditazione, forma di preghiera che coinvolge beneficamente i tre livelli dell'essere umano: fisico, psichico e spirituale. Nel Trecento, sotto la promozione del papa Urbano V, si discusse circa l'applicazione di questa regola ai certosini malati che, malnutriti e senza proteine animali, sarebbero morti prematuramente. I certosini poterono smentire con i dati questa accusa: i confratelli ammalati, sottoposti a dieta a base di decotti, brodi, erbe, pesce ed uova, guarivano con molta più rapidità rispetto a quei monaci di altre comunità cui era consentito l'uso della carne.

La diatriba non accennava a placarsi finché papa Urbano V fu raggiunto ad Avignone, da una nutrita delegazione di certosini, novantenni ed ultracentenari che, venuti a piedi dall'Italia, chiedevano udienza. Quei monaci vollero, così, dimostrare al Papa che la "nostra dieta consente

una invidiabile integrità fisica e mentale nonché lunga vita e non è una "inutile ed insalubre penitenza". E la proposta di consentire una deroga alla regola del "niente carne neanche per i malati" fu respinta senza ulteriori dibattiti.

Un esempio, tra tutti, il certosino Aynard o Eynard, nato nel 1064 nella importante famiglia dei Monteynard, dopo una vita attivissima ed osservante, morì, in buone condizioni psichiche e fisiche all'età di 126 anni di cui 105 trascorsi con l'abito certosino.

In "Orizzonte perduto" di Hilton, i monaci tibetani del monastero Shangri-La, notoriamente longevi, dicono "la nostra principale credenza è la moderazione.. Inculchiamo la virtù di evitare eccessi di qualunque specie; paradossalmente persino eccessi di virtù... La nostra gente è moderatamente sobria, moderatamente casta e moderatamente onesta".

Invecchiamento attivo: una convinzione, uno stile di vita, un comportamento solidale...

a cura di Antonino Arcoraci

François de La Rochefoucauld, nelle sue "Massime", nel 1678, ha scritto: *Arriviamo impreparati alle diverse età della vita e spesso manchiamo d'esperienza nonostante gli anni.* Questo, nonostante sia a conoscenza di tutti che la vita media tende sempre più ad allungarsi, che il numero degli anziani è in continuo aumento, che il «pianeta anziano» è diventato «problema» che si esprime come **problema economico, solidaristico, comunitario.**

È stata l'O.M.S. a capire per prima, l'importanza dell'invecchiamento attivo. Lo ha definito *processo volto ad ottimizzare le opportunità per la salute, la partecipazione e la sicurezza, allo scopo di rafforzare la qualità della vita, mentre la gente invecchia.* Ed è stata l'O.M.S. a spingere per proclamare il *1993 Anno Europeo degli anziani*, il *1999 anno degli Anziani per le Nazioni Unite*, a sollecitare, nel 2002, a Madrid, il piano d'azione sull'invecchiamento. Nello stesso anno, a settembre, a Berlino, a sostenere gli Stati membri dell'UE nell'impegno per una strategia d'azione in campo Europeo.

I 27 stati membri dell'Unione Europea, più l'Islanda, il Liechtenstein e la Norvegia, hanno deciso di adottare un piano d'azione e una strate-

gia. Si sono impegnati a promuovere *l'invecchiamento attivo* attraverso l'integrazione dei diritti e delle esigenze degli anziani nelle loro politiche economiche e sociali, mirando a creare una società per tutte le età, nel rispetto della evoluzione demografica nel mondo, e senza discriminazione in ragione dell'età. Hanno definito il 2012, anno dell'*invecchiamento attivo* senza discriminazione di genere e di razza e hanno affrontato il problema sotto l'aspetto umano, con idee e mezzi mirati a diffondere la cultura che *la terza e anche la quarta età, non sono la fase residuale dell'esistenza, ma un bene di cui beneficiare tutti.*



Martin Kastle, relatore del progetto, ha sintetizzato in due "punti principali" gli obiettivi da sviluppare: **educare** al rispetto della dignità delle persone anziane, **supportare** le persone anziane nella partecipazione alla società civile e al volontariato, in modo da eliminare le barriere intergenerazionali.

Anche l'Italia – secondo paese più vecchio d'Europa – ha progettato un internet saloon, scuola gratuita per gli ultra 50enni disponibili ad avvicinarsi all'informatica, l'immagine europae formula anti-ageing, un concorso fotografico, l'organizzazione di corsi di alfabetizzazione informatica per nonni. Il ministro Riccardi, nell'aprile 2012 ha organizzato a Roma un incontro con tema *Sfide*

demografiche e solidarietà tra le generazioni. A chiusura dell'anno dedicato all'invecchiamento attivo e solidarietà tra le generazioni, ha pubblicato la Carta nazionale per l'invecchiamento attivo che vuole un *invecchiamento attivo, vitale e dignitoso in una società solidale*, che serve a dare seguito all'anno europeo dell'invecchiamento attivo mirando a tradurre le sfide in opportunità di coesione e crescita, che rappresenta un'implementazione del Piano Nazionale per la Famiglia, approvato dal governo il 7 giugno 2012.

La FEDER.S.P.eV., anticipando i tempi, lo ha fatto argomento di relazione al 47° Congresso Nazionale a Caserta con titolo: *l'anziano un peso o un'opportunità* e a Tivoli nel 2013 come *invecchiamento attivo*. Renato Ponzoni ha riportato i dati e i concetti di M. Letizia Tanturri sull'*invecchiamento della popolazione*. La FEDER.S.P.eV. ha pubblicato un articolo su Previdenza Medica. Marco Perelli Ercolini ha scritto un suo articolo su Azione Sanitaria nell'ottobre 2012. Armanda Cortellezzi lo ha sintetizzato in un filmato.

L'invecchiamento attivo è stato argomento del Convegno regionale di Palermo e l'Auser Lombardia, lo ha sviluppato a Milano, come momento di confronto con esperti e rappresentanti delle istituzioni.

Messina, nel corso degli anni, lo ha trattato nelle sue diverse espressioni: genericamente come *invecchiamento attivo*, come *invecchiamento attivo e società*, *l'alimentazione per un invecchiamento attivo*, *lo stile di vita*, *la prevenzione*, *l'assistenza all'anziano*, *l'anziano fragile*. Lo ha fatto sempre con altre Associazioni cittadine, nei luoghi istituzionali e con la più ampia diffusione del messaggio. Obiettivo: *incentivare il passaggio dalle politiche incentrate sui bisogni delle persone più anziane considerate ormai soggetti passivi, a politiche che riconoscono a ogni individuo, il diritto e la responsabilità di partecipare attiva-*

mente alla vita della comunità in ogni fase della esistenza, inclusa l'età anziana.

Da questi incontri - Convegni o Tavole rotonde - alla presenza degli esperti e dei politici, è scaturito imperativo, *l'obbligo della tutela della salute e l'importanza dell'educazione all'invecchiamento* secondo i principi della geragogia che invitano a *non avere mai tempo vuoto* e a *non cadere nella ghettizzazione geriatrica*, a *rafforzare la propriocezione senza lasciarsi prendere dalla nostalgia del passato* per non entrare nell'apatia o peggio, nella depressione.

Brutta cosa è sentirsi emarginati! Bisogna fare in modo che *la vita venga vissuta in tutti i suoi momenti* godendo di quanto ancora gli anni possono dare fino a quando la salute cede il passo alla malattia.

Seguire un'*alimentazione* che tenga conto dell'età, del sesso, del peso corporeo, dell'attività fisica, del clima lasciando invariato il fabbisogno di sostanze nutritive, specie vitamine, sali minerali e fibre e acqua. Soprattutto personalizzandola, in ragione delle esigenze senza scadere nel difetto, che è causa di malnutrizione.

Parlando di *stile di vita dell'anziano* è stato messo in luce il concetto *salutistico*, che Vittorio Nicita Mauro sintetizza in 10 punti:

1. *La salute è un bene prezioso che si deve imparare a tutelare sin dall'infanzia.*
2. *Adottare un'alimentazione equilibrata e varia mantenendo il peso ideale.*
3. *Svolgere costantemente attività intellettuale e possibilmente creativa: l'apprendimento costante è farmaco di giovinezza.*
4. *Considerare le relazioni sociali, l'amicizia ed in particolare l'amore importanti ad ogni età.*
5. *Praticare attività fisica con regolarità e proporzionalmente all'età.*
6. *Evitare il fumo e le droghe, limitare il consumo di alcolici.*
7. *Lo stile di vita non deve essere aggressivo.*

8. *Usare i farmaci, in specie gli psicofarmaci, solo quando realmente necessari e sotto controllo medico.*
9. *Affrontare la vita con ottimismo: pensare positivo attenua lo stress e fa vivere meglio.*
10. *Seguire un proprio progetto di vita capace di favorire una progressiva crescita spirituale, cercando di avere sempre più sogni e meno rimpianti.*

Per allontanare la vecchiaia, bisogna rallentare il processo di invecchiamento. Bisogna *prevenire* ottimizzando le opportunità, la partecipazione e la sicurezza. L'Ue sostiene tre linee di difesa: il *mantenimento della salute, la partecipazione, la sicurezza* che vengono attuate con la *prevenzione primaria, secondaria e terziaria riabilitativa e la sicurezza ambientale*. Con la correzione delle *abitudini personali errate e la prevenzione delle contaminazioni ambientali*.

Il Convegno sull'Assistenza all'Anziano, calandosi nella realtà locale, ha avuto modo di discutere la validità del sistema, di proporre nuovi metodi e pubblicizzarli perché tutti ne venissero a conoscenza. In mancanza di un sistema di assistenza di lungo periodo (long-term care), ha sottolineato l'importanza del potenziamento *dell'assistenza domiciliare, dell'adeguamento dell'assistenza residenziale* ai livelli standard europei, dell'*istru-*

zione degli attuali 830mila badanti mettendoli nelle condizioni di responsabilità del loro ruolo. Parlando di *anziano fragile* si è dato un nuovo volto - oltre che umano anche giuridico - a un soggetto con più o meno precarietà clinica, a rischio di complicanze a cascata, che lo portano alla perdita dell'autonomia funzionale e alla morte. Ignorato a lungo dalla medicina tradizionale perché fino al recente passato, numericamente irrilevante, soprattutto "scientificamente non interessante", poco gratificante sul piano professionale, inguaribile, "disturbante", l'*anziano fragile ora diventa paziente assai scomodo, da gestire nelle strutture sanitarie ed assistenziali*, specie a Sud, in cui gli anziani-anziani quasi sempre con una polipatologia, richiedono modelli assistenziali integrati con protagonisti i gerontologi e le nuove figure infermieristiche caregiver che alla professionalità medica associano atteggiamenti da "badanti" utili nell'assistenza domiciliare integrata.

La vecchiaia è una persona garbata che bussava e ribussa alla porta; nessuno le dice: avanti! fuori dall'uscio non ci vuole stare. Allora apre lei stessa, entra di volata, e adesso si dice che è screanzata. Non occorre nessuna abilità per invecchiare, occorre abilità per saperla sopportare (J. W. Goethe).

EMPATIA E MEDICINA “SLOW” secondo i principi della Scuola Medica Salernitana

a cura di Paola Capone

Nel rapporto medico-paziente della medicina ippocratica i due pilastri portanti erano la *philia*, cioè l'amicizia e l'*agàpe*, l'affetto per il malato. Requisito indispensabile del buon medico, in lingua greca *iatròs agathòs*, doveva essere non solo la *tecnofilia*, l'amore per l'arte medica, ma anche la filantropia, l'amore per l'uomo. La medicina, per gli antichi Greci era un'arte, cioè una *Tecne*, in quanto basata su un insegnamento teorico che si avvaleva di un corrispettivo pratico. Si trattava di un'attività umana molto differente dal concetto di arte come occupazione estetizzante ed irrazionale, come viene di solito intesa. Secondo Aristotele, che era figlio del medico Nicomaco, il rapporto tra medico e paziente era nato come *un'amicizia tra disuguali*. La ricerca di un'unità di intenti tra medico e paziente per riacquistare o conservare la salute comportava uno sforzo per determinare fini comuni che si giustificavano attraverso la convinzione dell'esistenza di un bene condiviso, costituito dalla conservazione della vita. Nessuna delle due parti era detentrica a priori della misura identica di questo bene. Questa valutazione si costituiva nel dialogo e si realizzava nel reciproco adattarsi dell'uno alle esigenze dell'altro, attraverso la conoscenza scientifica, professionale ed umana. Si



trattava di un'amicizia, ma era anche un incontro di esistenze e di esperienze tra il medico ed il proprio paziente. Anche se nella valutazione di Aristotele il rapporto del medico con il malato poteva definirsi all'origine squilibrato ed asimmetrico, poiché al sapere ed al potere del primo faceva da contrappunto la dipendenza passiva del secondo, questa condizione veniva poi riequilibrata dai *doveri* di cui il medico responsabilmente si faceva carico, per garantire al paziente di essere adeguatamente curato. Essere consapevoli di questo “squilibrio” e recuperare l'antico rapporto medico-paziente è una strada ancora in salita: è difficile cambiare abitudini millenarie. Molte università, però, si stanno attrezzando da qualche tempo per insegnare ai futuri medici come *essere empatici* anche quando non lo sono costituzionalmente. In psicologia per empatia (termine derivato dal greco *ἐν*, “in”, e *-πάθεια*, dalla radice *παθ-* del verbo *πάσχω*, “soffro”), si intende la capacità di comprendere lo stato d'animo e la situazione emotiva di un'altra persona, in modo immediato e talvolta senza far ricorso alla comunicazione verbale. Maggiore empatia vuol dire anche mettere al centro del lavoro dei medici il malato, la persona, e non soltanto la malattia. Questa è la meta da raggiungere perché più empatia fa bene ai pazienti, ma giova anche alla medicina che po-

trà guardare ai “vecchi” aforismi salernitani con un interesse rinnovato. Dal paternalismo medico oggi siamo direttamente passati al contrattualismo, a prestazioni di tipo contrattuale. Ma delle due formule né l’una, né l’altra vanno bene! Occorre, oggi più che mai, che al medico sia riconosciuta libertà e autonomia di cura e al paziente libertà e autonomia decisionale, escludendosi prevaricazioni dell’uno verso l’altro. Occorre che la relazione medico-paziente fruisca sempre di splendida simmetria, che è anche espressione di massima reciprocità di intesa. Ciò tutela e garantisce in modo assolutamente unico e irripetibile sia la dignità del paziente sia quella del medico.



Il motto del Convegno annuale FEDER.S.P.eV. “Noi guardiamo avanti, per un paese più giusto e solidale” apre ad una riflessione che si intreccia con il discorso fin qui presentato e si allarga al “paese” di oggi. Il motto richiede rispetto per i pensionati sanitari, per ciò che hanno rappresentato nella società, per il loro lavoro ma, contemporaneamente apre a nuove possibilità. La disponibilità a continuare il loro lavoro può giovare al “paese” e diventare uno scrigno prezioso. Le loro competenze, la loro professionalità, i loro tempi “slow” messi al servizio della comunità sempre più bisognosa sono un bene prezioso da non disperdere.

Salerno ha nella sua storia antica una tradizione di accoglienza “ospedaliera” rivolta a tutti coloro che ne avevano bisogno, testimoniata anche da una bella incisione presente in una edizione del *Regimen Sanitatis Salernitanum*, il libro donato ai partecipanti del Congresso. Creare centri di cura gratuita per i più indigenti con la disponibilità dei sanitari pensionati è la sfida che i dirigenti dell’ASL, dell’Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, dell’Ordine dei Farmacisti, della Municipalità e della Presidenza dei Medici Cattolici italiani, hanno pubblicamente accettato.

È alla FEDER.S.P.eV. nazionale, nella sua veste istituzionale, che va l’onere e l’onore di accogliere, gestire e pubblicizzare *eventuali* passi che la sezione di Salerno, come apripista, riuscirà a fare nelle difficili stanze burocratiche, assicurative e.... Ora a tutti il difficile, certosino e costante lavoro. Una strada in salita tra tanti ostacoli... ma ci proveremo!!!

INTERVENTI DELLE AUTORITÀ

Sua Eminenza **Don Luigi Moretti**, Arcivescovo di Salerno: ringrazia per l'invito e accenna al titolo del Congresso "guardare avanti": ritiene sia importante cogliere l'esigenza di sentirci costruttori di una comunità che va oltre i confini del particolare. La sfida vera è il recupero, è la consapevolezza che di cuore si costruisce il bene comune. Il suo augurio è che cresca in tutti noi l'impegno a far sì che ci sentiamo responsabili non solo di noi, ma di tutta una comunità. La vita, afferma, non è una corsa a chi arriva prima, ma è un cammino faticoso in cui ci si tiene per mano e si cerca di arrivare tutti, compresi quelli più deboli e gli emarginati. Continua riferendo di essere anche lui un pensionato, ma non povero, sebbene la sua pensione sia irrisoria dopo tanti anni di contribuzione e si augura che quello che è stato nella vostra professione per il bene della comunità possa continuare anche nella condizione di pensionato. Augura buon lavoro ringraziando di nuovo per l'invito.

Orlando Paciello, Presidente dell'Ordine dei Veterinari di Salerno: accenna alla precarietà del rapporto dei medici veterinari un po' trascurato con la nostra Federazione e sottolinea la volontà della prof.ssa Capone e dei suoi collaboratori che hanno cercato di restaurare il rapporto tra i medici veterinari e la provincia di Salerno ma, afferma, il primo periodo del suo mandato è stato caratterizzato da numerosi impegni e compiti e soprattutto dalla necessità di riprendere l'immagine della medicina veterinaria che con il tempo si era un po' persa. Chiede scusa per questa lacuna che cercherà in tutti i modi di recuperare. Tra le varie iniziative del suo Ordine cita quella del supporto dei medici veterinari con la Pet therapy a quelle malattie non fisiche, ma legate alla soli-

tudine, ecc.. del paziente. Asserisce inoltre di essere professore universitario della Federico II, il cui dipartimento ha istituito un master in pet therapy, cioè il ruolo degli animali come supporto in alcune fasi della cura. Propone pertanto di completare le nostre iniziative con questo tipo di attività e si augura di avere altre possibilità di interazione con la nostra Federazione che sosterrà con l'entusiasmo che sempre lo caratterizza. Ringrazia tutti e saluta.

Eva Avossa, Vice Sindaco di Salerno: esprime compiacimento e orgoglio per aver ospitato questo Congresso; riferisce sulle varie opportunità che offre la città di Salerno, la cui posizione permette anche di raggiungere le altre località limitrofe, più belle e suggestive. Si complimenta per la relazione molto interessante del Presidente. Accenna alle pensioni d'oro, così colpite e criticate, ne combatte i pregiudizi e combatte anche per un paese più giusto e solidale. Sottolinea l'importanza della scuola antica medica salernitana, i cui principi più salienti sono la solidarietà e l'assistenza alle persone più povere. Augura a tutti una buona permanenza e un buon prosieguo di questo Convegno.

Giovanni D'angelo, Presidente dell'Ordine dei Medici di Salerno: ringrazia per l'invito e la prof.ssa Capone per la sua intensa attività e per la sua collaborazione con l'Ordine dei Medici ed in particolare accenna alla scuola medica salernitana di cui la prof.ssa Capone è una grossa esperta dal punto di vista storico. Plaude alla relazione del Presidente ed evidenzia la vitalità della persona anziana a cui bisogna garantire una condizione di serenità per riprendere a gustare il sapore della vita. Informa del suo impegno a far sì che la quota ordinistica per i pensio-

nati ultraottantenni sia ridotta o addirittura annullata. Ringrazia e saluta.

Ferdinando De Francesco, Presidente dell'Ordine dei Farmacisti di Salerno: esprime compiacimento per essere stato invitato a questo Congresso ed afferma che aggiungere qualcosa agli interventi precedenti molto validi è cosa difficile; accenna all'esperienza di Borgomanero con il coinvolgimento della prof.ssa Capone, definendola encomiabile perché rivolta agli anziani bisognosi. Sottolinea il massimo impegno da parte del suo Ordine nel rendere possibile portare la Sanità e i servizi ai comuni più piccoli e distanti. Augura buon lavoro e buona permanenza a Salerno.

Antonio Giordano, Direttore Generale ASL di Salerno: ringrazia tutti per l'invito e in particolar modo la prof.ssa Capone. Afferma che la sua presenza in questo contesto è un dovere visto che l'Assemblea è composta da sanitari e da vedove di medici. Si complimenta per il progetto della prof.ssa Capone che ha avuto molta diffusione a mezzo stampa; asserisce che la sua ASL è tra le più grandi in Italia, in quanto accoglie moltissimi comuni. Evidenzia l'importanza di una società equa e solidale e per quanto riguarda le persone anziane, afferma, il loro diritto di continuare a mettersi al servizio del cittadino perché sono persone che hanno capacità operativa e voglia di mettersi a disposizione. Pertanto è necessario, ribadisce, creare le condizioni affinché il progetto della prof.ssa Capone diventi realtà.

Sergio D'auria, Vice Presididente della sezione Federspev di Salerno: porge i saluti a tutta l'Assemblea e rivolge un grazie particolare per la scelta di Salerno quale sede del Congresso. Augura soprattutto alle signore una buona permanenza e di godere a pieno delle bellezze che la città offre.

Bruno Ravera, Direttore del Centro Studi Eutopia: Si presenta quale ex presidente dell'Ordine dei Medici di Salerno e come pensionato. Illustra le

caratteristiche della provincia di Salerno, città moderna e con un suo particolare dinamismo. Accenna all'Antica Scuola Medica Salernitana dove l'umanizzazione era fondamentale. Conclude rivolgendo un invito alla solidarietà per i nostri giovani per il loro futuro.

Mietta Carucci, Presidente dell'AMMI di Salerno: ringrazia la prof.ssa Capone; condivide la relazione del Presidente, specie l'argomento pensionistico. Insegnante per alcuni anni, non tantissimi, alla morte del marito si è trovata dimezzata la sua pensione. Lamenta pertanto questa ingiustizia. Augura buon proseguimento dei lavori, saluta e ringrazia tutti.

Franco Pardini, Presidente dell'ANSE e Coordinatore del Patto Federativo: ringrazia innanzitutto il Prof. Poerio per il gradito invito.

Si presenta nella sua duplice veste di Coordinatore del Patto Federativo e di Presidente dell'ANSE. Entrambe tali istituzioni si fanno carico dello svolgimento di svariate iniziative a tutela degli anziani.

In proposito ricorda che il Patto, istituito nel febbraio 2015, ha tra le sue finalità quella di promuovere nella società civile la cultura ed i valori "dell'anzianato attivo" e dispiegare comunque le più opportune iniziative a tutela dei diritti degli anziani.

In coerenza con tale finalità cita alcune delle iniziative nel tempo sviluppate.

Nel maggio 2015 il Convegno organizzato presso il CNEL e dedicato al tema delle pensioni e della tutela della salute.

Nel 2016 venne poi organizzato un convegno dedicato ad una riflessione sulle tematiche previdenziali e para assistenziali a conclusione del quale venne formulato l'orientamento di effettuare un passo formale presso gli Organi di Governo teso ad ottenere una separazione, sancita dalla stessa Costituzione, tra previdenza ed assistenza sulla base dell'assunto che i diritti pre-

videnziali riguardano il cittadino produttore di reddito che ha versato nel tempo contributi previdenziali sulla base dei quali viene poi calcolato il trattamento pensionistico individualmente fruito.

I diritti sociali, meritevoli anch'essi di tutela, ma in una logica di trasparenza e di contabilità separata, guardano al cittadino in quanto persona degna di protezione qualora si trovi in condizioni di disagio.

Sottolinea che questo tema è stato recentemente ripreso con decisione dallo stesso Prof. Poerio nel corso del forum previdenziale che ha organizzato a metà febbraio e nell'ambito del

quale ha anch'egli sottolineato l'esigenza di tale separazione.

Cita poi anche il recentissimo convegno dedicato al ruolo dei nonni nella società attuale.

Conclude osservando che le esigenze degli anziani sono molteplici e variegata.

Non ultima quella di farsi carico, con le modalità di volta in volta giudicate più adeguate, della loro situazione spesso di solitudine e di isolamento, questa che va per quanto possibile decisamente contrastata.

Termina il suo intervento auspicando una sempre maggiore sinergia fra le varie associazioni che si occupano degli anziani.

PREMI LETTERARI

Si riportano di seguito le recensioni dei vincitori del XX Premio Letterario FEDER.S.P.eV. 2018.

“PATOLOGIA GENERALE CONTROTRATTATO MEDICO-SENTIMENTALE” - di Vincenzo Medici di Bologna

“Lei non è stato l’incontro della mia vita ma l’incontro con la mia vita” Ci è piaciuto appropriarci di questa bellissima espressione dai contenuti universali; per tracciare una breve recensione al romanzo del dr. Medici Bologna dal titolo “Patologia generale”. Lo abbiamo fatto perché la delicatezza tratteggiata nei confronti dell’amore per la donna amata, si ritrova in tutte le espressioni di amore verso tutte le altre creature alle quali il lavoro è dedicato. I protagonisti della vicenda sono tanti, distribuiti lungo un percorso dove l’umanità è sempre al primo posto. Gli interessi soggettivi ed oggettivi si spostano dallo studente all’uomo medico, non ultimo all’oggetto malato acquistano, attraverso linguaggio competente e puntuale, una valenza quasi sacerdotale; che diventa, nel corso della trattazione ricerca e maturità. Romanzo coinvolgente dai contenuti profondi appassionante; letteralmente pregevole. Complimenti all’autore!

“FAVA OLIVANA” Il paese che non c’è più - di Alessandro Rubini di Bergamo

Suggestiva e per certi versi nostalgica, l’esposizione del dr. Rubini! Una rassegna temporale di avvenimenti sono all’origine della nostra storia e che non possono essere ignorati. Tornare indie-

tro attraverso il “racconto” di come eravamo e da dove veniamo; significa ritrovare la nostra vera identità di uomini semplici, di donne coraggiose di bimbi fieri della loro misera condizione! La tecnologia si è purtroppo divorata quel mondo di fertili intelligenze contadine sostituite da macchine sempre più sofisticate. Un abisso nel quale il progresso per la conquista della civiltà, calpesta e sotterra il richiamo di quella umanità ormai, forse, per sempre compromessa. L’autore con il suo saggio storico ha voluto raggiungere proprio questo scopo: Il nostro passato.....Per non dimenticare.

“NATURALMENTE SANI” - di Paola Capone di Salerno

“Uno spot televisivo recita: Noi siamo quello che mangiamo” nulla di più vero trova riscontro nell’interessante saggio della prof.ssa Paola Capone docente della scuola medica salernitana dal titolo “Naturalmente sani”. E’ quello dell’autrice, un percorso in chiave poetica letterale che, partendo da conoscenze mediche di base, approda alla definizione di comportamenti alimentari responsabili della nostra buona o cattiva salute. Rassegne fotografiche ed informatiche di questo percorso di ricerca oculata che, come una lectio magistralis dal permeante potere effettivo, acquista valore scientifico ed invita a profonde riflessioni di ordine igienico sanitario nell’interesse della nostra salute fisica e mentale. Un valore aggiunto allo studio della materia, con valenza quanto mai educativa, il libro che tutti dovrebbero leggere.

INTERVENTI

Modestino De Marinis



Rivolge un quesito al prof. Perelli Ercolini in merito alla riduzione della quota ordinistica e precisamente ritiene che sia più una questione di principio perché, a suo parere, si tratta di avere riguardo per i giovani medici e rispetto per gli anziani. Non è, ribadisce, un problema legato al reddito.

Leonardo Petroni



La perversa commistione tra previdenza e assistenza. Da più parti, sia nel mondo sindacale che in quello politico, da anni continuamente viene ribadita la necessità impellente di separare i conti della Previdenza

dall'Assistenza.

La separazione delle due diverse partite, auspicata nelle nostre rivendicazioni, non è importante solo perché l'Assistenza (quasi 100 miliardi l'anno) comporta un peso negativo nei conti delle nostre pensioni, ma vale come principio, ignorato da sempre, per quella che deve essere una corretta gestione del gettito nelle singole casse.

Da tempo, tutti sostengono che il sistema va modificato, che il problema su questa ambiguità italiana, (noi siamo l'unico Paese in Europa con

bilanci unificati), va affrontato, risolvendo così tutti i guai che imperversano sulle nostre pensioni e turbano un sistema previdenziale già in perfetto equilibrio e in pareggio di bilancio.

Ma, nonostante le buone intenzioni, mai, chi ha il dovere di decidere, ha pensato di porre mano al problema.

E allora mi chiedo: quali sono gli impedimenti per cui non si procede in tal senso? Perché la politica, dopo tante promesse, non adotta scelte che vadano verso la direzione giusta e riportino la Previdenza a un livello e a una qualità molto più alta di quella attuale?

I miei dubbi mi spingono ancor una volta a credere che anche in questo caso si predica bene e si razzola male, e mi convincono che siano proprio gli esponenti politici del nostro Paese i primi e i veri responsabili dei disordini contabili dell'Inps, e a non voler decidersi per questa tanto agognata separazione, diffondendo continuamente false notizie. In tal modo, i lor signori, perseguendo l'attuale opacità nei bilanci, utilizzando risorse altrui, possono intervenire liberamente e con discrezionalità politica, al limite dell'abuso, ad avere buon gioco in questa perversa commistione per favorire altri interessi, a costo di calpestare i diritti di intere categorie.

Il peggio è che, l'assegnare erroneamente all'Inps il compito di gestire Previdenza e Assistenza, senza l'obbligo di non avere commistioni finanziarie tra le due gestioni, contribuisce a coltivare nei cittadini l'idea che la pensione sia una forma di assistenza da erogare secondo bisogno e non secondo merito, dove per merito si intendono fior di contributi versati durante la vita lavorativa. Così che il bilancio dell'Inps, che potrebbe essere

quello di un sano sistema previdenziale, ha viceversa un buco gigantesco per favorire lo sbilanciamento della gestione assistenziale.

Questo giochetto porta il legislatore ad avere mano libera per ridurre a piacimento pensioni previdenziali, a fronte di esigenze di bilancio, con deindicizzazioni e contributi di solidarietà.

Quello che più stupisce ed amareggia è vedere come per tanto disordine contabile le autorità politiche e istituzionali: Bilancio,

Economia, Presidenza del Consiglio, Tesoreria Centrale dello Stato, Corte dei Conti, si limitino a tenui rilievi, senza proporre soluzioni definitive.

E quel che è ancora peggio, che Cottarelli, ex commissario alla spending review, che coordina un team del Fondo Monetario Internazionale, ignora con i suoi colleghi economisti, questa grossa commistione nelle due gestioni del bilancio dell'Inps, nonostante la serrata campagna di stampa su tutte le principali testate italiane della Federmanager, Tutto questo non fa che provocare rancore e porta i pensionati a non avere fiducia nella politica, che fatica a tornare quale la vorremmo, nelle istituzioni e men che meno nelle pretese di proporre risposte semplicistiche a problemi complessi previdenziali e dell'economia in generale.

Che tutto ciò provochi incazzature non dovrebbe sorprendere nessuno, visto che il recente voto è stato un voto di rabbia, per certi versi di paura per altri di speranza ma, soprattutto, ha dimostrato che questi sentimenti non sono più mediati dalla politica.

In uno Stato in cui la crisi economica fa calare il ceto medio dal 74% al 34% della popolazione, in cui l'ascensore sociale ormai è un aggeggio che funziona solo verso il basso ed il declassamento è il nuovo spauracchio, è giusto che nei cittadini si diffonda il pessimismo e aumenti la rabbia.

Col perdurare di questa crisi, noi pensionati del ceto medio ci sentiamo impoveriti e preoccupati per questa incertezza economica, che ri-

schia di mettere in pericolo anche le pensioni di reversibilità, nonostante continuiamo ad essere i forzati del fisco, chiamati a pagare sempre, senza se e senza ma, oltre il dovuto.

Inoltre, ad alimentare ulteriore sfiducia c'è l'incapacità della politica a risolvere, nonostante le promesse, i nostri problemi; questo ci fa sentire disorientati e non rappresentati.

Se questa tendenza dovesse continuare, peggiorando ancora, si finirebbe in uno stato di panico senza più certezza per il futuro.

Così questa classe sociale, che ha trainato il boom ed è stata protagonista del '900, oggi arranca non solo economicamente, ma anche in termini di capacità di immaginare il futuro, di trasmettere alle future generazioni un modello di vita.

Oggi questa speranza si è persa, si trasmette ai figli ansia, preoccupazione, disorientamento.

Vittorio Monteleone

Si chiede se il mancato accoglimento delle nostre richieste ai nostri politici sia da imputare a noi stessi o al Governo. Sottolinea con rammarico la grave situazione degli ospedali in Italia: le numerose difficoltà che ogni giorno vengono affrontate circa la precarietà del personale sanitario e la mancanza o il mal funzionamento delle attrezzature, nonostante la spesa sanitaria del nostro paese sia sostanzialmente inferiore rispetto a quella di tante altre nazioni. Ringrazia tutti e saluta.

Luciana Pileri

Popone di far unire i farmacisti ai medici per avanzare richiesta ai propri Ordini professionali della riduzione della quota ordinistica per i medici pensionati e auspica inoltre la possibilità di una polizza assicurativa sanitaria per la categoria dei sanitari farmacisti.

Francesco Carbone

Si presenta quale ex medico condotto, novantenne e riferisce sull'attività del medico di una volta, del suo approccio con il malato, che sembrava essere di famiglia, rispetto al medico dei nostri giorni, un po' distaccato e molto professionale. Accenna alla sua figura di medico di tanti anni fa' quando si recava dal paziente con cui si intratteneva rassicurandolo e portandogli conforto.

Giuseppe Costa



Ringrazia di cuore il Presidente e la dr.ssa Colosi per aver organizzato nel magnifico golfo salernitano il 55° Congresso nazionale, nonostante le varie peripezie affrontate. Forse è l'aria del mare e delle sue onde che stimolano a fare alcune riflessioni su quanto si è fatto e si potrebbe fare e che spingono a proporre qualche cambiamento o qualche novità. Accenna alcune proposte che possono essere prese in considerazione per migliorarci tutti. Qualcosa si sta muovendo e l'instancabile amico Sizia sta cercando di portare qualche modifica allo Statuto. Modifiche, forse, potrebbero essere apportate anche al giornale inserendo una pagina dove gli iscritti e i lettori possono conoscere il loro consiglio direttivo con nomi ed indirizzi per dialogare e confrontarsi (è necessaria una liberatoria). Accenna ad una nota dolente, con condivisa dal presidente: è necessario pensare ad un aumento della quota associativa (di quanto si vedrà) perché con una maggiore disponibilità si potrebbero incrementare alcune iniziative. Riferisce di aver ottenuto finalmente, grazie all'impegno del Presidente e di tutta la FEDER.S.P.eV., il diritto all'

iscrizione all'Ordine con la quota differenziata; questa dovrebbe rappresentare solo una tappa, anche se molto importante, di un traguardo più ambizioso, ma raggiungibile: tutti i pensionati superati i 75 anni, se non lavorano possono rimanere iscritti senza pagare alcuna tassa (tutto dovrà essere documentato). Si eviterebbe così anche la cancellazione volontaria rimanendo iscritti per l'appartenenza. Esprime la convinzione che questo obiettivo sarà raggiunto, perché già qualche Ordine si sta muovendo in merito. Altro argomento che dovrà tenere impegnati gli iscritti alla FEDER.S.P.eV. è di far capire al Presidente dell'Enpam, dr. Oliveti che un consiglio direttivo di 179 membri non ha senso, ne basterebbero 5/7 compresi alcuni nomi dei 106 Presidenti di Ordine. Si risparmierebbero milioni (anche i politici lo fanno rinunciando ai vitalizi). E per rimanere giovani sottolinea, come dice il prof. Arcoraci, bisognerebbe pensare ad inserire noi in qualità di controllori dei lavoratori in malattia. Per fare questo non è necessaria una specializzazione. Evidenzia l'importanza di rivolgere il nostro impegno a tutela delle pensioni, collaborando maggiormente con il nostro presidente, per affermare che le pensioni percepite fino allo stato attuale non si toccano e che queste dovrebbero rappresentare la base per essere aumentate a seconda dei dati Istat, vigilando che al di sotto delle attuali non si debba scendere. Quale ultimo argomento è la questione sulla LONG TERM CARE che sta impegnando molto il Presidente e il direttivo; è necessario dare loro il nostro supporto per ottenere quelle modifiche regolamentari che sono utili per l'ampliamento della LTC a tutti gli iscritti Enpam a prescindere dall'età e dall'anno d'iscrizione. Conclude con la speranza che quanto detto possa trovare il sostegno di tutti per migliorare o modificare alcune cose; è necessario credere in ciò che si fa, cercando di convincere gli altri che la FEDER.S.P.eV. è nel giusto nel corretto e che non si torna indietro.

l'iscrizione all'Ordine con la quota differenziata; questa dovrebbe rappresentare solo una tappa, anche se molto importante, di un traguardo più ambizioso, ma raggiungibile: tutti i pensionati superati i 75 anni, se non lavorano possono rimanere iscritti senza pagare alcuna tassa (tutto dovrà essere documentato). Si eviterebbe così anche la cancellazione volontaria rimanendo iscritti per l'appartenenza. Esprime la convinzione che questo obiettivo sarà raggiunto, perché già qualche Ordine si sta muovendo in merito. Altro argomento che dovrà tenere impegnati gli iscritti alla FEDER.S.P.eV. è di far capire al Presidente dell'Enpam, dr. Oliveti che un consiglio direttivo di 179 membri non ha senso, ne basterebbero 5/7 compresi alcuni nomi dei 106 Presidenti di Ordine. Si risparmierebbero milioni (anche i politici lo fanno rinunciando ai vitalizi). E per rimanere giovani sottolinea, come dice il prof. Arcoraci, bisognerebbe pensare ad inserire noi in qualità di controllori dei lavoratori in malattia. Per fare questo non è necessaria una specializzazione. Evidenzia l'importanza di rivolgere il nostro impegno a tutela delle pensioni, collaborando maggiormente con il nostro presidente, per affermare che le pensioni percepite fino allo stato attuale non si toccano e che queste dovrebbero rappresentare la base per essere aumentate a seconda dei dati Istat, vigilando che al di sotto delle attuali non si debba scendere. Quale ultimo argomento è la questione sulla LONG TERM CARE che sta impegnando molto il Presidente e il direttivo; è necessario dare loro il nostro supporto per ottenere quelle modifiche regolamentari che sono utili per l'ampliamento della LTC a tutti gli iscritti Enpam a prescindere dall'età e dall'anno d'iscrizione. Conclude con la speranza che quanto detto possa trovare il sostegno di tutti per migliorare o modificare alcune cose; è necessario credere in ciò che si fa, cercando di convincere gli altri che la FEDER.S.P.eV. è nel giusto nel corretto e che non si torna indietro.

Cecilia Nassimbeni



La collega, presidente della Sezione di Udine, riferisce sulle esperienze di volontariato nella regione del Friuli-Venezia Giulia. La sezione di Pordenone, con il suo Presidente dott. Grandi, sta per avviare un ambulatorio solidale con altri medici in pensione, mentre Trieste, Gorizia e Udine svolgono attività divulgativa, organizzando conferenze a carattere sanitario e di varia cultura, aperte a tutti. In particolare la Sezione di Udine, nel febbraio scorso, ha tenuto quattro conferenze settimanali sull'apparato digerente. Il Dott. Vaschiaveo, socio e consigliere, da anni opera come ortopedico volontario, presso l'ospedale di Ikonda, sostenuto da parte dell'avanzo del bilancio della Sezione e da donazioni private. Inoltre egli ha coinvolto altri colleghi ancora in attività, giovani pensionati e neolaureati in Medicina e specializzandi in Ortopedia; questi ultimi quindi hanno la possibilità di operare subito e trattare patologie anche molto complesse. Infine, d'accordo con l'Università, tramite il Prof. Di Prampero, ordinario di Fisiologia in pensione e Consigliere, verranno svolti in autunno all'Ordine dei Medici, gli "Open Days" delle specialità. Gli studenti degli ultimi tre anni del Corso di laurea in Medicina potranno seguire, per ogni singola specialità post laurea, due relazioni, una del docente attuale e l'altra sull'esperienza di un'intera vita professionale nella medesima specialità, quest'ultima tenuta, se possibile, da un nostro iscritto.

Giancarlo Tavano



Buongiorno a tutti! Sono Giancarlo Tavano, nato nel 1932. Ho 85 anni e a fine anno ne compio 86. Sono il Segretario della FEDER.S.P.eV. di Reggio Emilia. Sono andato in pensione nel 1999 (a 67 anni). Ho fatto per 12

anni il Medico di Medicina Generale in montagna (a Casina in Provincia di Reggio Emilia), per 20 anni il Medico Condotta in pianura in un Comune della bassa reggiana (a Campagnola Emilia in Provincia di Reggio Emilia) e gli ultimi 10 anni li ho utilizzati per coordinare la Medicina del territorio (Medicina di Base, Specialistica e Farmaceutica) nei 6 Comuni del Distretto di Correggio (sempre in Provincia di Reggio Emilia). Nell'arco della mia vita professionale ho acquisito notevoli conoscenze e competenze professionali che, se non vengono in qualche modo utilizzate, muoiono con me.

Dopo il pensionamento ho scelto di lavorare gratis nel volontariato. Nella nostra Provincia **tre nostri iscritti lavorano come volontari in Africa.**

RICCARDO AZZOLINI, specialista in Otorinolaringoiatria ha lavorato fino al pensionamento presso l'Ospedale Sant'Anna di Castelnuovo né Monti e ha, sempre a Castelnuovo né Monti, un avviato studio di odontoiatria (si è specializzato a Parigi in implantologia). Da 45 anni lavora in Etiopia. Ha fondato il GAOM (Gruppo Amici Ospedalieri Missionari) una ONLUS costituita da 800 associati (medici, infermieri, tecnici, elettricisti, muratori, contadini. ecc.) che hanno modificato a Gambo, sull'acrocorno etiopico, a 1400 mt di altitudine e a 300 Km a sud di Addis Abeba, le condizioni di vita della popolazione. Hanno rinnovato le scuole, fondato una scuola di Arti e Mestieri, i più dotati vengono inviati alle scuole superiori e all'Università.

Ha ristrutturato 2 vecchi ospedali dove venivano a morire i lebbrosi e i tubercolotici da Addis Abeba in ospedali moderni, dotati di reparti di degenza e di due sale operatorie, di un laboratorio analisi, di una farmacia, di un poliambulatorio dove affluiscono ogni giorno 300 - 400 persone provenienti da varie parti dell'Etiopia. Venti anni fa ha costruito un ospedale per i bambini con complessivi 90 posti letto: è tutt'ora perfettamente funzionante ed è il fiore all'occhiello di Gambo. Le donne partoriscono un figlio all'anno per cui la popolazione cresce in modo esponenziale.

A Gambo c'è una missione cattolica, tenuta dalle suore, dove veniamo ospitati quando andiamo a lavorare.

A Shasemane, a 100 km a sud di Gambo, ha costruito un poliambulatorio con day hospital, perfettamente attrezzato, che funziona quando ci sono i medici.

Ha costruito 120 case per i lebbrosi dotate di orto per coltivare gli ortaggi: i lebbrosi sono ora accettati dalla società civile.

A Rapi ha costruito una stalla con vacche frisoni per allattare i bambini degli ospedali. Ad Alaba un granaio per conservare gli alimenti.

JEAN BASSMAGJI, è un medico siriano, che ha lavorato come Medico di Medicina Generale nella Bassa reggiana. Ora è in pensione, è associato alla FEDER.S.P.eV., è presidente di una associazione di volontariato A. Mare e lavora in Italia e in Europa su vari progetti che servano ad aiutare i suoi connazionali. Il più importante è quello di fornire protesi di gambe e braccia ai 50.000 siriani che le hanno perse.

SANDONÀ, chirurgo all'Ospedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia è da poco andato in pensione, è uno dei nostri ultimi iscritti e con la moglie Leone Angela, anestesista, pensionata che si è pure lei iscritta, si recato ad operare in Burkina Faso, che è una delle regioni più povere del mondo.

Ma il volontariato si può fare anche in Italia.

Dal 1984 lavoro gratuitamente nell'**AVIS** (Associazione dei Volontari Italiani del Sangue). Nella nostra Provincia abbiamo più di 15.000 donatori periodici che donano una parte di loro stessi in modo volontario, periodico, associato, non remunerato, anonimo e consapevole, senza pretendere nulla in cambio. Assicuriamo sangue, plasma e piastrine ai 6 ospedali pubblici e alle due strutture private (Villa Verde e Villa Salus) che operano nella nostra Provincia. Forniamo sacche di sangue ai microcitemici di Ferrara che abbiamo adottato. Conferiamo al Centro Regionale Sangue di Bologna: prima 20 sacche alla settimana che ci erano state richieste; poi 50 ed ora 70-90 sacche alla settimana.

Due anni fa abbiamo inaugurato a Reggio Emilia "**La Casa del Dono**". Si tratta di una costruzione moderna, bella, efficiente: i soldi spesi sono stati sapientemente finalizzati, senza inutili sprechi. Il piano terra l'abbiamo affittato all'Arcispedale Santa Maria Nuova che ha trasferito il Servizio Trasfusionale, il Centro Prelievi dell'Ospedale, il CUP e il SAUB. Il primo piano è occupato dagli uffici dell'Avis Provinciale, dagli Uffici dell'Avis comunale, dall'**AIDO** (Associazione Italiana dei Donatori d'Organo) e dall'**ADMO** (Associazione Italiana dei Donatori di Midollo osseo). Al Centro una sala riunioni attrezzata per la formazione del personale. Il volontariato si può fare anche nelle **CROCI**, per il trasporto infermi: Croce Rossa, Croce Bianca, Croce Arancione, Croce Verde. ecc.

Un nostro associato: **TORELLI ALDO** lavora gratuitamente in un poliambulatorio della Caritas di Reggio Emilia, per curare i poveri.

Il volontariato si può fare anche per le **MALATTIE RARE**, orfane dal punto di vista scientifico e farmacologico. I familiari che devono gestire i bisogni e i problemi del loro congiunto per 24 ore al giorno si mettono assieme (si associano) per cercare di affrontarli e risolverli nel modo migliore possibile. Il consiglio di un medico può essere molto importante.

Stefano Biasioli



Riferisce sull'Associazione Leonida costituita dalla FEDER.S.P.eV. del Veneto con il contributo di altri pensionati non medici e che potrebbe essere ulteriormente allargata per dare sostegno, assistenza e solidarietà a livello territoriale.

Carlo Sizia



Interviene illustrando il lavoro svolto circa le modifiche statutarie, incarico affidatogli a suo tempo dal Presidente che era stato a sua volta sollecitato da numerosi Presidenti provinciali. Riferisce che nell'ultimo Consiglio

Nazionale erano stati riaperti i termini di scadenza per la presentazione delle proposte di modifiche. A questo punto il dr. Sizia chiede quale sia ora il termine per la raccolta definitiva delle medesime, perché poi la Commissione nominata esaminerà il tutto ed egli stesso deciderà quando detta Commissione si riunirà per fare il punto della situazione. Le modifiche statutarie saranno approvate dagli Organi statuari: comitato direttivo, consiglio nazionale e Congresso. Si propone il 30 giugno p.v. quale data per la prima riunione della Commissione.

Emilio Pozzi



Ringrazia il Presidente, la dr.ssa Colosi, le segretarie per la loro attività. Esprime il suo rammarico circa la grave situazione degli anziani e dell'atteggiamento di indifferenza, di fastidio generale nei loro confronti. C'è tanta

confusione a livello nazionale! Accenna alla legge sulla cronicità evidenziando che una regione non può decidere un proprio assetto assistenziale, in completa autonomia e senza sentire nessuno. La Lombardia ha applicato la legge perché nessuno si è opposto; i sindacati si sono schierati dalla parte del Governo. Pertanto suggerisce ai Presidenti regionali della Federspev di sorvegliare questa situazione e pubblicare la questione sul nostro giornale.

Paolo Ferraris



Consentitemi prima di tutto di portare il saluto degli associati della Sezione di Como alla Presidenza di questo nostro 55° congresso e a tutti gli intervenuti, con un saluto particolare al Presidente Poerio e all'intero

Direttivo. Al saluto dei comaschi associo quello della Federspev di Lecco per la delega a rappresentarli che ho avuto dal loro Presidente Del Franco impossibilitato a intervenire.

Per prima cosa desidero esprimere il mio totale apprezzamento per lo slogan che è stato scelto per questo congresso: **“Noi guardiamo avanti –**

per un paese più giusto e solidale”. Vi ravviso una visione positiva e di prospettiva, solidale e curiosa di futuro; è la visione che gli psicologi più aggiornati individuano come la più adeguata alla figura dell’ “anziano” ancora aperto alla novità e vivo di prospettiva contrapposta a quella del “vecchio” piegato su se stesso e in declino. È la prospettiva che vogliamo per la nostra FEDER.S.P.eV., nonostante le delusioni e le negatività che spesso abbiamo incontrato.

Se ci guardiamo indietro, negli anni, di congresso in congresso le problematiche che ci riguardano si sono mantenute le stesse, tanto da poter provocare a pessimistica rinuncia a continuare ad argomentare ripetendo ostinatamente una sola parola **resistere-resistere-resistere**. In questa prospettiva la nostra federazione è stata salda negli anni. Intendendo però non rinunciare a una visione positiva, che considera il bicchiere mezzo pieno piuttosto che il contrario, dobbiamo considerare che ciò avviene perché la condizione economica e politica del paese non si smuove, ci sono importanti vincoli economici europei incombenti e il nostro quadro politico è sempre più incerto, ancora di più ora, con un risultato elettorale di difficilissima governabilità e interpretazione.

La linea tenuta dalla nostra federazione in questi anni è stata l’unica possibile, attestata su di un fronte rigoroso di tenace presidio di difesa da tutti i reiterati attacchi alle nostre pensioni. Di questo intendiamo dare atto alla Presidenza e al direttivo sottolineando anche l’opportunità degli sforzi fatti e tuttora in corso per accrescere il peso politico della nostra rappresentatività realizzando sinergie sempre più ampie verso le categorie dei dirigenti che sono portatrici di interessi analoghi ai nostri.

Nel particolare momento politico di tensione fra chi vuole abolita la legge Fornero e la Banca Centrale Europea che teme cedimenti riguardo

alle riforme del sistema previdenziale nei paesi dell’area euro, non possiamo desistere dal ripetere alto che il peso della spesa pensionistica italiana sul PIL non è del 16%, cioè disallineato dai valori degli altri paesi, ma è del 12% se, come da sempre chiediamo, si scorporano i costi dell’assistenza che devono avere finanziamento a parte. Non ci sono quindi alternative all’essere attivi alla vigilanza su tutti i tavoli, pronti a rintuzzare gli attacchi di ogni tipo che ci possono riguardare. Rigorosissimi dobbiamo rimanere in particolare nella difesa delle Pensioni di Reversibilità dagli attacchi che ancora si ripetono contro il nucleo più debole delle nostre e dei nostri rappresentati. Ancora il tema della equità fiscale e della lotta alla elusione ed alla evasione deve rimanere centrale per le nostre rivendicazioni per un duplice relevantissimo motivo. Innanzitutto perché è dal recupero della frode fiscale e non dal bancomat delle pensioni che qualunque governo deve saper recuperare i fondi per il suo equilibrio di bilancio. In secondo luogo perché la possibilità di un trattamento fiscale per i pensionati diverso da quello degli attivi, come nella maggior parte dei paesi europei, varrebbe da solo a ridare ossigeno al valore di mercato delle nostre pensioni pesantemente erose dalle mancate perequazioni.

Vivendo poi da vicino, come facciamo ogni giorno, la condizione di vita degli anziani delle nostre città, un altro tema si impone alla nostra considerazione e deve essere mantenuto al centro delle nostre rivendicazioni, si tratta della difesa del Servizio sanitario Nazionale. L’efficienza di un servizio un tempo ritenuto un modello, da alcuni anni, sta decadendo soprattutto riguardo alle prestazioni territoriali nei confronti della popolazione degli anziani economicamente più deboli e portatori cronici di polipatologia. L’età media cresce e gli anni più avanzati si caratterizzano quasi sempre come più bisognosi di cure che il

nostro Servizio Sanitario garantisce sempre di meno. I costi delle cure più avanzate, della diagnostica e dei farmaci lievitano in modo rilevante continuamente mentre la nostra spesa sanitaria non segue questa crescita e risulta francamente sottofinanziata. Negli ultimi dieci anni la nostra spesa sanitaria è cresciuta mediamente del 1% contro il 3-4% della spesa dei principali paesi europei. Le cure per gli acuti bene o male sono garantite, spesso con dimissioni troppo rapide, mentre l'assistenza territoriale per i più fragili rimane pesantemente carente. La garanzia del diritto alla salute e alle cure non può essere gestita solo in base a criteri economicistici e di mercato a scapito dei principi di eguaglianza e di giustizia sociale.

Sempre nella stessa linea di difesa del più anziano ancora una parola va detta a proposito della Long Term Care che ha visto sì un primo risultato, non privo di rilievo, ma che lascia ancora privi di una vera protezione proprio i grandi anziani fuori dalla professione e più esposti al rischio.

Vorrei passare ora al tema della riduzione della tassa ordinistica per ribadire che ancora non possiamo cantare vittoria constatando, come ho fatto di persona, che pervicacemente allignano le resistenze ataviche al concederla. Si invocano decreti attuativi della legge e linee di indirizzo centrali o delle rappresentanze regionali della FNOMCEO con tendenza al rinvio sine die del problema. Il chiodo dunque deve essere ulteriormente battuto. Per parte mia alla recente Assemblea Annuale del mio ordine, avendolo già richiesto in precedenza al Presidente, ho posto formalmente il problema che comunque prima del prossimo anno non vedrà soluzione.

Ho lasciato per ultimo il tema della revisione del nostro statuto e del regolamento. So bene che si tratta di una procedura complessa che contempla una serie di passaggi formali da rispettare, ri-

tengo però, che di fronte alla mancanza di rispetto di tempi di diverse sezioni provinciali, il rinvio ad una commissione dedicata non debba diventare motivo per dilazionare all'infinito il problema. Il collega Sizia con la sua nota diligenza e precisione è stato puntuale nel suo contributo, forse sfrondando un po' tanto le poche proposte pervenute, senza metterle nel suo lavoro a confronto fra di loro così da proporle alla valutazione di tutti.

Concludo ringraziando ancora Presidente e Direttivo per il lavoro fatto e formulando per il lavoro da fare i migliori auguri per loro e per tutti noi.

Alessandro Innocenti



Si presenta come Presidente della sezione di Sondrio in sostituzione della dr.ssa Pellizzatti, dimissionaria, e quale Presidente dell'Ordine dei Medici. Fa cenno alla mozione conclusiva, precedentemente illustrata,

e ne condivide i punti citati. Fa riferimento a quanto detto dal dr. Pozzi sulla legge della cronicità e sottolinea l'enormità delle critiche sollevate da tanti in quanto la stessa legge mette in crisi il medico di medicina generale e il paziente che non verrà più seguito dal proprio medico ma da un gestore. Tutti gli Ordini si oppongono; pertanto sollecita i Presidenti provinciali FEDER.S.P.eV. a collaborare per combattere il problema. Riferisce di un convegno in programma presso l'Ordine dei Medici di Sondrio dove verranno convocati i medici e gli iscritti della Federspev sui temi della previdenza sotto tutti gli aspetti, sull'attualità, sul futuro.

Luigi Caselli



Plaude ai lavori congressuali; commenta la legge regionale della Lombardia sulla cronicità, sul rapporto medico-paziente. Sollecita contatti con gli Ordini dei Medici per avere maggiore collaborazione e interesse nei

nostri confronti. Chiede che su Azione Sanitaria siano pubblicati i nominativi, gli indirizzi, le e mail dei Presidenti provinciali FEDER.S.P.eV. e chiede altresì che le prossime riunioni del Consiglio Nazionale vengano svolte in Alberghi vicini alla stazione Termini.

Marisa Solari



Ringrazia la regione Lombardia per aver segnalato la questione dell'evoluzione della sanità in Italia. Sottopone all'attenzione dell'Assemblea la grave situazione da valutare tutti insieme sulla scarsità di medici di famiglia.

Chiede la possibilità di porre al centro della Sanità futura la necessità di aprire, allargare la missione alla specialistica dei giovani medici. Il numero di specializzazione è meno della metà dei medici che si laureano quest'anno, per motivi economici; chiede quindi di ampliare le borse di specializzazione per i medici per non rischiare di rimanerne senza. Ribadisce l'importanza della Sanità pubblica, in quanto alcuni medici nel privato hanno più "margine di

sbagliare". Riferisce sulle numerose attività intraprese dalla sezione di Piacenza anche in collaborazione con la sezione di Bologna; accenna alla polizza LTC dell'Enpam, iniziativa molto importante che ha agganciato nuovi iscritti alla FEDER.S.P.eV. e al problema della quota differenziata degli Ordini per cui la sua sezione avanzerà una richiesta scritta.

Angelo Di Dio



Si presenta quale tesoriere della sezione di Bologna e riferisce di una esperienza recente in cui il Presidente dell'Ordine dei Medici di Bologna aveva organizzato un convegno con rappresentanti dell'Assessorato

della Lombardia ed altri dove si parlava del nuovo gestore per quanto riguarda la Sanità. Anche in Emilia Romagna si parla del fascicolo sanitario nazionale e regionale che ha creato e crea problemi ai medici di medicina generale. La politica purtroppo è entrata nella Sanità provocando delle difficoltà nel rapporto medico-paziente. Per questo motivo invita la FEDER.S.P.eV. a cercare di mettere insieme l'Ordine dei Medici con la politica e risolvere questa complessa e difficile situazione.

Geo Agostini



Dichiara di essere molto interessato al problema della quota d'iscrizione all'Ordine per i pensionati che ritiene molto importante per chi volesse iscriversi alla FEDER.S.P.eV., trovare una immediata utilità.

Propone quindi una mozione per decidere che tutti i medici che sono vicini in qualche maniera all'Ordine possano richiedere la riduzione o il dimezzamento della quota per i medici pensionati e contemporaneamente la FEDER.S.P.eV. fare richiesta alla Federazione nazionale degli Ordini o ai Ministeri competenti: risulterebbe un'azione tangibile molto importante.

Mario Alfani



Riferisce sul collegamento con l'AMMI di cui fa parte per la sua attività di volontariato. Informa sulle varie iniziative della sua sezione di carattere ludico culturale ma lamenta la mancata informativa per l'aspetto sociale e sindacale.

ciale e sindacale.

Rosalba Mitolo



Riferisce di aver fondato tanti anni fa, insieme al marito medico, un consultorio libero e a tal proposito accenna alla relazione del prof. Boscia, molto sentita in quanto tratta tra i vari argomenti una proposta di vita vis-

suta. Rivolge complimenti alla sua presidente di sezione, la dr.ssa Pileri, persona molto attiva che organizza visite, gite, ecc.; esprime la necessità di evidenziare la figura della moglie del medico, come in alcuni statuti di altre associazioni, richiesta anche da tante iscritte alla nostra Associazione.

Amilcare Manna



Si congratula per l'ottima organizzazione del Congresso e fa riferimento ad alcuni interventi che lo hanno preceduto e che hanno affermato che la FEDER.S.P.eV. deve trattare solo temi di materia previdenziale e non di fi-

losofia, come si evinceva dalla relazione della prof.ssa Capone, relazione brillantissima, secondo il parere del prof. Manna.

Continua affermando che il medico a suo tempo ha fatto il giuramento di Ippocrate dove si evidenziava che i compiti principali del medico sono: l'umanità, la disponibilità e la partecipazione. Visto che la medicina affonda le sue radici nella filosofia tutto questo è stato merito della prof.ssa

Capone che lo ha ricordato in maniera brillante e dettagliata. Ribadisce pertanto che il fatto che la FEDER.S.P.eV. possa dedicarsi anche alle attività socio culturali è una questione estremamente positiva perché i medici sono intrisi di cultura umanistica, quindi aprire ai medici pensionati orizzonti più ampi non può che risultare utile e sottolinea Manna, non limitare l'apertura mentale. Ringrazia e saluta.

Marisa Fontanin



Accenna alla pregressa iniziativa nella sua sezione di un poliambulatorio per l'assistenza generico/specialistica per i soci più bisognosi; informa inoltre che le varie sezioni del Veneto, in particolare Treviso, hanno

sempre privilegiato intensamente l'aspetto culturale con visite, gite e mostre.

Alfonso Celenza



Ricorda la scomparsa del Prof. Eolo Parodi, già Presidente dell'ENPAM e della Federazione Nazionale dei Medici, emerito clinico e nostro iscritto; figura molto importante e attiva nella storia della Sanità italiana, che ha

portato avanti rivendicazioni fondamentali, come quella degli specialisti ambulatoriali. L'Assemblea ha un minuto di raccoglimento in sua memoria.

Riferisce sulle sue numerose battaglie quale Sindacalista nella difesa del posto di lavoro e del relativo lavoratore ed in particolar modo accenna alla situazione riguardante la struttura ambulatoriale dei Cavalieri di Malta, dove i medici, molti dei quali giovani, venivano retribuiti solo con "rimborsi per i posteggi". C'era quindi una evidente grave evasione contributiva fiscale. Si trattava di sfruttamento del lavoratore! Ribadisce inoltre che i medici pensionati sono tra le categorie più penalizzate e fare solidarietà per sollevare i bilanci in passivo dello Stato non è cosa giusta e altrettanto ingiusto è evadere i contributi previdenziali.

Carlo Sizia



Ringrazia il dr. Celenza per il ricordo di Eolo Parodi che ha conosciuto personalmente. Analizza la questione previdenza-assistenza e i ricorsi per la mancata perequazione. Sollecita l'intervento della FEDER.S.P.eV., in

questo momento critico dal punto di vista politico, per salvaguardare le nostre pensioni. Dà lettura poi della mozione conclusiva che viene approvata all'unanimità dall'Assemblea.

55° Congresso FEDER.S.P.eV.: coerenza e continuità

a cura di Carlo Sizia

A Salerno, nella prestigiosa cornice del Grand Hotel Salerno, si è svolto, dal 15 al 17 aprile scorso, il 55° Congresso nazionale FEDER.S.P.eV. Ha esordito il nostro Presidente nazionale, Prof. Michele Poerio, con una relazione molto apprezzata, che ha spaziato dalle problematiche previdenziali della nostra categoria alle questioni della tutela della salute, dalle necessarie garanzie socio-assicurative per le persone non autosufficienti alle inefficienze dell'INPS, denunciando ancora una volta: l'accanimento contro pensionati e vedove, l'iniquità del sistema fiscale vigente; gli scandali dell'evasione, della corruzione e degli sprechi; la piaga della disoccupazione, ecc., senza cadere tuttavia nel pessimismo, in coerenza con il tema del Congresso "Noi guardiamo avanti. Per un Paese più giusto e solidale."

Sono poi intervenuti, oltre alle Autorità civili, religiose e politiche per i saluti ed auguri di rito:

- il Prof. Filippo M. Boscia, Presidente nazionale Medici Cattolici, che ha tenuto, con la consueta eloquenza, cultura e sapienza, una vera "lezione di vita", in cui i principi della filosofia e della morale concorrono a sostenere l'assoluta importanza della famiglia, dell'umanità e della solidarietà ai fini dello sviluppo di una ordinata società civile e per la stessa serenità della propria vita personale;
 - il Prof. Amilcare Manna, che ha approfondito il tema della Sofrologia, "tecnica" che usa metodi psicofisici per studiare la coscienza umana e le sue potenzialità. Lo scopo di questa tecnica è quello di ottenere un equilibrio psicofisico (specie a vantaggio di chi soffre di dipendenze, ma-
- lattie psicosomatiche e nevrosi) attraverso l'uso del corpo e degli stati di rilassamento;
- il Prof. Marco Perelli Ercolini, che ha lanciato un allarme, ponendosi una domanda: "Addio al nostro Servizio Sanitario Nazionale?". Il nostro Vice Presidente nazionale vicario si augura evidentemente che non si disperda un "tesoro", quale è la sanità pubblica (che tanti brillanti risultati ha raggiunto in Italia), a causa soprattutto di disorganizzazione, sciatteria, sottofinanziamento;
 - il Dott. Natale Saccà, che ha documentato le varietà delle "diverticolosi e diverticoliti del colon", loro eziopatologie e complicanze, diagnosi differenziali, prognosi e terapie, vista la frequenza con cui tali patologie si manifestano nelle età adulte ed anziane;
 - il Prof. Nicola Simonetti, che ha dettato "ricette", antiche e moderne, pur nella consapevolezza della ineluttabilità dei cicli biologici, per il cosiddetto "Elisir di lunga vita", e cioè: dieta equilibrata e moderata; ambiente salubre; attività fisica, compresa quella sessuale (naturalmente quella compatibile e senza ossessioni); esercizio mentale non solo con i ricordi ma anche con una progettualità continua; vita sociale e ricca attività di relazioni, ecc.;
 - il Prof. Antonino Arcoraci, assente per motivi di salute, ha tuttavia mandato un suo contributo scritto, letto dalla Prof. Paola Capone e salutato con un caldo applauso beneaugurante da parte di tutto il Congresso, su un tema a lui caro "Invecchiamento attivo: una convinzione, uno stile di vita, un comportamento solidale";
 - infine, la Prof. Paola Capone, cui competeva l'onere e l'onore della "padrona di casa", ha relazionato, con la capacità comunicativa che solo i docenti di qualità hanno, su "Empatia e

medicina slow secondo i principi della Scuola Medica Salernitana". Il *Regimen Sanitatis Salernitanum*, di cui la Prof. Capone è grande esperta, contiene tutto il sapere medioevale in materia, che deriva a sua volta da quello greco ed arabo, e riflette un'idea di salute che appare, ancora oggi, moderna, dove essenziale risulta essere la prevenzione attraverso un corretto modello di vita, ed anticipa concetti della *slow medicine* odierna, dove "fare di più non significa sempre fare meglio" ed i criteri terapeutici devono essere sobri, rispettosi, giusti, lontani da ogni forma di accanimento ed in piena sintonia tra paziente e curante.

Hanno arricchito il Congresso gli interventi del Dott. Giovanni D'Angelo, Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Salerno, nonché del Dott. Bruno Ravera, anch'egli Presidente per decenni dell'Ordine anzidetto, oggi Presidente del Centro studi EUTòPIA, che si propone di approfondire conoscenza storica e contenuti della Scuola Medica Salernitana.

Le decine di interventi liberi dei delegati FEDER.S.P.eV. al Congresso non hanno manifestato dissonanze o critiche nei confronti della nostra dirigenza nazionale, ma solo sottolineature ed incoraggiamenti, come si evince anche dalla Mozione finale, approvata all'unanimità, in cui non è mancato un monito a tutte le forze politiche per un maggior senso di responsabilità, realismo e concretezza ed un invito a predisporre un quadro normativo nazionale che consenta forme di volontariato professionale sanitario a favore dei più bisognosi ed indigenti, così da evitare illegittima concorrenza, accuse di evasioni fiscali e contributive, scoperture assicurative degli operatori in materia di responsabilità civile.

A latere del Congresso si è tenuto, nel pomeriggio del 17/04 u.s., il Consiglio consultivo del FORUM, aggregazione che raccoglie numerose Associazioni di pensionati che hanno problematiche, rivendicazioni ed aspirazioni omogenee a quelle della FEDER.S.P.eV., che hanno scelto di

essere presiedute e coordinate dal Prof. Michele Poerio. Non sono naturalmente mancati i momenti di svago (una piacevole serata tra musica e teatro in stile napoletano; giochi di carte con Burraco in evidenza; conversazioni amichevoli e scambi di esperienze tra i nostri Soci) e due pomeriggi dedicati alla cultura con visita al Parco archeologico di Paestum, uno dei meglio conservati al Mondo, ed ai gioielli storici ed architettonici di Salerno, tra cui la Cattedrale di San Matteo, con la sua splendida Cripta policroma, la Chiesa di S. Pietro a Corte, i Giardini della Minerva (che si sviluppano a terrazze con vista spettacolare sulla baia di Salerno, già Orto botanico della Scuola Medica di Salerno), il Museo Roberto Papi, che raccoglie una enorme varietà di strumenti medico-chirurgici delle varie branche specialistiche, pazientemente raccolti da Mario Papi, padre di Roberto, prematuramente scomparso, ecc., ecc.

Un sincero riconoscimento e ringraziamento per la lodevole organizzazione va alla Dott.sa Naria Colosi, ed alle Collaboratrici Sig.re Caterina e Lucilla dello staff della Segreteria nazionale, e naturalmente alla Prof. Paola Capone, autrice del testo "Naturalmente sani", donato dalla Federspev Nazionale a tutti i Congressisti. Con il suo libro, vera *summa*, dai commentari agli aforismi, del *Regimen* della Scuola Medica Salernitana, nelle diverse forme in cui ci sono stati tramandati, ha "prolungato" idealmente Il 55° Congresso

Infine, con ammirazione e stima, un grazie di cuore al Prof. Michele Poerio per la grinta con cui ha affrontato anche questa fatica congressuale, nonostante che nell'ultimo anno abbia dovuto fronteggiare tre interventi chirurgici ed un incidente stradale, avvenuto dopo aver partecipato ad una impegnativa assemblea FEDER.S.P.eV. di Perugia. Come vedete dalla ricchezza dei contenuti su esposti, credo che, per chi avrebbe potuto parteciparvi, rappresenti un vero rincrescimento, oggi, dover dire "Io non c'ero all'appuntamento del 55° Congresso FEDER.S.P.eV. di Salerno". Speriamo allora per il prossimo Congresso...

Mozione finale del 55° Congresso FEDER.S.P.eV.

Il 55° Congresso FEDER.S.P.eV., riunito a Salerno dal 15 al 17 Aprile 2018, udita la ampia relazione del Presidente nazionale Prof. Michele Poerio, la approva e nel contempo esprime, dopo approfondito dibattito, le seguenti valutazioni ed indirizzi programmatici per i propri Organismi statutari:

1. difesa intransigente del nostro sistema di “welfare state”, che vede nella previdenza, nella sanità pubblica (che da anni ormai viene colpevolmente sottofinanziata) e nella tutela socio-assicurativa dei non-autosufficienti i propri capisaldi;
2. rivendicazione della corretta applicazione dei principi costituzionali vigenti ed il concreto esercizio dei diritti acquisiti da parte di tutti i sanitari pensionati italiani, e loro vedove/i, in piena coerenza con la sentenza 70/2015 della Consulta, tutt’ora disattesa;
3. ripristino di un sistema vero e reale di perequazione automatica delle pensioni in godimento, di fatto bloccato, od immiserito da forme di tassazione impropria, dal 2012 ad oggi (7 anni);
4. richiamo a tutte le forze politiche affinché, deposti gli slogan elettoralistici, prendano atto responsabilmente che la nuova legge elettorale (prevalentemente proporzionale) ed il nostro sistema parlamentare impongono solleciti accordi tra i Partiti per realizzare un dignitoso Governo di coalizione per il Paese, con un programma realistico;
5. sollecitare la riforma del nostro sistema fiscale, così da renderlo più semplice e ridurre la tassazione sul lavoro e sulle persone, a partire da un doveroso alleggerimento, progressivo in rapporto all’età, delle aliquote (le più esose d’Europa) sui redditi da pensione;
6. proseguire nelle sinergie con le categorie e tutte le forme associative che abbiano un comune sentire e programmi compatibili;
7. migliorare la collaborazione con gli Ordini professionali provinciali, e le Federazioni nazionali di medici, veterinari e farmacisti, in attesa di un doveroso abbattimento delle quote annuali di iscrizione (non inferiore al 30%) per tutti quei pensionati che non esercitano più la libera professione di competenza, anche per evitare dolorose rinunce all’iscrizione agli Ordini stessi;
8. richiedere all’ENPAM, ENPAF, ENPAV, più attenzione e rispetto per i propri pensionati, con critiche in particolare nei confronti dell’ENPAM per come aveva gestito inizialmente la convenzione per la tutela della non-autosufficienza che, nonostante i primi buoni risultati ottenuti dalla FEDER.S.P.eV. e la buona disponibilità dell’ENPAM, non ha ancora consentito di realizzare la piena copertura per tutti i Colleghi, estendendo peraltro analoghe tutele anche a favore dei medici veterinari e farmacisti;
9. favorire in ogni modo l’accesso alle forme di previdenza complementare per le nuove generazioni di medici, veterinari e farmacisti, anche attraverso Fondi di previdenza integrativa istituiti presso i rispettivi Enti previdenziali autonomi;
10. proseguire nella valorizzazione della persona del pensionato, nella consapevolezza della sua ricchezza in esperienza, competenza, umanità e solidarietà, anche favorendo l’accesso a forme di volontariato professionale a favore dei più bisognosi e meno abbienti che, liberate da appesantimenti burocratici, prevedano tuttavia una regolamentazione nazionale in grado di evitare illegittima concorrenza, evasioni fiscali e contributive, scoperture assicurative degli operatori in materia di responsabilità civile.

Approvata all’unanimità

CONVENZIONI E SERVIZI

CENTRO PRENOTAZIONI BETTOJA HOTELS

Numero Verde: 800860004
Fax: +39 06 4824976
E-mail: commerciale@bettojahotels.it
www.bettojahotels.it

CONVENZIONE 2018/2019 CON LA DIREZIONE DELL'HOTEL "LE SEQUOIE" A CARSO (AQ):

tel. 0863997961 – fax 0863909124
e mail: info@lesequoie.it – sito: www.lesequoie.it
L'Hotel Le Sequoie dispone di moderne camere dotate di ogni comfort compresa connessione Internet ad alta velocità in modalità WI-FI. Inoltre l'hotel dispone di campi di calciotto e calcetto, di tennis al coperto ed all'aperto e vaste aree verdi usufruibili. Prossima apertura di piscina, percorso della salute, palestra e possibilità di pratica golf. La Direzione offre la possibilità di usufruire di quanto sopra descritto e di quanto sarà realizzato agli iscritti FEDER.S.P.eV. ed ai loro familiari con lo sconto del 10% sulle tariffe.

UDILIFE

La UDILIFE srl è un'azienda che offre ai deboli di udito consulenze e ausili protesici idonei alla risoluzione dell'ipoacusia.
Per tutti gli iscritti FEDER.S.P.eV., grazie ad una convenzione con la nostra società, verranno effettuati gratuitamente, previo appuntamento c/o la sede di via Ezio 24, gli esami audiometrici e, sull'acquisto di nuovi apparecchi acustici sarà applicato uno sconto del 20% dal prezzo del listino.
UDILIFE srl Piazza Conca D'Oro 22 - 00141 Roma telefono 0688812301

UNIVERSITÀ TELEMATICA PEGASO

Presidente: dott. Danilo Iervolino - sito web: www.unipegaso.it

UPTER (Università popolare della terza età) che organizza corsi di aggiornamento e di approfondimento su i più svariati argomenti. La sede centrale (esistono anche numerose sedi decentrate) si trova a Palazzo Englefield, Via 4 Novembre 157 - 00187 Roma tel. 066920431. Mostrando le tessere di iscrizione alla FEDER.S.P.eV. si ottiene uno sconto del 10% sul prezzo del corso scelto.

AVIS

Tutti gli associati FEDER.S.P.eV.-Confedir-CISAL potranno usufruire delle tariffe speciali dedicate ad uso personale in modo semplice e immediato. Cisl codice associati: CISAL ASSOCIATI - AWD E553001 - sito web: www.avisautonoleggio.it
Centro Prenotazioni: 199 100133

ARTEMISIA BLU CARD (per i romani)

La tessera dà diritto, tranne accordi particolari con alcuni enti, ai segg. sconti:
- 10% sulla Fertilità di Coppia
- 15% sulla Diagnostica Strumentale
- 20% Esami di Laboratorio
sito web: www.artemisia.it

ENTI E SOCIETÀ

Patronato ENCAL (Assistenza e Previdenza)
CAF CISAL srl (Assistenza Fiscale)
ECOFORM CISAL (Formazione Professionale)
ECTER CISAL (Turismo e tempo libero)
SSAAFF CISAL (Servizi Assicurativi e Finanziari)

ENTI BILATERALI

CENTRO STUDI CISAL 06.3211627/3212521
NUMERO VERDE: 800931183
ASSIMEDICI - consulenza assicurativa medici
2013 MILANO, Viale di Porta Vercellina 20
Chiamata gratuita 800 - medici (800-633424)
Tel 02.91.33.11 - Fax 02.48.00.94.47
www.assimedi.it - E-mail: info@assimedi.it

TERME DI SUIO E DI MONTEGROTTO

La FEDER.S.P.eV. ha sottoscritto una convenzione con le terme di Suio e di Montegrotto riservata ai propri iscritti. Per ulteriori info consultare il nostro sito.

CONSULENZA FINANZIARIA:

La FEDER.S.P.eV. ha sottoscritto una convenzione per la consulenza finanziaria con un professionista del settore bancario.
Gli iscritti interessati potranno telefonare a Donatella Peccerillo cellulare: 335.8161412, telefono fisso 06.684861,
e-mail: donatella.peccerillo@spininvest.com

CONSULENZA PREVIDENZIALE:

La consulenza viene effettuata nei giorni di lunedì e martedì di ogni settimana dalle 9,30 alle ore 12,30 a mezzo telefono (06.3221087-06.3203432-06.3208812) o a mezzo corrispondenza, o a mezzo fax (06.3224383) o recandosi personalmente presso la sede sociale sita in Via Ezio 24 - Roma.

CONSULENZA LEGALE:

AVV. GUARNACCI - tel 06.4402967-06.4402397
La prestazione professionale gratuita per i nostri iscritti è limitata alla consulenza telefonica.
AVV. MARIA PIA PALOMBI
tel. 0774.550855 - fax 06.23326777
e-mail: mp.palombi@gmail.com
L'avvocato Palombi è disponibile a venire in sede previo appuntamento telefonico

ORARI DI UFFICIO:

L'ufficio è aperto tutti i giorni, eccetto il sabato dalle ore 9,00 alle ore 14,00 e dalle 14,30 alle 17,00.

POSTA ELETTRONICA:

federspev@tiscali.it - segreteria@federspev.it

SITO INTERNET: www.federspev.it

AZIONE SANITARIA

COMITATO DIRETTIVO NAZIONALE

Michele POERIO
Marco PERELLI ERCOLINI
Teresa STARDERO GARIGLIO
Amilcare MANNA
Luciana SUSINA ROZZI
Stefano BIASIOLI
Alfonso CELENZA
Armanda CORTELLEZZI FRAPOLLI
Giuseppe COSTA
Silvio FERRI
Guido GINANNESCHI
Letizia MOLINO FILIPPAZZO
Giuseppe PEZZELLA
Carlo SIZIA
Nicola SIMONETTI
Italo SONNI
Emilio POZZI
Daniele BERNARDINI

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Sergio ABBATI
Francesca PERCACCIA VENA
Luisa FREGOSI BOGGI
Paola CAPONE D'AMBROSIO
Mario ALFANI

COLLEGIO DEI PROBIVIRI

Antonino ARCORACI
Maria BELLOMO LONGO
Paolo FERRARIS
Sergio FATTORILLO

Direttore Editoriale: MICHELE POERIO

Direttore Responsabile: NICOLA SIMONETTI

Vice Direttore e Coordinatore

Comitato di Redazione: CARLO SIZIA

Vice Direttore: PAOLA CAPONE

Comitato di Redazione:

Tecla Caroselli, Amilcare Manna, Anna Murri,
Leonardo Petroni, Maria Concetta La Cava

Sede: Via Ezio, 24 - 00192 ROMA

Tel. 06.3221087 - 06.3203432 - 06.3208812 - Fax 06.3224383

E-mail: federspev@tiscali.it - segreteria@federspev.it

Grafica e stampa: Grafiche Delfi Italia s.r.l.

Spedizione e Distribuzione: Grafiche Delfi Italia s.r.l.

Autorizzazione Tribunale di Roma N. 7 del 10-1-1984

Visto si stampi maggio 2018