

# 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° 2 - marzo-aprile 2019 • ANNO XXXVI

**"NON SOLI, MA SOLIDALI"**

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



**Servizio Sanitario  
Nazionale  
e regionalismo  
differenziato**

# In questo numero



Quarantennale del Servizio Sanitario Nazionale  
*Intervento del Presidente al corso di formazione per giornalisti tenutosi a Milano nello scorso novembre* **03**  
a cura di Michele Poerio

Siamo fortemente delusi e arrabbiati **06**  
a cura di Marco Perelli Ercolini

Così si spendono in disavanzo i soldi che non si hanno **08**  
a cura di Leonardo Petroni

Corrispondenza con il Dr. A. Oliveti  
*Presidente ENPAM su LTC* **10**

Stop alle infezioni chirurgiche: costano rischi, più ricoveri, disagi e miliardi di euro - pubblicate raccomandazioni ad uso ospedaliero **14**  
a cura di Nicola Simonetti

Diabete, "paradigma delle cronicità" **16**  
a cura di Antonino Arcoraci

Laurea Magistrale in Medicina e Questione Medici Giovani  
*Anno 1945 vs Anno 2018* **21**  
a cura di Donato Magi

Medici senza frontiere: l'uomo per l'uomo **25**  
a cura di Ettore Puglia

L'eccezionalità dei chirurghi **27**  
a cura di Cesare Puricelli

Violenti si nasce o si diventa? **30**  
a cura di Salvatore Sisinni

Nostalgici ricordi di montagna **31**  
a cura di Pino Messina

Quello strano malato 'in fin di vita' **33**  
a cura di Cesare Persiani

Il consiglio del notaio **37**  
a cura di Chiarastella Massari

## RUBRICHE

Rosso & Nero / IL BLOG **39**  
a cura di Rory Previti

Grandi medici del Meridione **40**  
a cura di Modestino De Marinis

L'arte del mal sottile **40**  
a cura di Antonio Di Gregorio

La senescenza tra massime, aforismi ... a favore e contro **41**  
a cura di Antonino Arcoraci

Lettere al Presidente **42**

Vita delle Sezioni **43**

# Quarantennale del Servizio Sanitario Nazionale

**Intervento del Presidente al corso di formazione per giornalisti tenutosi a Milano nello scorso novembre**

---

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

---



**A**bbiamo celebrato lo scorso anno il quarantennale della costituzione del SSN. Indubbiamente è stata una conquista irrinunciabile per tutti i cittadini.

Ammalarsi in Italia non è la stessa cosa che ammalarsi negli Stati Uniti dove c'è sì la medicina scientificamente più avanzata, ma, se non si dispone di una buona assicurazione, si rischia di non essere curati, per lo meno al meglio delle possibilità. Essere ammalati gravemente significa spesso indebitarsi o andare in rovina. E quanto accade negli USA avviene in molti altri Paesi.

In Italia chi ha un tumore viene trattato con le terapie più innovative anche se costosissime e non paga nulla. Lo stesso per molte altre gravi patologie (trapianti, dialisi, interventi cardiocirurgici, ecc.).

Niente di tutto questo, con esclusione di casi molto limitati, sarebbe sostenibile con le risorse economiche di un singolo o di un gruppo familiare. Ciò si può realizzare perché il 23 dicembre 1978 è stato istituito il Servizio Sanitario Nazionale che, sulla linea di quello britannico, assicura l'assistenza a tutti i cittadini, indipendentemente dalle loro possibilità economiche.

Eppure il Servizio Sanitario spesso e volentieri è molto criticato. Il motivo è semplice: niente è perfetto e quando, ad esempio, si ha bisogno di un esame la cui lista d'attesa è di 6-8-10 mesi, non

si pensa, giustamente, a ciò che accade in America, ma al fatto che quell'accertamento serve ora e che fra dieci mesi potrebbe essere troppo tardi.

Ma nonostante questo ed altri difetti il nostro sistema sanitario è un bene da difendere a tutti i costi.

Ci si deve solo chiedere se a quarant'anni dalla nascita continua a tutelare i suoi principi fondamentali: **universalità, uguaglianza ed equità.**

Il suo continuo sottofinanziamento, però, fa nascere grandi dubbi e 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 "prelievi" dalle tasche dei cittadini come ticket e addizionali 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 sarebbe indispensabile una modifica dell'art. 117 laddove parla di tutela della salute aggiungendo "nel rispetto dei diritti dell'individuo e in coerenza con l'art. 18 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 tra il 2005 e il 2016 non è migliorato ma addirittura peggiorato.

Ma tutto ciò non sarà possibile con il nuovo sistema di "Regionalismo differenziato".

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 disuguaglianze 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 debbono 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 e combattendo la corruzione all'interno del sistema.

Ma invece di attuare l'art. 32 della Costituzione e cercare di eliminare queste intollerabili dise-

guaglianze, il Governo Gentiloni, qualche giorno prima della sua scadenza, crea le premesse per smantellare l'universalismo e l'equità di accesso alle cure volute dalla legge 833/78, attraverso l'accordo firmato nel febbraio 2018 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.

Il Parlamento avrà spazi di intervento assai limitati nell'approvare le leggi sulla maggiore autonomia di queste regioni. Potrebbe decidere di respingere in toto le proposte o richiedere che l'intesa raggiunta sia riaperta, ma emendare questi disegni di legge non potrà farlo in quanto non lo consente la riforma della Costituzione approvata nel 2001 che ha messo in posizione paritetica lo Stato e la Regione che chiede maggiori poteri.

**Lo Stato, quindi, non è più gerarchicamente sovraordinato.**

Appreziamo, pertanto, l'iniziativa della FNOM-CeO ai fini della modifica radicale del titolo quinto 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 precedente 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.

Non esaltiamoci troppo, quindi, per la classifica dell'OMS del 2000 formulata sulla base di dati riferiti al 1997 che poneva il SSN dell'Italia al secondo posto nel mondo, classifica che oggi ha solo un valore storico e che non dovrebbe essere più citata, diversamente da quanto fanno alcuni. Così come non ci dovrebbe molto rallegrare la terza posizione del nostro SSN nel mondo e la prima in Europa ottenuta nella valutazione Bloomberg. Le classifiche internazionali sono condizionate da numerose variabili (sicurezza, efficacia, appropriatezza, equità, partecipazione dei cittadini e pazienti, efficienza e così via) per cui passiamo dal primo posto in Europa nella classificazione Bloomberg al ventesimo su 35 in quella di Euro Health Consumer Index.



# Siamo fortemente delusi e arrabbiati - Siamo al colmo, ora basta!

---

a cura di Marco Perelli Ercolini

---

**A**nche quest'anno ci ritroviamo al Congresso. A Firenze. È quasi un rito, anno dopo anno, al sabato pomeriggio nell'atrio dell'albergo in attesa degli arrivi e degli abbracci. Un carissimo incontro tra amici di vecchia data. Sì, il nostro è un Congresso un poco atipico inteso per lo più come un incontro programmato di tanti, tanti amici, con tante cose da raccontare, ma da alcuni anni col costante grido *“ma perché dobbiamo essere il capro espiatorio dei bisogni dello Stato? la pensione ce la siamo pagata a fior di contributi dopo aver lavorato tutta una vita e pagato sempre le tasse... e il colmo dei colmi, quest'anno anche etichettati come «parassiti» oltre che «ladri del futuro dei figli e dei nipoti». Questo è il colmo, noi che per le grosse carenze del welfare sociale siamo il pilastro del welfare familiare. Ci considerate «improduttivi» e allora ... rupe Tarpea?!?!”*

Bisogna dunque unirvi nelle proteste per non essere più trattati come pezzi da piedi ... noi che ancora nel sociale e nel familiare siamo dei puntelli essenziali. Dobbiamo far sentire le nostre ragioni e dobbiamo gridare le effettive verità contro le tante bugie di cui ci macchiano.

È vero al mattino non corriamo più in ufficio, in ospedale, nel negozio, ma anziché dormire ci alziamo per portare i nipoti a scuola o per i vari malanni di stagione facciamo i guardiani dei malatini, facciamo i nonni perché mamme e papà debbono andare al lavoro. E poi nel pomeriggio andare a prenderli a scuola e fargli fare i compiti

... Ma anche correre per gli incarichi che i figli ci danno...in questo o in quell'ufficio, facendo le code, anche se abbiamo sempre odiato a metterci in fila!

Ma non dimentichiamo anche quanti continuano un lavoro silenzioso, senza il becco di un quattrino, nel volontariato in tantissimi settori del sociale.

Da anni hanno bloccato gli aumenti della pensione, anzi molte volte hanno fatto degli ulteriori tagli, sì perché hai una pensione troppo alta, scordando volutamente che la pensione è strettamente collegata ai versamenti che hai fatto durante tutta la vita lavorativa e agli anni che hai lavorato. E ora ci dite anche che siamo dei «parassiti»?!?!

Basta Signori è ora di finirla di ghettizzare i pensionati, di creare questi odi intergenerazionali, mettendo i giovani contro i vecchi. Dove sono andati i soldi che abbiamo versato per le nostre pensioni?

Ma ecco che non solo ci “mangiate” le nostre pensioni, ma non ci volete più neanche curare? Il nostro Servizio sanitario, imponente colosso per una tutela universale della salute, inizia ad accusare “strani” sintomi di inefficienza ... costa troppo! Ma se in campo Ocse è sotto la media pur avendo primati di efficienza! E, attenzione, tutti, proprio tutti colla fiscalità generale secondo il proprio reddito versano fior di quattrini per il suo mantenimento! Per inciso negli ultimi 10 anni c'è stato un pesante definanziamento: 37 miliardi! Perché? Dove sono andati questi soldi? Anziché risparmiare sulla salute perché non si eliminano gli sprechi e la parassitologia insita nella

sanità? Ci lesinano un esame, ma quanti sprechi e magari “ruberie” con certi appalti?

Da qualche anno, se hai bisogno di visite o esami ci mettono in nota con attese di mesi ... fai tempo a morire ... salvo se paghi, in un falso privato fai il salto della lista d’attesa.

Quante storture sono sorte all’insegna del dio soldo!!!

Il Servizio Sanitario Nazionale sta lentamente (e volutamente?) affossando: definanziamento, livelli essenziali di assistenza sproporzionati, sprechi e inefficienze, espansione incontrollata del secondo pilastro (fondi, assicurazioni), cui vanno aggiunti due “fattori ambientali” e precisamente: la (leale?) collaborazione con cui lo Stato e Regioni dovrebbero tutelare il diritto alla salute ulteriormente minata dal contagioso virus del regionalismo differenziato e le aspettative irrealistiche di cittadini e pazienti per una

medicina mitica e una sanità infallibile, alimentate da analfabetismo scientifico ed eccessi di medicalizzazione.

*«... il popol è ben lo sapete un cane, che i sassi addenta che non può scagliare...»*

**ma, allora, attenti anche che il cane arrabbiato può però addentare i polpacci...**

Ormai abbiamo raggiunto il colmo dei colmi, non dobbiamo più subire, **dobbiamo farci sentire, ricorrere alla Giustizia** contro le ultime angherie e soprusi, contro i colpi inferti solo alla nostra categoria, se c’è bisogno tutti debbono rispondere ai bisogni dello Stato, ma perché solo colpire i pensionati, quelli che per tutta una vita hanno lavorato e pagato onestamente le tasse?

E inoltre, è vero **non abbiamo l’arma degli scioperi, ma nel segreto delle urne elettorali possiamo ricordarci come ci hanno ridotto e da chi siamo stati bistrattati.....**



# Così si spendono in disavanzo i soldi che non si hanno

a cura di **Leonardo Petroni**

L'attuale lentezza della ripresa economica determina, senza dubbio, nelle famiglie italiane paura e grande incertezza per il futuro. La voglia urgente di una vita migliore della classe meno abbiente è stata, a torto, penalizzata da una politica distratta da altri interessi. Questa paralisi ha prodotto frustrazione e la frustrazione ha prodotto rancore, e ancora oggi queste acque stagnanti non danno segni di ripresa.

I governi non si sono impegnati in tal senso, non si sono curati di ascoltare il popolo, e succede che se questo viene lasciato a se stesso, dopo un po' te lo ritrovi nel rancore.

Questo rancore il Movimento 5 Stelle abilmente l'ha saputo cavalcare, ha saputo ascoltare, istigando soprattutto la gente del sud, disperatamente afflitta da problemi economici, all'invidia, ha promesso benessere e lavoro, con idee generalmente ritenute da esperti economisti irrealizzabili, ed ha ottenuto il facile consenso.

Questi cittadini si sono sentiti ascoltati e difesi e si sono consegnati a questo Movimento non con un voto di protesta, bensì di disperazione, convinti di rivendicare un innalzamento dei livelli di vita con il reddito di cittadinanza.

Senza dubbio, è giusto che una forza politica prenda a cuore lo stato di necessità di queste persone, ma non con questa formula miracolosa, che demagogicamente lega in modo tanto stretto povertà e lavoro o meglio disoccupazione. Questi sono due fattori che non vanno confusi, perché la povertà è un fenomeno familiare, la

manca di lavoro è un fatto strettamente personale e per entrambi si devono trovare soluzioni diverse, non spendendo inutilmente e in disavanzo i soldi che non si hanno. Un sussidio contro la povertà non può essere efficace anche per l'inserimento lavorativo.

Secondo la mia esperienza manageriale nel campo del lavoro, l'irrazionalità di uno sviluppo di dinamiche retributive svincolate da obiettivi funzionali come investimenti, produttività, crescita, ma collegate a impostazioni di tipo distributivo, è simile ad una operazione di assistenzialismo. Da questa precisazione, la facilità di promettere lavoro, fra l'altro con tantissimi paletti e soprattutto con l'enorme difficoltà di organizzare nel breve tempo previsto i centri per l'impiego, mi porta a credere ancora una volta che tale impresa sarà difficile da realizzare.

Ma la gente disperata, senza saper entrare nel merito, questa promessa l'ha presa per buona ed ora la esige.

La non condivisione di questa fantomatica politica porta ad una considerazione grave e negativa per noi pensionati.

Questi signori, per tenere in piedi le loro promesse elettorali, fanno ricorso non solo a finanziamenti presi a debito, fra l'altro insufficienti per questa manovra ma, proprio per questo, anche a misure ingiuste e odiose come il taglio a milioni di italiani della rivalutazione delle pensioni e chi sa quale altra diavoleria.

In tal modo, siamo ancora noi a pagare i costi di una politica sbagliata che, come sempre, prima cerca consensi e poi cerca fondi, lasciando ancora il potere d'acquisto uguale a quello di venti anni fa.



Proporre la lotta alla povertà con strumenti inusuali della previdenza si corre il rischio di accelerare l'esposizione di forze crescenti ad uno stato di necessità.

Il processo di uscita per noi pensionati da questa paralisi non è semplice e non può essere portata a termine senza la volontà di tutta la classe media in quiescenza unita e organizzata in difesa dei propri diritti.

Dopo tanti tentativi, finalmente ora si è capito (ciò che da anni io sto predicando e il nostro Presidente lo sa) che se non c'è la massa una categoria rimane indifesa per definizione.

C'è voluto del tempo ma l'indispensabile l'abbiamo realizzato.

Forse ora siamo riusciti ad avere la grande speranza di uscire da questa strettoia che gradualmente ci impoverisce togliendoci dignità, con la costituzione di un Comitato Consultivo permanente, espressione di una forza nazionale di ben sedici associazioni a difesa delle nostre pensioni.

Questo corposo numero di associati (pare 650 mila e forse molto di più con il relativo indotto familiare) aderenti al Forum pensionati d'Italia,

grossa opportunità che va sempre più potenziata, ci mette in linea per reclamare i nostri diritti.

Così organizzati, ci possiamo finalmente permettere di mostrare la nostra visibilità e di porci al centro dell'attenzione politica, soprattutto ora, in occasione del prossimo scenario elettorale, in modo tale da essere, direi, corteggiati da coloro, in momentanea difficoltà, ma determinati a cercare risorse per risalire la corrente.

Sarà poi questa nuova forza politica, se approfitta della nostra vantaggiosa offerta, a mettere in opera per noi misure di impatto immediato, già condivise in passato, su chi ha l'onere di governare.

L'impegno del Forum dimostrato sin dall'inizio, vedi l'incontro di dicembre scorso a Milano, per organizzare una decisa strategia con cui fronteggiare questo nostro momento di difficoltà, è stato encomiabile e lodevole per l'interesse suscitato.

Questa, a mio avviso, è la strada giusta per una battaglia decisiva, mi auguro che tale impegno continui per invertire la marcia su ciò che può accadere nel prossimo futuro alle nostre pensioni.



# LTC

*Abbiamo più volte affrontato il problema della Long Term Care (LTC) e cioè la tutela dei soggetti che si trovino ad aver bisogno di un'altra persona per aiutarli 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 non estendendola però a tutti i medici. La FEDER.S.P.eV., come già scritto, ha manifestato il proprio dissenso per cui il Presidente Oliveti apriva un tavolo di consultazione ottenendo, quale risultato, l'inserimento nella polizza anche di pensionati non attivi infra 70enni al 1 agosto 2016 (12.000 pensionati).*

*Si è ottenuto, inoltre, l'ampliamento dei limiti reddituali per la tutela assistenziale dei medici ultra settantenni che non possono usufruire momentaneamente della copertura LTC.*

*Ripartiamo da qui. Ci auguriamo che nell'immediato prossimo tutte le parti in causa (ENPAM, ONAOSI, FNOMCeO, FEDER.S.P.eV.) lavorino in sinergia per riuscire ad ottenere quelle modifiche regolamentari che sono necessarie per l'ampliamento della LTC a tutti gli iscritti, indipendentemente dall'età e dai redditi.*

*La FEDER.S.P.eV., pur apprezzando gli sforzi fatti dall'ENPAM, continuerà a produrre proposte per arrivare ad una soluzione definitiva di questo problema molto sentito dalla categoria che rappresenta.*

**Si riportano di seguito i testi dell'ultimo scambio epistolare tra il Presidente dell'ENPAM, dott. Alberto Oliveti ed il Presidente della FEDER.S.P.eV., Prof. Michele Poerio.**

Data: 23/01/2019 Amm: ENPAM



Prot: 0008398

Trasmissione via email: [federspev@tiscali.it](mailto:federspev@tiscali.it)

Al Presidente Nazionale FEDERSPEV  
Dott. Michele Poerio  
Via Ezio, n. 24  
00192 - Roma

**Oggetto:** Approvazione delle modifiche al Regolamento delle Prestazioni Assistenziali del Fondo di Previdenza Generale Enpam

Caro Michele,

sono lieto di informarti che il 28 dicembre 2018 – con l’approvazione da parte dei Ministeri Vigilanti – sono entrate in vigore le modifiche al Regolamento delle Prestazioni Assistenziali (“Norme di attuazione delle disposizioni di cui al Titolo IV del Regolamento del Fondo di Previdenza Generale”), deliberate lo scorso anno dal Consiglio di Amministrazione dell’Ente.

L’Enpam può finalmente offrire un ampliamento delle tutele assistenziali: la nuova regolamentazione, infatti, prevede - per gli iscritti che non possono usufruire della copertura Long Term Care - un limite più alto del reddito annuo complessivo per beneficiare del contributo per l’assistenza domiciliare e per il pagamento della retta per il soggiorno in casa di riposo. Nello specifico:

- per l’assistenza domiciliare, il limite del reddito è stato elevato da sei a nove volte l’importo del trattamento minimo Inps. Per meglio comprendere la portata dell’agevolazione basta prendere ad esempio l’anno 2018: il limite pari a € 39.147,42 passa a € 58.721,13;
- per l’ospitalità in case di riposo, il limite reddituale è ridotto di un terzo invece che della metà. Nel caso di un nucleo familiare composto dal solo richiedente, il limite di reddito (anno 2018) è quindi di € 26.098,28 invece che di € 19.573,71.

Spero che tu possa condividere con me la soddisfazione per gli obiettivi che abbiamo raggiunto, anche grazie al confronto intrapreso tra Fondazione Enpam e Federspev.

Un cordiale saluto.

II PRESIDENTE  
(Dott. Alberto Oliveti)

**Fondazione Enpam**  
Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza dei Medici e degli Odontoiatri  
Piazza Vittorio Emanuele II, 78 - 00185 Roma  
Tel: 06.4829.4756 - Fax: 06.4829.4722  
[www.enpam.it](http://www.enpam.it)



FEDER.S.P.EV.  
**FEDERAZIONE NAZIONALE SANITARI PENSIONATI E VEDOVE**

**Il Presidente Nazionale**

00192 Roma – Via Ezio 24 – Tel.: 063221087 – fax: 063224383  
Sito Internet: [www.federspev.it](http://www.federspev.it) – e mail: federspev@tiscali.it

Prot. 12501

Roma 7 Febbraio 2019

Ill.mo Dottor  
Alberto Oliveti  
Presidente Enpam  
Roma

Caro Alberto,

quale Presidente della Federspev voglio ringraziarti sentitamente per quanto comunicato nella lettera del 23 gennaio ultimo scorso.

L'ampliamento delle tutele assistenziali previsto, già deliberato l'anno scorso dal Consiglio di Amministrazione dell'Enpam, ed approvato il 28 dicembre 2018 dai Ministeri Vigilanti, sarà accolto con soddisfazione da tutti coloro che non possono usufruire della copertura Long Term Care.

A questo proposito continuo ad essere convinto che vi sia la possibilità di estendere la stessa tutela anche agli over 70.

Il rilevante bisogno di LTC degli anziani rimane senza risposta da parte dello Stato e chi se non l'Enpam deve dare risposta alle difficoltà dei suoi iscritti?

Il diritto alla LTC deve essere esteso a tutti i medici.

Ti chiedo, caro Alberto, di fare un ulteriore sforzo per una soluzione definitiva, consolidando la tendenza della Fondazione che tu presiedi ad incrementare i Fondi destinati all'Assistenza.

Ritengo che una azione comune Enpam, FnomCeo e Federspev potrebbe ottenere dai Ministeri Vigilanti un ampliamento dei suddetti fondi.

Un cordiale saluto.

Michele Poerio



FEDER.S.P.EV.  
**FEDERAZIONE NAZIONALE SANITARI PENSIONATI E VEDOVE**

**Il Presidente Nazionale**

00192 Roma – Via Ezio 24 – Tel.: 063221087 – fax: 063224383  
Sito Internet: [www.federspev.it](http://www.federspev.it) – e mail: federspev@tiscali.it

Prot. 12538

Roma 27 Febbraio 2019

Ill.mo Dottor  
Alberto Oliveti  
Presidente Enpam  
Roma

Caro Alberto,

la FEDER.S.P.eV. prende atto con soddisfazione del nuovo Regolamento adottato dalla Fondazione per migliorare le prestazioni assistenziali e plaude alla loro estensione agli studenti di medicina del 5° e 6° anno, pur tuttavia non può esimersi dal rimarcare che mentre vengono offerte giustamente garanzie (compresa la LTC ai futuri colleghi) ci si dimentica di chi ha versato fior di contributi al Fondo Generale per 40 anni ed oltre.

La Federazione riconosce che l'Enpam ha dimostrato, nei precedenti contatti e confronti, disponibilità a migliorare ed ampliare le prestazioni a favore dei pensionati esclusi dalla Long Term Care ma resta il fatto che ne rimangono ancora esclusi circa 40.000.

Nei precedenti incontri la nostra Federazione ha sempre avuto, oltre al legittimo ruolo istituzionale di difesa dei diritti dei propri iscritti, un atteggiamento propositivo ed anche collaborativo con la Fondazione e si sente quindi motivata, alla luce delle novità introdotte dalla recente Legge di bilancio sugli investimenti in economia reale da parte delle Casse di Previdenza private e privatizzate, a formularvi considerazioni e proposte utili a permettere al nostro Ente previdenziale di dare anche ai soggetti, sinora esclusi, la garanzia per la copertura della perdita dell'autosufficienza, superando il fatidico discrimine del 1° Agosto 2016. Il comma 210 dell'art. 1 della Legge di bilancio 145 del 31 dicembre 2018 ha previsto per le Casse private l'innalzamento dal 5° al 10% della quota di investimenti in economia reale agevolabile con la defiscalizzazione, in cui rientrano anche i servizi di welfare. A tal riguardo, riprendendo il tuo intervento in veste di Presidente ADEPP al Convegno del settembre 2018, alla presenza del Sottosegretario Durigon, dove dicevi: "Il perimetro di defiscalizzazione degli investimenti dovrebbe essere allargato anche perché..... è un modo per ridurre la tassazione che grava sui nostri Enti e per dare più servizi di Welfare ai nostri iscritti...", riteniamo, in coerenza con quanto da te dichiarato ed auspicato, che con questo incremento l'Enpam possa trovare le risorse per garantire la Long Term Care anche ai pensionati sinora rimasti esclusi dal provvedimento.

Tutto questo anche in considerazione del fatto che, molto probabilmente, il vincolo del controllo dei Ministeri vigilanti per il contenimento della spesa dovrebbe già cessare quest'anno e quindi la Fondazione potrebbe destinare risorse maggiori per dare copertura a lungo termine (LTC) a tutta la platea dei pensionati, anche senza ricorrere al 5% della quota del Fondo Generale destinata all'assistenza.

Ti chiedo pertanto voler riaprire il tavolo di consultazione coordinato dal dr. Pulci come già avvenuto nello scorso anno. Ti ringrazio e ti saluto cordialmente.

Michele Poerio

# Stop alle infezioni chirurgiche: costano rischi, più ricoveri, disagi e miliardi di euro - Pubblicate raccomandazioni ad uso ospedaliero

---

a cura di Nicola Simonetti

---

**C**hi ricorda le vecchie sale operatorie scrupolosamente presidiate da austere Suore o altro personale a difesa della asepticità, le lunghe “lavate” di mani ed avambracci dei chirurghi e le chiusure del reparto operatorio a scopo di indagare ed eliminare l’eventuale caso (comunque raro) di infezione insorta nel decorso post-operatorio?

Oggi vi è un decalogo preparato da esperti di chirurgia e di tecnica ospedaliera per dire “stop alle infezioni chirurgiche” responsabili di disagi, nove giorni (media) in più di ricovero, rischi ulteriori anche gravi, dal reintervento al cambio dell’eventuale protesi inserita, alla sepsi, alla disabilità, incremento del costo della malattia (il doppio o più), assenza da lavoro o da altre attività personali, sociali, familiari, scadente qualità di vita. Un costo complessivo di più miliardi.

Una su 5 infezioni associate a procedure assistenziali ospedaliere è di natura chirurgica. Nel 70% dei casi le infezioni compaiono dopo la dimissione e richiedono nuovo ricovero e/o reintervento.

Su suggerimento dell’Organizzazione Mondiale della Sanità e dei Centri del controllo e prevenzione delle malattie” di Atlanta (Usa), sono state

studiate e pubblicate, per la prima volta in Italia, le “Raccomandazioni per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico”.

Si tratta – ha detto il prof. Nicola Petrosillo (ist. Spallanzani, Roma, uno dei compilatori – di norme di buona pratica che, se attuate, riducono di oltre il 70% delle infezioni.

Da tener presente anche che l’inquinamento di un intervento chirurgico può anche compromettere l’asepticità necessaria per gli interventi eventualmente successivi creando infezioni a catena. Il decalogo chiama in causa molte figure professionali ospedaliere che devono operare seguendo canoni sequenziali dall’igiene personale propria e del paziente, alla disinfezione, alla tricotomia, alla osservanza delle norme di precauzione.

Raccomandazioni pronte per l’uso a difesa del paziente e anche della tutela propria (morale prima che legale in tempo di denunce facili) e della struttura presso la quale si presta servizio. Sulla pelle di persona sana e pulita, com’è noto, soggiornano 1.000 miliardi di batteri che, sommati ad acari, miceti, virus, formano un esercito di soldati il cui numero è 140 volte quello totale degli esseri umani viventi nel mondo.

Quest’esercito si ferma all’esterno. Una soluzione di continuo, come la ferita chirurgica, gli apre la porta per invadere l’organismo e creare infezione.

La eliminazione dei peli/capelli (non sempre né per ogni paziente o tipo di chirurgia) va fatta lo stesso giorno dell'intervento e non più – come si usava fare – con il rasoio che può causare microlesioni della cute, facile porta di ingresso di germi. Va usato obbligatoriamente un clipper elettrico.

“La disinfezione scrupolosa di mani ed avambracci, la protezione della parte da incidere con un disinfettante di provata efficacia, studiato per 20 anni e, cioè – dice il prof. Marco Pitturri, chirurgo, policlinico Gemelli, Roma – “clorexidina al 2% in alcol” (non più le abusate soluzioni non alcoliche), appositamente preparato, usando applicatori e dosatori (ovvero la disinfezione come farmaco) per l’antisepsi cutanea preoperatoria”.

Raccomandata anche la somministrazione di antibiotici (da adattare al singolo caso) post-operatoria. In tal modo si ristabilisce l’equilibrio dell’organismo che un’infezione mette fortemente a rischio.

Le linee suggerite rappresentano uno strumento pratico da studiare ed applicare, con strategia coordinata e sequenziale, mossa dopo mossa in occasione di ogni e qualsiasi intervento chirurgico.

Tutti siano impegnati professionalmente e dal punto di vista umano – come in una catena - in questa battaglia che richiede spirito di Collaborazione, Consapevolezza, Coinvolgimento, Conformità, Comportamento secondo regola. Ovvero le 5 C che prevengono e mettono al sicuro da possibili infezioni.

Prima di dar spazio al bisturi, l’equipe “spunti” le varie voci della check-list procedurale (come farebbe il pilota di un aereo prima del via).

L’attenzione dovuta al fattore umano – suggerisce Andrea Blasio (ospedale San Raffaele, Milano) – impegna a formare una squadra che lavori in sintonia a vari livelli per scongiurare l’evento che Francesca Raggi (Ausl, Modena) definisce “scongiurabile, basta che ci si pensi e si operi secondo le linee guida suggerite”.



# Diabete, “paradigma delle cronicità”, malattia sempre più diffusa e ancora non bene...

---

a cura di Antonino Arcoraci

---

Oggi, nel mondo, i diabetici dichiarati sono 425 milioni di adulti più 1.100.000 bambini. A questi numeri si deve aggiungere un 50% di persone che sono malate senza saperlo. Il 75% di questi diabetici vive nei paesi a medio e basso reddito. L'Italia ne conta oltre 3 milioni. Una cifra spropositata che secondo l'International Diabetes Federation è in continua crescita.

Oggi, in tutto il mondo, a causa del diabete e delle sue complicanze, muoiono 4 milioni di persone l'anno. Più femmine che maschi. Un diabetico ogni 6 secondi, come riferito nella dichiarazione fatta in occasione della giornata mondiale dedicata alla malattia.

Oggi, le spese mediche relative al diabete, sono il 12% delle spese sanitarie. Nel nostro Paese il costo medio annuo è di circa 3.000 euro a persona.

Quali le motivazioni di questa “pandemia”? Certamente l'alimentazione e le abitudini di vita. La globalizzazione ha cambiato i modelli alimentari (la pizza di oggi equivale a due pasti di un tempo, i condimenti, cosiddetti topping, modificano completamente l'apporto calorico della pizza tradizionale) e le abitudini di vita portano sempre più alla sedentarietà (l'attività fisica si riduce non solo in termini di pratica sportiva, ma anche di sforzo fisico richiesto nell'attività lavorativa o per gli spostamenti). A queste due condizioni si

aggiunge l'ambiente sempre più ricco di sostanze chimiche disturbatrici della morfologia e della funzionalità endocrina, capaci di interferire sulla secrezione e sulla qualità dell'insulina.

L'Africa è il continente in cui tutto questo appare più chiaro (il 79% dei diabetici residenti nelle nazioni a pil pro capite medio basso con un 156 di incremento previsto nella parte centro meridionale e il 110% nel Nord. La transizione alimentare anomala ha favorito il passaggio dall'alimentazione “paleolitica” all'alimentazione “McDonald”. Gioca molto la condizione genetica: il loro metabolismo abituato al “risparmio energetico” non si adatta alle nuove possibilità alimentari quantitative e qualitative e apre al diabete.

Il diabete, conosciuto come “diabete mellito”, oggi meglio definito di “tipo 2”, è una malattia metabolica cronica multifattoriale che si caratterizza per gli alti livelli di glucosio nel sangue non bene gestiti dalla proporzionale risposta insulinica o per quantità o per qualità. Cronicizza e, a lungo termine, procura danno a tutte le cellule del corpo. Le “complicanze”, legate allo squilibrio metabolico, coinvolgono tutti gli organi e gli apparati, sono più facili a carico degli occhi, reni, nervi, vasi sanguigni con lesioni anatomiche e funzionali disabilitanti, potenzialmente mortali. Infatti, secondo i dati ISTAT, il diabete riduce l'aspettativa di vita di 5-10 anni, è l'ottava causa di morte in Italia, ha disuguaglianza territoriale perché è più frequente al Sud e nelle isole. Condiziona fortemente la qualità della vita quando ha procurato danni irreversibili.



Si giova della terapia medica, in particolare del regime di vita. Trattata sin dall'inizio della sua comparsa, può avere lunghi periodi di remissione.

La prevenzione è il suo migliore sistema di cura. Prevenire il diabete è assai meglio che curarlo. Ad incominciare dalla giovane età, con l'educazione alla conoscenza di questa patologia silenziosa, invisibile, pervasiva ed invasiva che è infida e può comparire a qualunque età della vita.

Promuovere lo screening per la rilevazione della glicemia nei giovani con tendenza al sovrappeso o con familiarità per la malattia, nella donna gravida, nell'adulto e specie negli anziani, può fare scoprire la malattia prima della comparsa della sintomatologia.

Curare, o meglio compensare la condizione glicemica, allontana nel tempo le complicanze. Sapere che l'età, l'eccessivo peso corporeo, l'etnia, la familiarità per il diabete tipo 2, la sedentarietà, l'abuso alimentare sono fattori di rischio, aiuta. I sintomi, specie nella fase iniziale, sono modesti, si presentano in maniera graduale, spesso sono avvertiti ma non considerati fino a quando non compare la polidipsia, la poliuria, la riduzione della potenza e della libido nell'uomo, l'intorpidimento o formicolio alle mani o ai piedi, la stanchezza, la riduzione del visus.

Tutt'altra cosa è il diabete tipo 1. Colpisce prevalentemente bambini, gli adolescenti e i giovani adulti ed è facile diagnosticarlo all'esordio, per la sofferenza. Legato a mancanza o riduzione della produzione dell'insulina, quasi certamente dipende da un fattore immunitario. Si giova solo della somministrazione di insulina modulata in ragione della necessità ed è facile alle complicanze. Anche questa forma giovanile è in continuo aumento.

Diagnosticare la malattia nella sua fase iniziale è assai importante, sia nella forma tipo 1, che tipo 2. Nella forma di tipo 2, a volte, basta cambiare solo il regime di vita – adottare un'alimentazione sana, equilibrata, proporzionata alle esigenze del

malato, fare regolare attività fisica, rientrare nel peso ideale – per riequilibrare il sistema.

Purtroppo, malgrado della malattia si sappia tanto e i sistemi di cura sono all'avanguardia, i dati epidemiologici indicano un incremento progressivo del diabete nelle due forme più comuni. L'informazione e la formazione a prevenire o a curare è insufficiente e incapace di frenare la crescita. L'assistenza specialistica, specie pubblica, non è proporzionata alla richiesta. Il malato più delle volte resta incapace di autogestirsi, così come la famiglia nell'essergli di aiuto nella gestione. Le complicanze continuano ad essere presenti. Tutto malgrado le grosse spese dello stato e a scapito della capacità lavorativa, della diminuzione della contribuzione fiscale e previdenziale, dell'incremento dei costi sociali per le famiglie e per gli enti locali.

Lo prova l'International Diabetes Federation in partnership con Novo Nordisk. Una loro indagine a mezzo di un questionario globale distribuito online chiamato "Taking diabetes to heart" e con il coinvolgimento di 130 Paesi del mondo, ha dimostrato che il livello di conoscenza e consapevolezza del problema, nei diabetici di tipo 2, è insufficiente, specie per quanto attiene le complicanze più frequenti e più pericolose. Micro e macrovascolari, retiniche, renali, cardiache, neurologiche, periferiche in particolare. L'indagine del Centro Ambrosiano Oftalmico CAMO, ha provato che per il 54% dei soggetti casualmente intervistati, il diabete è una patologia sconosciuta. Le campagne informative fatte a tutti i livelli non sono state sufficienti o capaci di penetrare nella psiche umana e sensibilizzarla.

La Novo Nordisk, una casa farmaceutica produttrice di prodotti per la cura del diabete, per aiutare alla compliance delle persone, diffonde un opuscolo chiamato "Siate attivi e vivete bene con il diabete". Invita ad essere attivi e a vivere bene con la malattia.

## Siate attivi e vivete bene con il diabete

Se avete il diabete, un regolare esercizio fisico può contribuire a mantenere la glicemia stabile, a ridurre il rischio di sviluppare complicanze e a migliorare il senso di benessere.<sup>3,4</sup> Una regolare attività fisica, inoltre, può contribuire a prevenire o ritardare l'insorgenza del diabete di tipo 2.<sup>5</sup>



### Siate preparati

Durante l'esercizio fisico la glicemia può salire o scendere, potreste quindi dover fare degli aggiustamenti all'alimentazione o all'insulina (nel caso assumiate insulina per la gestione del diabete).<sup>5</sup> Vi invitiamo a discuterne con il vostro operatore sanitario.



### Parlate con il vostro medico

Se avete dubbi su come gestire il diabete durante l'attività fisica, parlate con il vostro medico di riferimento. È molto importante farlo, se avete intenzione di praticare esercizio fisico o sport ad alta intensità.



### Controllate la glicemia

Proprio come quello che mangiate, l'intensità e la durata dell'attività fisica e persino le condizioni meteorologiche possono influenzare la glicemia, perciò è importante controllare la glicemia prima, durante e dopo l'esercizio.<sup>5</sup>



### Quanto e quanto spesso

Per le persone con diabete spesso si raccomanda un'attività fisica da praticare diverse volte a settimana. Il vostro medico vi aiuterà a determinare la quantità e la frequenza delle vostre attività.



### Impegnatevi

Ci sono molti modi per essere attivi, come iniziare uno sport, fare una camminata veloce, ballare, nuotare, o anche semplicemente usare le scale invece dell'ascensore – qualsiasi cosa che aumenti la frequenza cardiaca e respiratoria va bene. Trovate un'attività che sia adatta al vostro livello di forma fisica e non dimenticate l'aspetto del divertimento!



### Iniziate gradualmente

Praticate l'attività ad un livello che vi faccia sentire a vostro agio. Iniziate lentamente e siate costanti – vi aiuterà ad evitare dolori e fitte.



### Mangiate sano

Mangiate molta frutta e verdura, riducete i grassi saturi, assumete meno zuccheri e preferite i cereali integrali ai carboidrati raffinati. Il vostro operatore sanitario vi potrà aiutare a pianificare una dieta.



### Mantenetevi idratati

Bevete acqua in abbondanza prima, durante e dopo l'esercizio fisico.

**Se convivete con il diabete, è importante che vi consultiate con il vostro medico di riferimento prima di iniziare un'attività fisica, modificarne la routine od incrementarne l'intensità o la durata.**

Ma bisogna fare di più. Dare maggiore diffusione e dare maggiore incisività al messaggio. A partire dalle Società scientifiche, dal Ministero della salute, dal volontariato... dai Mass media. Fare uscire la malattia dal silenzio. La Giornata mondiale del diabete – 14 novembre – la mette solo alla ribalta. Anche l'aver l'OMS dedicata la Giornata della salute del 7 aprile 2016 al diabete, come il vestire di blu i monumenti (in Italia, il Battistero a Firenze, il Maschio Angioino a Napoli) ri-

chiamano solo all'emergenza. La politica “deve essere responsabilizzata e coinvolta in un network complessivo, in grado di elaborare e fornire indicatori precisi da utilizzare come base per qualsiasi decisione e intervento”.

Oggi gli strumenti per prevenire la malattia, per monitorarla, per compensarla sono tanti. Sono disponibili glucometri da polso capaci di controllare il tasso della glicemia senza pungere, ci sono microinfusori di insulina intelligenti. Siamo

sulla strada delle beta-cellule artificiali capaci di misurare la concentrazione di glucosio nel sangue e portare alla proporzionale produzione di insulina. Per i grandi obesi diabetici c'è la chirurgia bariatrica.

Bisogna educare le persone proponendo modelli facilmente applicabili. Ad incominciare dalla scuola, coinvolgendo la famiglia, rafforzando il rapporto medico-paziente e tra paziente e la malattia. Educare a un rapporto di fiducia, di rispetto libero con gli specialisti perché il diabete tipo 2 può regredire, avere lunghi momenti di recessione o di lungo periodo di compenso: *il diabete si compensa, solitamente non guarisce!*

La informazione medica, i Mass media, non debbono dare solo riferimenti statistici, ma aiutare a

capire come e perché non cadere nella trappola della malattia. E quando questa è presente, non fermarsi – anche se utile – allo sterile controllo della glicemia oraria, ma ad evitare le ipo come le iperglicemie nel corso della giornata.

Ci stanno tentando il Ministero della salute, l'ANCI, il CONI, la Federazione Italiana di Atletica leggera, supportati dalla Novo Nordisk. Partono con la informazione che la urbanizzazione aumenta da 2 a 5 volte il rischio di diventare diabetici rispetto alle persone che vivono nelle zone rurali. Annunciano che nel 2050 il 70% della popolazione risiederà in aree urbanizzate e propongono per queste, un app scaricabile con un opuscolo divulgativo “Città per camminare e della Salute”.



Città per Camminare  
E DELLA Salute



## Le Città per Camminare e della Salute

Città per Camminare e della Salute è un'iniziativa che desidera **promuovere la cultura del movimento** unendola all'interesse storico-artistico e paesaggistico. L'idea su cui si fonda il progetto è quella di promuovere le città ed il loro territorio, utilizzando le aree pedonali per incidere sugli stili di vita delle persone e **migliorarne la salute**.

**Sedentarietà, stili di vita non salutari sono un fattore di rischio di molte malattie croniche.**

**Vivere in città può aumentare da 2 a 5 volte il rischio di sviluppare alcune malattie croniche.**

**Il progetto Città per Camminare e della Salute invita i cittadini a muoversi e a fare sport e nasce dall'esperienza di **Maurizio Damilano**, campione mondiale ed olimpico di marcia.**



Invocano una dieta bilanciata, non priva dei carboidrati. Ed è giusto diffondere il concetto che non esistono cibi permessi e cibi vietati, esistono cibi ad elevato o basso indice glicemico; tra questi scegliere quelli a basso indice. Il nutrizionista deve aiutare la scelta in ragione dello stato fisico, delle eventuali patologie concomitanti. Deve spiegare che l'indice glicemico di un alimento non è influenzato solo dalla composizione, ma anche dal metodo di cottura, dagli altri alimenti che lo accompagnano durante il pasto, dalla digestione, dallo stato generale della persona e dai ritmi circadiani. Che un alimento ha un impatto preciso sullo stato del paziente a pranzo quasi sempre diverso da quello della cena. Che nella dieta del diabetico non ci sono alimenti da

demonizzare o da preferire. Il punto fondamentale sta nell'armoniosa gestione quotidiana dei macro e dei micronutrienti, ivi compresi le proteine e i grassi.

Il soggetto, malato, cosciente, risente sempre della sua condizione, soprattutto è parte attiva nella gestione del suo stato.

La Pnei System Academy raccomanda una terapia che tenga conto dell'ottimizzazione dei valori della glicemia, ma anche delle risorse psichiche facilitate dall'uso delle tecniche moderne e della gestione dello stress. Raccomanda una guida che insegni a compilare la dieta personalizzata in chiave antiossidante e antinfiammatoria, che rispetti il microbioma intestinale potenziante l'asse psico-immunologico mirato al benessere fisico.



# Laurea Magistrale in Medicina e Questione Medici Giovani

## Anno 1945 vs Anno 2018

---

a cura di Donato Magi

---

**N**el 1945 (subito dopo la seconda guerra mondiale) e per alcuni decenni a seguire iscriversi (allora liberamente) alla Facoltà di Medicina significava aver preso conoscenza che: il Corso di Laurea durava Sei anni; le lezioni di ciascun anno venivano svolte (escludendo festivi e vacanze varie) in otto mesi; le materie di esame (comprese quelle facoltative) erano, mediamente, 24 (ventiquattro); il voto di esame veniva espresso in trentesimi; si diventava Dottore dopo aver discusso felicemente (con valutazione espressa in centodecimi) la Tesi di Laurea (un elaborato troppo spesso taglia e incolla); si diventava Medico Chirurgo con facoltà di esercitare l'ambita Professione dopo l'iscrizione (resa possibile dal superamento dell'esame di Stato di Abilitazione) all'Albo dei Medici custodito dall'Ordine Provinciale di riferimento.

Aver preso atto altresì che: le lezioni erano di fatto tutte frontali e tutte affidate, ai fini formativi, alla capacità didattica favorita dall'eccellenza culturale e professionale (in verità non rara) dei Docenti; le prove pratiche erano una chimera o quasi e pertanto si poteva diventare Medico Chirurgo: senza aver praticato un'endovena, senza aver applicato un catetere, senza aver montato una flebo, senza aver inciso un ascesso, senza aver fatto una sutura, avendo assistito ad un parto solo da lontano ... e così via. Ciò malgrado – lo testimonierà per sempre la Storia

della Professione – quelle Università con quelle carenti possibilità strutturali hanno “Licenziato” i Medici che hanno caratterizzato la straordinaria stagione della Condotta Medica: quella del Medico solo a tutela della salute degli indigenti residenti nella Condotta assegnata e, nei Comuni minori, anche di quella dei restanti residenti.

Nel 2018 (settantatré anni dopo) chi ha avuto la buona sorte di superare i mai abbastanza contestati “test taglia teste” si iscrive alla Facoltà di Medicina avendo preso conoscenza che: il Corso di Laurea dura Sei anni; le lezioni di ciascun anno vengono svolte (escludendo festivi e vacanze varie) in otto mesi; le materie di esame (alla Sapienza) sono 36 (trentasei); il voto di esame viene espresso in trentesimi; si diventa Dottore dopo aver discusso felicemente (con valutazione espressa in centodecimi) la Tesi di Laurea; si diventa Medico Chirurgo con facoltà di esercitare l'ambita Professione dopo l'iscrizione (resa possibile dal superamento dell'esame di Stato di Abilitazione) all'Albo dei Medici custodito dall'Ordine Provinciale di riferimento.

Ciò detto sembrerebbe quasi ovvio affermare che oggi, rispetto al 1945, nulla è cambiato. Realtà vuole invece che il cambiamento ci sia stato e sostanziale. Ben diversi sono oggi e la didattica e i criteri formativi delle Facoltà Mediche. Soprattutto assai diverso ai fini dell'inserimento professionale è oggi il valore del Diploma di Laurea in Medicina che l'Università (e solo l'Università) «può» rilasciare.

Infatti, con riferimento alla finalità primaria del Corso di Laurea Magistrale (l'istruzione scientifica e la formazione professionale certificate), gli attuali Piani di studio delle singole Facoltà Mediche prevedono che pur restando fondamentale – per la valutazione del profitto maturato – il voto di esame (espresso in trentesimi) l'unità di misura del lavoro richiesto oggi allo Studente per l'espletamento di ogni attività formativa prescritta per conseguire il titolo di studio è il Credito Formativo Universitario (CFU).

Nel complesso 360 CFU, articolati in Sei anni di corso, comprensivi di attività formative (tirocini ed altre attività professionalizzanti) finalizzate all'acquisizione di specifiche capacità professionali. Nel dettaglio, il Regolamento stabilisce che ad ogni CFU corrispondono 25 ore di lavoro dello Studente, comprensive: – delle ore di lezione; – delle ore di attività didattica tutoriale svolta in laboratori, reparti assistenziali, ambulatori e “day hospital”; – delle ore di seminario; – delle ore spese dallo Studente nelle altre attività formative previste dall'Ordinamento Didattico; – delle ore di studio autonomo necessarie per completare la sua formazione.

Ne consegue manifestamente che, formalmente, i Piani di studio del 2018 rispetto a quelli del 1945 risultano addirittura rivoluzionari e sotto il profilo puramente didattico e soprattutto sotto il profilo professionalizzante.

Appare ancor più evidente, però, che al significativo maggior carico lavorativo per lo studente corrisponde lo stesso tempo richiesto nel lontano 1945 il che sollecita – in apposita sede – attente riflessioni e opportuni approfondimenti soprattutto su ciò che più conta: il corretto rapporto «tempo/apprendimento».

Malgrado i grandi mutamenti formali nella didattica e nella professionalizzazione sopra indicati – ai fini dell'inserimento nel Mondo del Lavoro – il valore del Diploma di Laurea in Medicina che

l'Università rilascia “oggi” risulta paradossalmente di gran lunga meno “adeguato” di quello rilasciato nei lontani Anni che hanno preceduto l'avvento (1978) del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

«Allora» con l'iscrizione all'Albo dell'Ordine dei Medici il Giovane Medico acquisiva a pieno titolo la «possibilità»: di esercitare in ogni campo della libera professione (uniche eccezioni: radiologia e anesthesiologia); di essere assunto con rapporto di dipendenza nella sanità pubblica (Università, Condotte Mediche, Uffici Sanitari, Ospedali, Enti Mutualistici e Previdenziali, etc); di iscriversi liberamente secondo il personale gradimento ad una o, in successione, a più Scuole di specializzazione. Ne consegue in tutta evidenza che «allora» le Facoltà di Medicina e Chirurgia licenziavano Medici considerati a tutti gli effetti (malgrado le citate significative carenze formative) “prodotti finiti”.

«Ora» non è più così. Al Giovane Medico iscritto all'Ordine e quindi abilitato, ai fini del tanto atteso inserimento professionale, si prospettano concretamente tre possibilità:

- l'inserimento nella libera professione sempre più ipotetica e sempre più prerogativa dei Notabili della Medicina;
  - l'«emigrazione», nella più completa indifferenza della Politica imperante per la conseguente perdita netta delle risorse “spese” dal Paese e dalla Famiglia per “portare” ciascun Medico alla Laurea;
  - l'attesa a tempo indeterminato della sospirata “assunzione” nel Servizio Sanitario Nazionale. Entrando nel merito: le prime due possibilità si possono commentare manifestamente da sole; la terza invece altrettanto manifestamente sollecita ampie e approfondite riflessioni. In particolare:
- perché, com'è noto, il Servizio Sanitario Nazionale copre almeno il 95% almeno dei posti di lavoro destinati ai Medici;

- perché la totale politicizzazione del SSN ha modificato sostanzialmente il valore del Diploma di Laurea in Medicina degradando i Medici Giovani iscritti all'Ordine da «Prodotti finiti» a «Prodotti in transizione obbligatoria».

Realtà vuole appunto che – per il Servizio Sanitario Nazionale – il Diploma di Laurea rilasciato dalle Facoltà Mediche non li qualifica, sebbene abilitati, né come Medici di Medicina Generale né tanto meno come Medici Specialisti.

Non li qualifica come Medici di Medicina Generale perché per essere considerati tali dal SSN “devono” risultare presenti nelle apposite Graduatorie regionali. Presenza consentita solo previa acquisizione del diploma di «Formazione specifica in Medicina Generale». Diploma che si consegue con un Corso post-laurea triennale bandito e contingentato annualmente secondo le disponibilità di bilancio (è prevista una retribuzione mensile di 1000 € circa) dal Ministero della Salute e rimandato alle Regioni.

Non li qualifica come Medici Specialisti perché per essere considerati tali dal SSN (e poter concorrere alla copertura delle eventuali disponibilità) “devono” risultare presenti nelle apposite Graduatorie regionali aperte liberamente ai Medici titolari del Diploma di Specializzazione di riferimento.

Diploma che i Medici Giovani votati alla Medicina Specialistica devono conquistare per concorso nei limiti della disponibilità dettata annualmente con apposito Decreto dal Ministero per l'Istruzione, Università e Ricerca (MIUR). Disponibilità fortemente condizionata dalle risorse finanziarie che, a tal fine, il Governo (prescindendo dalla reale Domanda di Specialisti) ritiene di poter destinare.

Vero è che – per i cinque anni di Corso mediamente previsti – lo Stato riconosce a ciascun Specializzando una “Borsa di Studio” annuale (esente da Imposte) di circa 25.000 €: 2000/mese (il che corrisponde di fatto alla re-

tribuzione delle prestazioni professionali offerte nel contempo dal singolo Specializzando al SSN); vero è pure, però, che limitando gli Accessi alle Specializzazioni esercita – di fatto – una volontà decisamente autoritaria disattendendo manifestamente il Dettato costituzionale «Art. 34: la Scuola è aperta a TUTTI». Atto illiberale questo che, pur riservando i posti disponibili del SSN ai vincitori del Concorso anzidetto e pur ammettendo che le disponibilità del Bilancio pubblico ne giustificano le limitazioni, sarebbe facilmente evitabile permettendo ai singoli di far fronte “liberamente” – in proprio e/o mediante contributi privati – ai costi della Specializzazione prescelta. Quale che sia la valutazione al riguardo appare difficile non tener conto che da quanto dianzi premesso emergono più interrogativi a dir poco preoccupanti. In particolare sono sicuramente tali quelli che fanno riferimento:

- al futuro dei Medici Giovani che pur avendo portato a termine con successo i Corsi previsti dai Bandi regionali per la Medicina Generale o i Corsi previsti dai Bandi del MIUR per le Specializzazioni Mediche restano comunque esclusi dal SSN;
- al futuro dei Medici Giovani che al disagio del mancato inserimento nel SSN devono aggiungere la cessazione del reddito goduto durante gli anni previsti dai Bandi.

Tornando al Titolo dell'Editoriale «Laurea Magistrale in Medicina e Questione Medici Giovani» alla luce di quanto sin qui descritto – tenuto conto del mutato contesto scientifico, culturale e sociale maturato nel corso dei 73 anni trascorsi – appare evidente che dal confronto 1945 vs 2018 emerge chiaro e inequivocabile che l'Università dopo i Sei anni di Corso previsti dai Piani di Studio:

- ieri (1945) licenziava Medici scarsamente professionalizzati e tuttavia considerati idonei alla Medicina e pubblica e privata (quindi, «Prodotti finiti»);

- oggi (2018) licenzia Medici (malgrado il significativo maggior carico lavorativo per lo studente imposto dai Crediti Formativi Universitari) considerati ancor più scarsamente professionalizzati; al punto da risultare platealmente **NON IDONEI** alla Medicina pubblica (al SSN, ovvero **al 95% dei posti di lavoro destinati ai Medici**) e pertanto obbligati dalla politica – se tra i vincenti degli appositi Concorsi “contingentati” – a prolungare gli studi: per altri **3 anni** se aspiranti Medici di Medicina Generale; per **altri 5 anni**, in media, se aspiranti Medici Specialisti (quindi, «Prodotti in transizione obbligatoria»).

Ne consegue che ieri si diventava, se abilitati, Medici a tutti gli effetti (fatta eccezione per la Radiologia e l’Anestesiologia) dopo **SEI anni**.

Oggi invece per il SSN (merita ripeterlo, **per il 95% dei posti di lavoro destinati ai Medici**) nell’ipotesi **più favorevole** si diventa:

- Medico di Medicina Generale dopo almeno **NOVE anni** di Università: **SEI** presso le Facoltà di Medicina più i **TRE** previsti, obbligatoriamente, dal Corso Specifico di Medicina Generale;
- Medico Specialista dopo almeno **UNDICI** Anni di Università: **SEI** presso le Facoltà di Medicina più almeno **CINQUE** presso la Scuola di Specializzazione “conquistata”.

Se questo è vero, com’è vero, appare evidente l’assoluta esigenza di adeguare i Piani di Studio delle Facoltà Mediche all’attualità della Scienza e della Professione.

Tra le tante proposte possibili al riguardo si ha fondato motivo di ritenere che possa risultare utile, come base di confronto e di eventuale perfezionamento, la proposta<sup>1</sup> avanzata, nel

<sup>1</sup> Magi D.: Il Medico nella Medicina di domani Relazione al Convegno Internazionale su “Formazione del Medico e politiche sanitarie”, Perugia, Ottobre 1979, in Il Medico d’Italia nn. 50/51 – 1979.

lontanissimo 1979 per il Centro Studi della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici nel Convegno Internazionale di Perugia su “Formazione del Medico e Politiche sanitarie nazionali».

**Proposta che – con l’intento di ottenere validi «Prodotti finiti» – prevede<sup>2</sup> il Corso di Laurea in Medicina completato in OTTO anni di cui:**

- i PRIMI QUATTRO articolati in modo da assicurare un’adeguata PREPARAZIONE DI BASE del futuro Medico;
- i SECONDI QUATTRO destinati alla piena formazione del singolo, a seconda delle attitudini emerse nel primo quadriennio, o come Medico di Medicina Generale o come Medico Specialista nella Branch prescelta.

**In particolare la proposta, tenuto conto delle effettive esigenze professionalizzanti, già allora – ridimensionando drasticamente le innumerevoli nozioni *destinate all’oblio* richieste dai Piani di Studio correnti – superava la “figura” del «Medico tuttofare» riconoscendo utilmente Specialisti a pieno titolo, specificamente professionalizzati, tutti i Medici del Terzo millennio: compresi, ovviamente, i Medici di Medicina Generale.**

Sembra superfluo aggiungere che implicitamente la proposta non esclude ma favorisce i doverosi aggiornamenti e tutti i perfezionamenti professionali (**Corsi, Seminari, Master e quant’altro**); in primo luogo, è ovvio, quelli già richiesti obbligatoriamente come **ECM: Educazione Continua in Medicina**.

<sup>2</sup> Magi D.: Facoltà di Medicina e Chirurgia: non più Medici Tuttofare ma Medici del Terzo Millennio, in La Rivista Medica Italiana, Anno XIII n. 4/5 1994.

\*\* Magi D., Parodi E., Poggiolini D.: Medici giovani e questione giovanile (constatazioni dal 1946 previsioni al 1985): Centro Studi Federazione Ordini dei Medici, Giugno 1978.



# Medici senza frontiere: l'uomo per l'uomo

---

a cura di **Ettore Puglia**

---

**E**ra il 1994, mese di aprile e mi trovavo a guardare il telegiornale delle 13, mentre pranzavo e ... improvvisamente vedo scorrere, in sovraimpressione, queste parole: Medici Senza Frontiere cerca con urgenza un anestesista-rianimatore per una missione umanitaria in Burundi - Ruanda.

Ho sempre pensato che la missione del Medico, specie di un Anestesiolego, sia quella di portare aiuto a chi soffre e di lenire il dolore fisico e pertanto questo dovere è ancor più cogente per l'Anestesiolego che ha anche studiato la Terapia del Dolore.

Avevo sentito parlare di MSF da un collega che era seduto al mio stesso tavolo, durante una cena di gala a chiusura di un congresso medico al Lido di Venezia e la cosa mi aveva particolarmente colpito.

Non persi tempo ... telefonai subito al numero telefonico che avevo registrato e subito mi fu chiesto un CURRICULUM e il nulla-osta ospedaliero.

Il giorno seguente inviai per fax questi due documenti e poco dopo una telefonata mi convocava a Roma.

A Roma si è, in tal modo, riunita la missione di MSF così composta: un chirurgo, un anestesista e un infermiere.

Noi tre completammo il ciclo vaccinale previsto per l'Africa equatoriale e, dopo due giorni di permanenza romana, fummo inviati a Bruxelles per una riunione pre-missione.

Dopo due giorni di permanenza belga, con i miei due nuovi compagni di avventura, mi imbarcai su un volo diretto a Entebbe, per poi proseguire in auto sino a Kabale, la capitale dell'Uganda, dove la nostra missione MSF doveva attendere il benessere del Fronte Patriottico Ruandese, dato che la missione doveva operare nei territori occupati da questo Fronte e cioè nel nord del Ruanda.

Il FPR era composto dai Tutsi fuoriusciti e che avevano vissuto in Uganda, anglofoni, si era ormai alla seconda o terza generazione di Tutsi, mentre gli Utu che esercitavano il potere in Ruanda, erano francofoni, ma degli Utu benpensanti fiancheggiavano il FPR.

Dopo alcuni giorni di sosta in questa capitale ugandese, con un camion carico di tutto il materiale occorrente e con un fuoristrada, la nostra missione MSF si avviò verso Byumba, una piccola città posta a circa 50 km dal confine ugandese, dove in una scuola missionaria semidistrutta dalla guerra, in cinque giorni, aiutati anche dal personale infermieristico reclutato sul posto, profugo anche dal sud del paese, la nostra missione riuscì a creare ex novo un ospedale e un blocco operatorio e delle sale visita, dove visitavamo circa 80 persone al giorno.

Dopo questo periodo di "rodaggio" durato veramente pochi giorni, probabilmente la notizia che vi fosse un luogo dove ci si poteva rifugiare e anche curare, passò di bocca in bocca e tantissime persone ferite, traumatizzate e con malattie di vario genere, furono accolte.

Si dovette quindi ricorrere ai colleghi ruandesi, tutti con una preparazione medica europea avendosi formati nelle Università belghe e in tal modo

l'ospedale si arricchì di un reparto di medicina, di ginecologia, di ortopedia e di malattie infettive. Il problema maggiore presentato dai pazienti era rappresentato da esseri che avevano vissuto giorni nella savana o nei campi coltivati, nutrendosi a stento, malarici o con altre malattie generali e che anche presentavano ferite di vario tipo ma su tutte, primeggiavano le ferite da arma bianca: ferite da machete.

Per me è stata una esperienza coinvolgente dal punto di vista emotivo e formidabile dal punto di vista professionale.

L'anestesista aveva pochissimi mezzi: barbiturici come starter della anestesia, succinilcolina per paralizzare i muscoli volontari, pallone di Ambu e

tubi endotracheali per la respirazione artificiale: null'altro!

Ma malgrado questa carenza di mezzi dovuta a cause belliche, son riuscito a fare una buona anestesia su 80 pazienti con la perdita di soltanto 4 pazienti.

Due feriti da colpi di mitraglia all'addome con peritonite stercoracea e due bambini col cranio aperto da colpo di machete.

I giorni son corsi veloci ... la nostra missione della durata complessiva di 30 giorni, volgeva al termine ...

Il cammino fatto nell'arrivare a Byumba, l'ho ripercorso all'incontrario e l'areo di Entebbe mi riportò in Europa!



# L'eccezionalità dei chirurghi

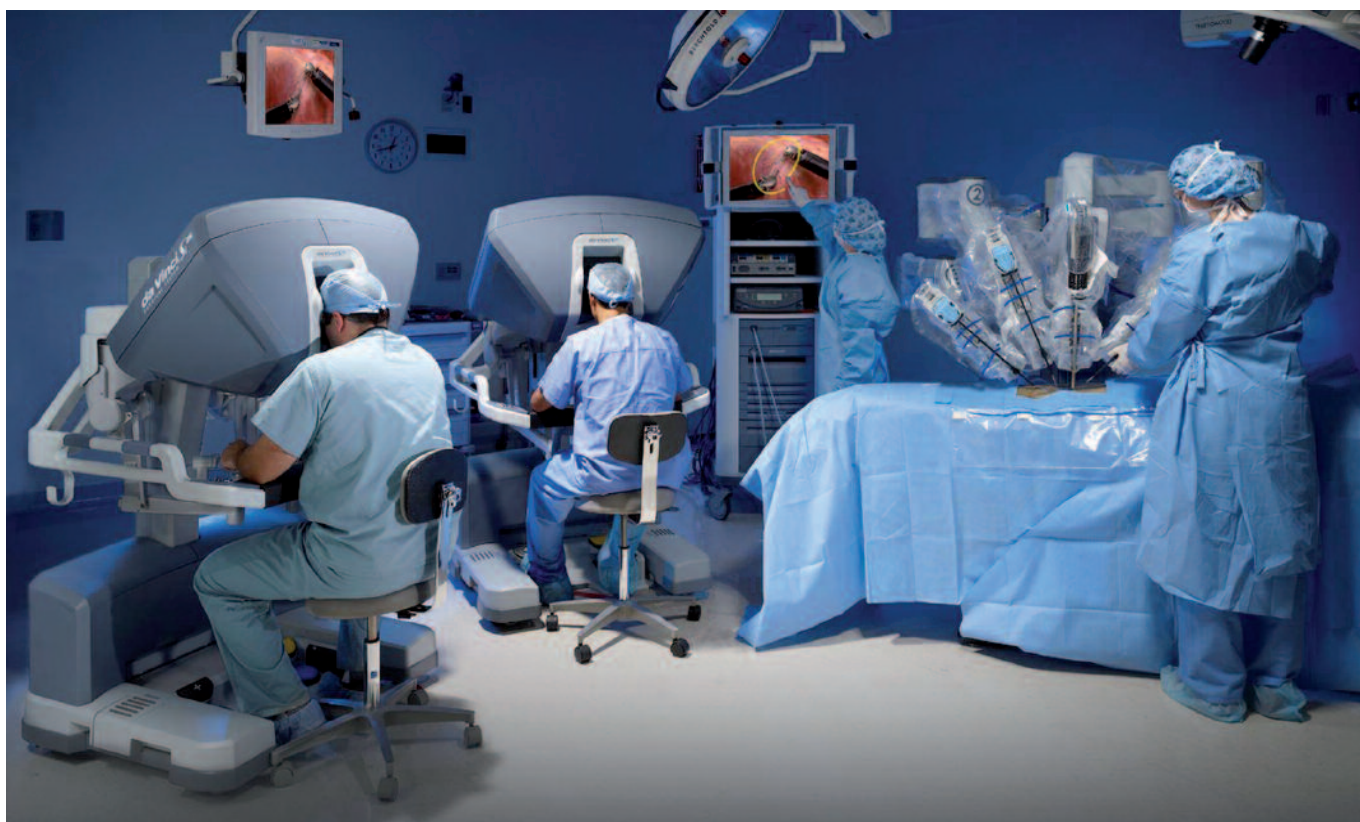
a cura di **Cesare Puricelli**

**H**o esercitato la chirurgia per quarant'anni, dapprima generale, soprattutto addominale, specializzandomi poi in quella cardiotoracica. Naturale quindi che sia entrato in contatto, per diversi motivi, con tanti chirurghi. In tutti ho sempre rilevato tratti di eccezionalità, più o meno pronunciati, in genere comportamentali, qualche volta anche fisici.

Alcuni di questi chirurghi sono stati per me, direttamente o indirettamente, dei maestri, vuoi sul piano tecnico, vuoi su quello scientifico, o su quello etico. Altri sono stati miei collaboratori o allievi. Sono entrato nel mondo della chirurgia frequentando come volontario l'Istituto di Patologia Chirurgica del Policlinico Universitario di Milano, diretto allora dal Prof. Armando Trivellini, eccezionale per molti versi. Versigliese, di famiglia modesta, fisicamente imponente, era un chirurgo nato. Ricordo certi suoi interventi per gozzo "plongéant" anche di notevoli dimensioni, che lasciavano con il fiato sospeso gli assistenti per l'evidente difficoltà del caso e che il professore risolveva con elegante facilità. Aveva senso dell'umorismo: Enzo Jannacci, già famoso, frequentava come studente l'Istituto e il prof gli intimava scherzosamente di non pensare di trattarlo come l'Armando della canzone, buttato giù dalla macchina in corsa... Lo scherzo era anche doppio, considerando le proporzioni corporee: facendo, con tutto il rispetto, un paragone zoologico, capretto Jannacci, toro il professore. Trivellini era aperto alle innovazioni, meglio poi se fruttavano qualche soldo... A quei

tempi non esistevano i farmaci che oggi proteggono efficacemente lo stomaco, i cosiddetti inibitori della pompa protonica, capaci di ridurre la produzione di succhi acidi. Conseguentemente chi soffriva di iperacidità rischiava l'ulcera, che allora era un'indicazione alla chirurgia. Per evitare l'operazione, gli americani avevano inventato il "gastric freezing", ossia il congelamento gastrico, che Trivellini aveva subito messo a disposizione dei pazienti che lo chiedessero, ovviamente a pagamento, affidandone la gestione. Il trattamento consisteva nel far ingoiare al paziente un palloncino, che una volta nello stomaco veniva riempito con una soluzione di alcool etilico attraverso un tubetto collegato ad un meccanismo refrigerante che faceva circolare il liquido portato ad una temperatura sottozero. Controllare la procedura per me era uno stress, almeno sotto il profilo psichico, certamente superiore a quello che subiva il paziente, che era sotto sedazione e pieno





di fiducia nel professor Trivellini. Il tracciato elettrocardiografico che vedevo scorrere sul monitor mi terrorizzava: bradicardia, alterazioni che interpretavo come ischemiche... Ogni tanto poi il palloncino si rompeva nello stomaco, il paziente (per fortuna!) vomitava, ma quello che restava nello stomaco era sufficiente per una bella sbronza... sintomatica! Questa mia psicocrocifissione però non restò senza resurrezione, che si presentò sotto forma di un assegno di ben seicentomila lire, che il prof. Trivellini mi diede: cifra notevole a quei tempi, circa l'equivalente di due mesi di stipendio di un assistente ospedaliero. Trivellini mi appoggiò nell'acquisizione della libera docenza, ma equilibratamente mi propose per la più modesta (semeiotica chirurgica, anziché patologia o clinica), in funzione della giovane età e dei miei pochi lavori scientifici. Diede parere favorevole alla mia assunzione come medico interno nel reparto dedicato alla chirurgia cardiotoracica e quindi mi indirizzò su quella che sarebbe stata la mia vera strada. Presso l'Istituzione da lui diretta acqui-

sii le specialità in Chirurgia generale e in Chirurgia toracica. Devo molto al Prof. Trivellini, che aveva la stoffa del capo. Personalmente era anche un viveur: ristoranti di lusso, scarpe rigorosamente fatte a mano su misura, frequenza al gioco d'azzardo, etc. Il mio sentimento nei suoi confronti, che allora era di grande soggezione, si è evoluto in simpatia ed affetto, purtroppo postumi.

Un altro grande maestro fu per me Christiaan N. Barnard, del cui team feci parte, come assistente chirurgo, "registrar" nella denominazione locale, assunto presso il Groote Schuur Hospital, nei quattro anni vissuti a Cape Town (1971-1974). L'eccezionalità di questo chirurgo, grandissimo pioniere della chirurgia cardiaca (primo trapianto di cuore, correzione di cardiopatie congenite) e non solo (atresia intestinale neonatale), grande ricercatore, perfezionista che non tollerava il minimo sbaglio, gli ha valso un posto importante nella storia della Medicina. Eccezionale anche, per molti tratti, ampiamente descritti dai media, la sua personalità e la sua

vita privata: tre mogli, “tombeur de femmes”, elegantissimo, sempre protagonista... Chris però possedeva eccezionalità meno “banali” che vanno ricordate. Intanto, era un vero capo. Esigentissimo (tra noi, lo definivamo “big slave driver”, gran negriero) ma sempre pronto a riconoscere i meriti, se li avevi, o semplicemente la tua buona volontà, e a difenderti, anche contro i suoi superiori. Trovò un posto negli USA come ricercatore a un dottore giapponese, Hiroshé, intelligentissimo, ma chirurgicamente un disastro. Chris aveva un notevole senso dell’umorismo, era fortemente legato alle sue radici boere e campagnole (*I’m a country boy, brought-up in afrikaans*) e aveva ereditato dal padre, pastore protestante, una forte impronta etica, di stampo calvinista, molto rigida. Giustamente considerava centrale la figura del paziente e non avrebbe mai ammesso in un medico un comportamento che non tenesse conto di questo assioma. La sua chirurgia non era calligrafica, spesso le sue suture richiedevano qualche extrapunto, ma il disegno dell’intervento era sempre nitido e impeccabile. Se tutto nell’operazione era routinario, chiacchierava del più e del meno con chi lo aiutava, ma ammutoliva e imponeva il silenzio se le cose si facevano difficili. Guai a stringerli energicamente la mano, si lamentava di dolori da artrite reumatoide, in effetto le dita erano un po’ a salsicciotto. Era particolarmente affezionato a due suoi aiuti, uno, David Cooper, un londinese allampanato, ottimo ricercatore, autore di numerosi lavori scientifici con Barnard e anche di un libro intitolato “Chris Barnard secondo quelli che l’hanno conosciuto”, l’altro, Jacques Losmann, di famiglia russa emigrata nelle Fiandre ai tempi della rivoluzione bolscevica. Jacques, ottimo chirurgo, aveva studiato a Parigi e partecipato attivamente ai moti studenteschi del 1968. Parlava fiammingo, lingua molto simile all’afrikaans, e

quindi aveva un filo diretto con Chris. Con Cooper e Losmann Barnard sperimentò nell’animale il trapianto cardiaco eterotopico, consistente nell’aggiungere un cuore sano al cuore malato, realizzando così un’assistenza cardiaca biologica, e praticò questa operazione in diversi pazienti, tra cui un udinese, Daniele M. che divenne famoso a Udine come “l’uomo dai due cuori”. Divenni amico di Jacques, a causa della mia buona conoscenza della lingua francese, e fui molte volte ospite della sua grande villa nei sobborghi di Cape Town, giocando a scacchi, e ammirando la cagna Thais che teneva sgombro dai serpenti il grande prato, in cui giocavano le figlie bambine. Jacques in seguito emigrò negli USA, dove fondò l’International Society for Heart and Lung Transplantation, con il relativo giornale, che ebbe, e ha ancor oggi, un notevole successo. Professionalmente Jacques invece non si trovò bene, dovendo svolgere il suo lavoro di chirurgo nell’ambiente americano, dove non esisteva l’etica a cui era abituato in Sudafrica, ma bisognava procurarsi i pazienti facendo favori di tutti i generi ai medici curanti (e alle loro mogli!). Tornando a Chris Barnard, voglio ricordare che gli piaceva fare l’anfitrione: ogni tanto tutto il team cardiocirurgico veniva invitato a cena in un ristorante a Newlands, elegante sobborgo di Cape Town, e al dessert Chris girava tra i tavoli chiedendo “*Have you eaten enough?*” Ho scoperto solo molti anni dopo, traducendo un libro sulla vita del famoso professor Christiaan N. Barnard, che il proprietario del ristorante era proprio il Professor Barnard, che evidentemente aveva l’anima dell’imprenditore, dato che possedeva anche una azienda agricola nella sua terra natale, il Karoo, e aveva una partecipazione in una Clinica svizzera, “La Prairie” nota internazionalmente per dei trattamenti a base di iniezioni di cellule vive di pecora, che avevano lo scopo di ringiovanire.

# Violenti si nasce o si diventa?

a cura di **Salvatore Sisinni**

Il tema della violenza è vecchio quanto l'uomo. La violenza è nata con l'uomo, con un fratricidio: Caino ammazzò il mite fratello Abele. Nei vari secoli si è manifestata in vari modi; sotto forma di suicidi (violenza contro se stessi) o di omicidi (violenza contro gli altri): contro il padre (parricidio), la madre (matricidio), i figli (infanticidio). Per non parlare della violenza più spietata, quella che si è consumata nel secolo scorso nei campi di concentramento nazisti. Di tali fatti esecrabili sono pieni i libri di storia e le pagine di cronaca dei giornali. È di qualche giorno fa la notizia che, a Candito (Napoli), è stato ucciso a botte il figlio della compagna, di sette anni, ed è stata gravemente ferita la sorellina di otto, da un soggetto, figlio di un marocchino e di una donna italiana. Il fatto che sia un uomo di colore è irrilevante, perché la violenza non è appannaggio di questa o di quella razza. L'espressione massima riguardo proprio quella razza che si definiva "pura", la razza ariana di nefasta memoria. Quasi contemporaneamente un altro caso di furia omicida si è verificato nella vicina Ostuni (Brindisi): un 70enne ha ferito gravemente la moglie, dalla quale si era appena separato e, poi, freddamente si è suicidato. A questo punto, per quanto possa valere, qualche considerazione voglio tentarla.

La scrittrice Dacia Maraini, nel suo ultimo (credo) libro "Corpo felice", parlando di violenza in un altro contesto, molto meno grave, ha scritto: "... ho l'impressione che il senso di ribellione sia più vicino a un istinto che ha una costruzione culturale. L'istinto, però, se non viene coltivato, sollecitato, può addormentarsi e andare in letargo". Al giorno d'oggi, purtroppo, le sollecitazioni dell'istinto non mancano. Ad esempio, una molto grossa e sin troppo evidente causa, alla base di molti femminicidi, è la separazione coniugale. Che non viene mai o quasi mai accettata dal marito, compagno o amante che

sia. È l'inevitabile scotto che bisogna pagare per alcune conquiste. Sono sorti qua e là i centri anti-violenza ma, paradossalmente, sono cresciuti e non sono diminuiti sensibilmente i femminicidi e gli infanticidi. Per cui si sono rivelati dei "pannicelli caldi", come si suol dire. Non vorrei essere frainteso, sono convinto che bisogna denunciare ogni violenza, ma è pur vero che i risultati, almeno finora, non sono stati esaltanti. Occorre, invece, partire da lontano, dalla famiglia e dalla scuola, sin da quella primaria: due agenzie educative per eccellenza. In quelle sedi bisogna insegnare che ogni violenza è deprecabile, sia quella verbale che quella fisica. Anche perché dalla prima si può, prima o poi, passare facilmente alla seconda.

L'illuminista francese J. Rousseau ebbe a dire una storica frase: "L'uomo nasce buono ma è la società che lo corrompe". È vero? È sempre vero? È vero sino in fondo? Qualche dubbio viene.

Forse le mie riflessioni sono inficiate da una sorta di deformazione professionale, ma, di fronte a fatti di sangue così efferati, come quelli accaduti a Candito e a Ostuni, mi chiedo: "I protagonisti di essi erano "normali"? E, ancora, la normalità esiste? E mi tornano in mente queste espressioni dello scrittore lombardo Giuseppe Pontigia, lette una ventina di anni fa, nel suo libro "Nati due volte": "Che cos'è normale? Niente. Chi è normale? Nessuno". Ha ragione? È difficile rispondere, anche perché chi è normale per una persona non è per un'altra. Questo giudizio è estremamente soggettivo. Io, ovviamente, seguo i criteri che mi insegna la Psichiatria, ma essi sono validi - e non sempre - per i casi tipici, non per quelli - e sono tanti - che vengono etichettati "borderline". Pertanto, preferisco concludere col dire che la mente umana, nonostante le tante scoperte scientifiche, è insondabile e, perciò, rimane un profondo - anche se affascinante, per alcuni aspetti - mistero. Per cui, per tornare al tema di questo scritto, la violenza si può arginare, qualche volta prevenire, ma mai del tutto debellare. Purtroppo...

# Nostalgici ricordi di montagna

a cura di Pino Messina

**U**no tra i più belli e suggestivi percorsi alpini delle nostre Dolomiti, è la Via ferrata GIOVANNI LIPELLA che consente di arrampicarsi sul versante nord-ovest della Tofana di Rozes o Tofana Grande e che porta nel cuore del più famoso, gigantesco e incantevole gruppo Dolomitico, costituito dalle Tofane, dal Castelletto e dalla Valle Travenanzes. Attrezzata con 1400 metri di funi metalliche fisse è una ferrata entusiasmante, ricca di sorprendenti dettagli, che offre tanti spunti paesaggistici ma che richiede molto impegno. Con mio nipote Enrico l'abbiamo affrontata impegnandoci in una luminosa giornata di fine agosto 1980. Siamo partiti dal Rifugio Dibona sopra Cortina a mt. **2083** di altitudine e dopo aver percorso un ripidissimo sentiero, siamo arrivati in un'ora e mezza circa di marcia, alla base della ferrata. In quel punto, su una targa fissata nella roccia, abbiamo letto questa significativa frase: **“Tutti avevano la faccia del Cristo nella livida aureola dell'elmetto, tutti portavano l'insegna del supplizio nella croce della baionetta e nelle tasche il pane dell'ultima cena e nella gola il pianto dell'ultimo addio”**. Di valore puramente storico e umano, lo scritto ricorda l'immane, epico sacrificio compiuto dai nostri alpini per la conquista e la difesa di quelle cime, durante la guerra del 1915-18. Il percorso comincia con una vecchia galleria di guerra, molto buia che si inerpica quasi a spirale nel ventre della montagna. È stata riattivata nel luglio del 1966 e nel periodo della Grande Guerra, serviva per rifornire le postazioni di alta quota che es-

sendo molto esposte e sotto il tiro dei cecchini nemici, erano irraggiungibili dalla parete esterna. Con l'aiuto di torce elettriche ci siamo inoltrati tra l'umidità e il freddo, aiutandoci solo per mezzo di una fune di acciaio fissata nella roccia. Nella incerta luce si intravedevano resti di vecchi gradini di legno e qualche arrugginita scatoletta di rifornimenti. La galleria costituisce il primo tratto della ferrata che pur essendo facoltativo, è molto interessante dal punto di vista storico e sportivo. Arrivati fuori, alla luce del giorno e all'altezza di circa cento metri dalla base, nella chiara luce del mattino inoltrato, abbiamo intravisto una piccola e arida valle punteggiata da nevaietti, che separava il massiccio della Tofana Grande dalla mole del Castelletto. Per necessità di tragitto siamo scesi verso la valle proseguendo in direzione nord. A un tratto al nostro sguardo, ormai avido di bei paesaggi, si è offerto il vasto, meraviglioso scenario della Valle Travenanzes, unico nella sua forma e imponente nella sua grandezza. La valle si estende per un lunghissimo tratto e consente di spaziare in un panorama di ineguagliabile e suggestiva bellezza che non stanca mai chi lo osserva. Il cielo limpido, ci permetteva guardando verso destra, di godere il magnifico spettacolo della massiccia parete che eravamo in procinto di affrontare, ricca di cenge, gole, e spigoli. Dopo circa dieci minuti di sentiero, finalmente è cominciata la ferrata vera e propria che porta in cima alla Tofana e che pone l'escursionista a diretto contatto con la viva roccia. Il tragitto era discretamente segnato da funi e da infissi di acciaio che anche se non egregiamente mantenute, ci hanno aiutato lo stesso nell'arrampicata. Proseguimmo con molto entusiasmo e di tanto in

tanto alquanto sudati, ci fermavamo per bere un sorso di brodo salato che portavamo sempre nello zaino e di succhiare qualche caramella. La fatica era enorme ma veniva ripagata ampiamente dal paesaggio che gradatamente si offriva ai nostri occhi. Ogni angolo di roccia sembrava trasmettere un messaggio di gioia e di serenità e il cielo di una singolare limpidezza, infondeva fiducia e coraggio. La sensazione più bella e più entusiasmante è stata quando, assicurati a un infisso in parete completamente verticale a oltre duecento metri dal suolo, si osservava tutto quanto avveniva sotto di noi. Gli escursionisti che salivano dietro di noi si muovevano come variopinti puntini e i giganteschi abeti disseminati a valle sembravano minuscoli alberelli di Natale. Era uno spettacolo indimenticabile che sapeva deliziosamente di irreale! Dopo circa tre ore di arrampicata, ci siamo fermati in una cengia abbastanza comoda, ci siamo assicurati con doppi cordini e relativi moschettoni e abbiamo fatto uno spuntino con gallette, marmellata e formaggio grana. Dopo la piccola sosta, abbiamo ripreso a

salire e man mano che andavamo su sentivamo la graduale diminuzione della temperatura. A un certo punto le funi si biforcavano: a destra portavano in cima alla Tofana arrivando a quota **3225** mt., a sinistra cominciava la discesa. Noi abbiamo preso la diramazione sinistra proseguendo fino alle Tre Dita, vecchia trincea di guerra e di là in circa un'ora e mezza, abbiamo raggiunto il rifugio Dibona, percorrendo una caratteristica vallata piena di piccoli nevai da cui emergeva una miriade di roccette. Quasi in fondo alla vallata, prima del Rifugio Di Bona, abbiamo incrociato il vecchio rifugio Cantore ormai in rovine: Sulla sinistra a circa venti minuti di marcia abbiamo notato la moderna sagoma del nuovo Rifugio Giussani.

Giunti alla meta stanchi ma felici, incontrando le rumorose comitive dei gitanti occasionali, come di consueto siamo tornati nella realtà di sempre consci di avere lasciato un poco più su quel fugace magico mondo fatto di bianche cime, austere torri e leggere nuvole che ci hanno accompagnato per tutto il giorno.





# Quello strano malato “in fin di vita”

a cura di Cesare Persiani

Milano, 1607

Una mattina, verso la metà del mese di luglio, il molto reverendo Segretario Particolare del Cardinal Federigo Borromeo depone sullo scrittoio di Sua Signoria Eminentissima ed Illustrissima un plico appena arrivato ‘con cavalcatura di posta urgente’ dal carcere del castello di Pavia.

Il plico contiene la seguente lunga e strana missiva:



“Ill.mo e Rev.mo Signore e padrone mio colendissimo,  
poiché la mia uscita (si intenda: dalla prigione) si va dilatando oltremodo senza alcuna causa, vivendo io con questo desiderio di mostrare la innocenza mia e farmi chonioser da V.S.Ill.ma per umile e divoto servitore, poi che non mi è concesso di farlo con viva voce, almeno La voglio desinganar con questa mia, al quale V.Signoria Ill.ma come Principe prudente conosserà la verità, ed esser stato che quelli che contra di me hano machinato e sparlato davanti a V.Signoria Ill.ma e inganato (omissis...) non ho voluto tralassiar di dare a VS.Ill.ma la quale molto reverischo e vivo ardentissimo di servirla imitando li meij antecesori quali furono al tempo del beato Carlo suoi servitori e molto familiari in molte ocasioni; con tutto ciò “il Beato Carlo” (\*) si valiva di casa nostra et in particolare di quello pocho vino che alli pasti beveva, come feci io con V.S. Ill.ma che presto faranno due anni (\*\*), il signor Arciprete molto ben lo sa quando venne a Monza, questo lo dico solo perché V.S.Ill.ma sapia che la casa nostra è stata sempre onoratissima e molto servitore alla casa de V.S.Ill.ma (omissis...).

Ho fede in Nostro Signore e nel beato Carlo che V.S.Ill.ma farà per me opera che io usischa quanto prima, aciocchè di novo me conoscha e me inpiega tutto in servizio di V.S.Ill.ma come mi troverà prontissimo sempre; le Madri Capucine di Santa Praseda fanno fede di me a V.S.Ill.ma quale ho portato sempre a quella Religione devozione.

Ho tralasiato molte cose per brevità confidandomi che quando usischa di qua di venire subito a far reverenza a V.S.Ill.ma e dirli quello che hora per brevità tralasio...

Con grande speranza e sicura fiducia, di vostra Signoria Illustrissima e Reverendissima humilissimo e devotissimo servitore, mi firmo

Giovanni Paolo Osio”

Da Pavia li 4 luglio 1607

Chi è il mittente di questa sgrammaticata letterina arrivata sulla scrivania di Federigo Borromeo? L'ha scritta e inviata al Cardinale dal 'carcere dei nobili' un signorotto monzese ivi trattenuto 'in attesa di giudizio', sotto accusa di diversi e gravissimi reati: omicidio plurimo, *rapto di donna honesta*, violazione di vergini consacrate, rapine, ritorsioni, ricatti... eccetera. Il brav'uomo, avanzando ripetute profferte di riverenza e di fedeltà verso il destinatario, e ricordando alcuni suoi

(presunti) meriti del passato (tra cui un riferimento a del vino offerto in regalo anni prima...), nutre la vaga speranza, che naturalmente si rivelerà illusoria, di riottenere presto la libertà per intercessione del più importante prelato del tempo, il Cardinal Federigo, il successore del grande cugino, il veneratissimo Carlo. Ad ogni buon conto, la supplica è anche accompagnata dal seguente certificato medico ("*nihil novi sub sole...*"):

**“Io, Pietro Paolo Orlandio, fisico e pubblico professore nel ginnasio di Pavia, faccio fede e attesto sotto giuramento (si noti: ‘sotto giuramento’) che:**

**Gio. Paolo Osio, detenuto nel carcere di Pavia è affetto da una grave e pericolosa malattia, e pertanto, considerata la malignità del male e l’evidente rischio, è necessario seguirlo con una cura assidua e assai difficile, ciò che non è possibile fare nel castello, sia per la mancanza di personale, sia per l’insalubrità del luogo; se pertanto resterà qui senza cura per un tempo più lungo, temo che per l’avvenire, aggravandosi ulteriormente la malattia, abbia a incorrere in – pericolo di morte – (sic!)**

**Io sottoscritto Orlandio attesto con giuramento che le cose suddette sono vere.**

**Dato a Pavia li 5 maggio 1607**

Quale sia stato l'onorario richiesto dal suddetto dottissimo 'fisico e professore di Pavia' per stendere una simile preoccupante certificazione (con annesso replicato 'giuramento') non è dato di sapere; né dovremmo dubitare dell'accuratezza dell'esame clinico da lui praticato su quell'ineffabile paziente, visto che ci parla di "grave e pericolosa malattia" e della necessità di una cura "assidua e assai difficile"... Viene però da pensare che, in quei lontani tempi di corruzione e di favoritismi, potesse succedere a qualche medico di rilasciare, dietro adeguato compenso, certificazioni, diciamo così, 'di favore', un pochetto esagerate nella diagnosi e nella prognosi (cosa che oggi sarebbe ovviamente incredibile...). E, in effetti... nel caso descritto, qualche sospetto ci pare giustificato dal fatto che un sog-

getto così gravemente ammalato da essere quasi "*in pericolo di morte*" non sia poi stato nemmeno ad aspettare l'esito dell'intercessione richiesta al Cardinale; infatti, appena **due giorni** dopo aver spedito quella supplica (con annesso un certificato medico così allarmante), il Giovanni Osio, corrompendo con altro danaro i suoi carcerieri, riesce a svignarsela nottetempo sgusciando dalle segrete del castello (non sappiamo se, nel frattempo, lo scrupoloso, anche se un po' troppo... pessimista nelle diagnosi, Medico *Piero Paolo Orlandio, Professore Emerito di Pavia*, sia riuscito a farsi pagare l'onorario richiesto per quella sua certificazione; io credo però che, un dottore tanto esperto, conoscendo la nomea del suo 'paziente' si sarà tutelato richiedendone in anticipo la riscossione...).

Comunque, alcune settimane più tardi, ritroviamo lo scapestrato nobiluomo di nuovo rintanato nel suo palazzo di Monza, ben guardato e protetto da sgherri, a spassarsela tra bevute e bagordi con donnacce e sozi del suo rango, ridendosi della giustizia...

E, intanto, per non restare con le mani in mano nel tempo lasciategli libero dai sollazzi, ordina a un suo 'bravo' di uccidere un certo Rainerio Roncino che lui sospetta essere stato lo spione che lo ha segnalato al bargello: esecuzione prontamente eseguita.

Inoltre, appena rientrato a casa, l'Osio riprende la vecchia abitudine di starsene alle finestre del suo palazzotto ad osservare e stuzzicare le suore e le educande dell'adiacente monastero di santa Margherita, il cui cortile, nel quale esse fanno ricreazione, sta proprio lì sotto: il malandrino si compiace di fissare a lungo le più giovani e graziose, e di insidiarle con larghi sorrisi, con gesti inequivocabili e provocatori.

Qualche suorina risponde. La prima è un'educanda, una certa Isabella Ortensia, la quale, con gesti e cenni del capo, accetta un appuntamento 'alla cortina delle galline'. Dopo alcuni giorni la Superiora si accorge della tresca e immediatamente fa rinchiodare la ragazza in una cella separata avvertendo subito i genitori; questi vengono subito a riprendersi la figlia e, pochi mesi dopo, la faranno frettolosamente sposare ad un brav'uomo di scarse risorse economiche.

"Chi avrà fatto la spia?" rimugina l'Osio. Gli arriva all'orecchio che potrebbe essere stato un certo Molteno, agente fiscale dei De Leyva, il quale aveva visto nel chiostro alcuni movimenti sospetti... E, guarda caso, il giorno dopo si trova il Molteno chiacchierone e spione ucciso da un colpo di archibugio.

Ben presto, ecco che ci casca un'altra religiosa, suor Maria Virginia, detta 'la Signora' per il suo nobile casato che le assegna una posizione pri-

vilegiata (addirittura un quartierino privato nel convento).

La *sventurata*, durante l'ora d'aria concessa alle suore nel cortile sottostante la fatale finestra, osa rispondere ai sorrisi provocatori e ai segnali del drudo, e si azzarda ad indicargli un luogo appartato del convento ove potersi incontrare. Inizia così una assidua relazione con lo stesso Osio; una tresca che durerà a lungo, con infanticidi ed assassini vari, fin che verrà scoperta e finirà in Tribunale con relativa durissima punizione della monaca e di alcune sue consorelle complici. (Questa seconda vicenda, però, non posso raccontarvela io; vi ha già provveduto uno Scrittore vero, infinitamente più grande di me...).

Il nostro bellimbusto, comunque, non se la caverà così facilmente: accusato di molti altri reati, compreso un buon numero di omicidi, si allontanerà in tutta fretta da Monza. Giudicato 'colpevolissimo', verrà dai magistrati milanesi condannato (in contumacia) a morte per impiccagione. Nel frattempo, tutti i suoi beni vengono sequestrati, e la sua dimora abbattuta 'fino alle fondamenta'. Per qualche tempo l'Osio sarà costretto a fuggire di continuo nascondendosi in luoghi sempre diversi: un giorno, sentendosi braccato da vicino, andrà a rinchiodarsi persino in un altro convento di monache (si vede che quella era proprio la sua vocazione...).

Arrivano ben presto gli sbirri, e cominciano ad assediare il monastero; il poverino è costretto a scappare anche da lì, per passaggi sotterranei segreti e con l'aiuto di qualche religiosa. Andrà a cercare ospitalità in Milano presso certi nobili Taverna, suoi vecchi e fidatissimi 'amici' che abitano in un palazzo di corso Monforte.

Questa volta il rifugio sembra proprio sicuro, ignoto a tutti e, dunque, impossibile da rintracciare.

Invece... si dà il caso che i simpatici Taverna siano perfettamente al corrente della sostan-

ziosa ‘taglia’ che pende sul capo del loro ospite: e così, pochi giorni dopo, con un pretesto qualsiasi, lo fanno scendere nei sotterranei del palazzo, e lì lo ammazzano a bastonate e pugnolate. Porteranno poi la testa mozzata dell’Osio al governatore spagnolo Fuentes, gettandola ai suoi piedi fra il giubilo degli astanti, e ricevendo in cambio congratulazioni sincere e tante belle monete sonanti.

Tutti questi macabri avvenimenti ci appaiono ben congrui con quel Seicento, secolo terribile di broccati e di stracci, di esaltazioni mistiche e di feroci tradimenti, di sfarzo e di sangue ...

A questo punto si sarà comunque capito di chi abbiamo parlato finora: il nostro signorotto Osio in questione altri non era che quello stesso personaggio che il Manzoni, raccontando nel suo grande Romanzo le tristi vicende della ‘monaca di Monza’, ha chiamato “Egidio”, cui la ‘sventurata’ suor Gertrude (\*\*\*) *rispose*.

## Riferimenti bibliografici:

Giuseppe Ripamonti: *Historiarum patriae: dec V*  
- liber sextus.

Luigi Zerbi: Sentenza contro Gio.Paolo Osio e i suoi complici, in “*La signora di Monza*” (Archivio storico lombardo n° 1890 – pag. 13 e segg).

Autori vari: “*Vita e processo di suor Virginia Maria de Leyva*” Garzanti 1985.

---

(\*) Il ‘beato Carlo’ verrà proclamato Santo nel 1610

(\*\*) Si noti qui la ... raffinata allusione dello scrivente.

(\*\*\*) Costei si chiamava, al secolo, Virginia Maria della ricca e potente famiglia milanese De Leyva proveniente dalla Spagna; la loro dimora era Palazzo Marino, l’attuale sede del Comune di Milano.

# Eredità: opzioni e soluzioni

---

a cura di Chiarastella Massari

---

**N**ei sogni di ognuno di noi sarà sicuramente apparsa qualche volta la voglia di ricevere una ricca eredità da un parente sconosciuto e lontano ... E invece spesso quando si riceve una eredità, è proprio allora che nascono i dissapori, le discussioni e gli attriti familiari.

Perché diventare comproprietari di uno o più beni significa dover poi trovare un accordo su come amministrarli, su cosa farne .... e più sono gli interessati e più ci possono essere delle divergenze di pensiero.

Non tutti sanno però che si può far nominare dal Tribunale una persona che amministri l'eredità finché non si prende una decisione se accettarla o meno: si chiama "curatore dell'eredità giacente" chi, nominato dal Tribunale, custodisce i beni e li amministra sotto la supervisione dell'Autorità Giudiziaria.

Perché essere incerti se accettare o meno una eredità? Perché ereditare significa conseguire non solo l'attivo ereditario, ma anche farsi carico dei debiti e delle obbligazioni a carico dell'eredità. Non si può accettare un solo bene e lasciare il resto (a meno che questo non sia stato previsto espressamente nel testamento come "legato", ossia come un lascito singolo, come attribuzione specifica).

Quindi che fare quando si è chiamati a ricevere una eredità? Occorre informarsi su cosa componga il compendio ereditario, perché in presenza di debiti, si può far redigere un inventario

dei beni che formano l'eredità a un Cancelliere del Tribunale del luogo dove si è aperta la successione o a un Notaio e accettare "con beneficio di inventario" cioè rispondendo dei debiti ereditari solo nei limiti del valore dell'eredità e non invece pagando con denaro proprio.

Quando l'eredità viene acquisita da più soggetti, si parla di "comunione ereditaria" ossia di una vera e propria comproprietà: a ciascun erede spetta il godimento dei beni ereditati. In questa circostanza normalmente si applicano le norme del Codice Civile sull'amministrazione ordinaria e straordinaria del compendio comune.

Ma quanto può durare questo stato di comunione? È molto difficile mantenere la situazione tranquilla e così nella maggior parte dei casi si pensa a sciogliere questa comunione vendendo a terzi i beni ereditati. In tal caso ogni erede ha un "diritto di prelazione", ossia ha una priorità nell'acquisto, rispetto agli estranei, per consentire che il bene resti in famiglia, per quel patrimonio di ricordi che esso conserva in sé.

In alternativa alla vendita dei beni ereditari ad estranei, può capitare che un erede acquisti integralmente il bene o i beni pagando agli altri eredi il valore delle loro quote di comproprietà e diventandone proprietario esclusivo.

Un'altra delle soluzioni più comuni per sciogliere una comunione ereditaria è di stipulare un contratto di divisione, in cui i beni saranno ripartiti in natura tra gli eredi in misura corrispondente alla rispettiva quota di spettanza, salvo conguagli se il valore del bene o dei beni assegnati sia superiore al valore della quota astratta spettante all'erede dividente.

La divisione può riguardare anche beni mobili (ad esempio gioielli, quadri, suppellettili, ecc.) e, in ogni caso, si può eventualmente realizzare suddividendo i beni in lotti di pari valore e procedendo ad un sorteggio eseguito da un terzo estraneo o anche da un Notaio, in modo che le modalità di esecuzione siano imparziali e trasparenti per tutti e con assegnazione casuale del lotto al nominativo dell'erede sorteggiato.

Anche la transazione divisoria risponde alla stessa esigenza degli eredi di estinguere le proprie reciproche conflittualità e pretese e assegnarsi bonariamente i beni ereditati.

La transazione è un contratto molto utile per risolvere preventivamente possibili contenziosi tra gli eredi e può essere utilizzato come strumento negoziale anche quando sia stata già avviata una causa per far valere taluni diritti ereditari in giudizio.

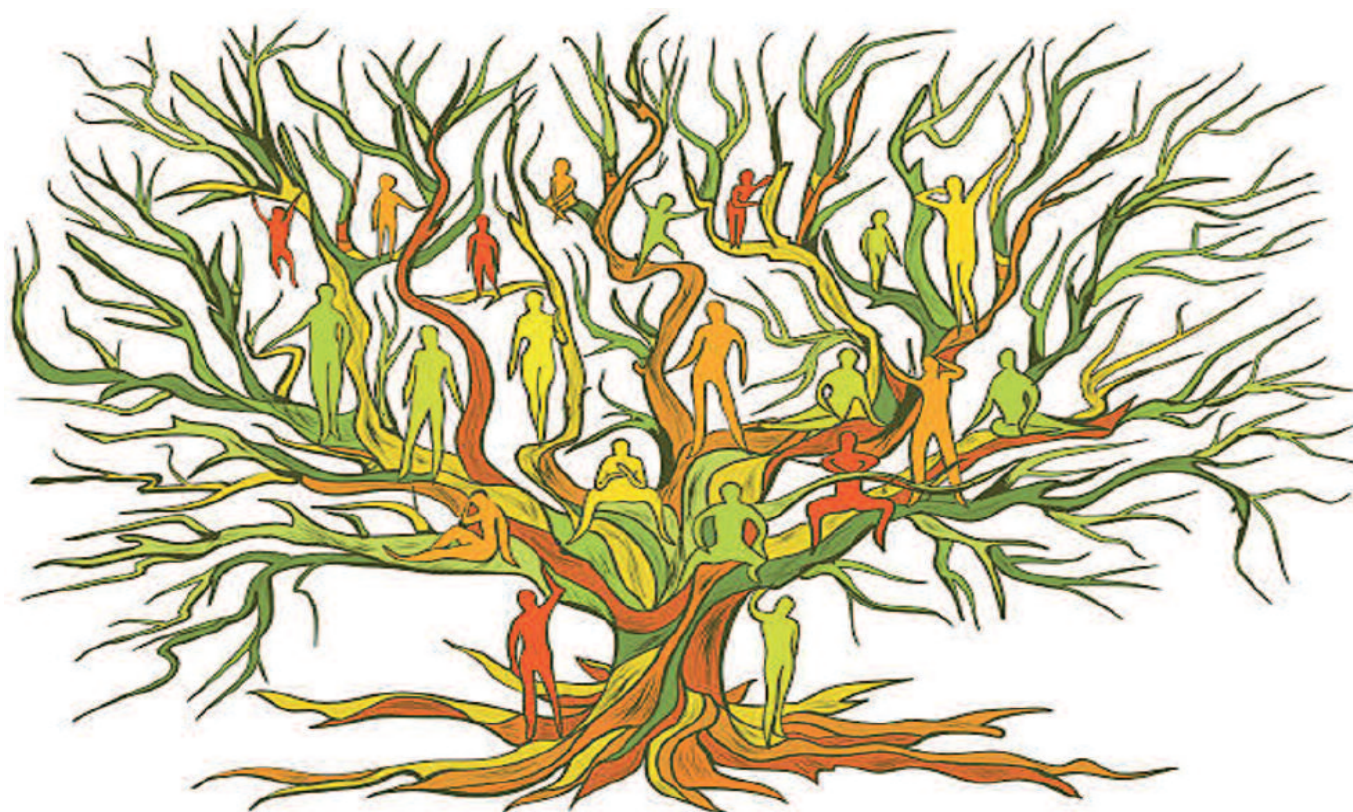
Dunque per evitare di attendere la fine del processo, le parti in causa con l'atto di transazione si fanno reciproche concessioni, si ripartiscono

anche eventualmente tra loro i beni contesi ed estinguono il giudizio, decidendo sulle spese processuali. Talvolta trovare un accordo durante il corso di una causa ereditaria può semplificare le cose e anticipare i tempi di definizione della lite, nell'interesse di tutti a non procrastinare tanto a lungo la vicenda ereditaria.

Infine l'estrema soluzione per sciogliere una comunione ereditaria è data dalla divisione giudiziale: più precisamente uno degli eredi può chiamare in giudizio gli altri eredi e può chiedere al Tribunale di far stimare il bene o i beni dell'eredità e farli vendere all'incanto, in modo che il ricavato sia suddiviso tra tutti gli eredi.

I tempi e i costi della giustizia italiana sono molto elevati, quindi ai tempi attuali è sempre più raro che questo strumento venga utilizzato.

Dopo questa panoramica su cosa si può fare quando si riceve una eredità, ritengo che consultarsi con un Notaio sia sempre utile, per esaminare e valutare insieme la situazione nel caso concreto ed avere delle risposte utili e appropriate per risolvere ogni problema.



a cura di  
Rory Previti

*Rosso come la passione, come l'amore, ma anche come il furore, come la rabbia.*

*Nero come l'inchiostro, come il buio, come il sonno, ma anche come il male, come il dolore.*

**Rosso** Come il furore, come la rabbia di tutti quelli che hanno capito di essere stati ingannati dalla banca di fiducia, da una di quelle banche di cui ci si dovrebbe (ormai il condizionale è d'obbligo) fidare e a cui ci si dovrebbe affidare serenamente nel momento in cui viene prospettato l'acquisto di un diamante come bene rifugio. Non dei lingotti d'oro, non dei quadri d'autore, ma un diamante, un diamante garantito per purezza e caratura ma, in realtà, si scopre quando è tardi per tirarsi indietro, un diamante dal valore decisamente inferiore rispetto alla certificazione. Oggi chi possiede molti liquidi ha difficoltà ad investirli in modalità sicura e redditizia e molte banche considerano quasi propri i soldi dei loro correntisti proponendo loro a volte investimenti rischiosi e poco limpidi. Nessuno dei truffati, nessuno di quelli che hanno subito un danno dall'acquisto dei diamanti nella propria banca li avrebbe mai comprati direttamente dalla ditta fornitrice ma ciascuno di loro ha considerato l'intermediazione bancaria un'indiscutibile garanzia. Diamanti semifarlocchi garantiti da un inter-

mediatore bancario di tutto rispetto. La situazione è complessa. Le banche forse non saranno state complici delle due società, IDB (Intermarket Diamond Business) e BPI (Diamond Private Investment), ma rimane il fatto che convincevano i clienti a sborsare cifre elevatissime e a pagare commissioni incredibilmente alte. Secondo l'*antitrust*, tra l'altro, se qualcuno dei truffati avesse voluto rivendere questi diamanti gli sarebbe stato difficilissimo in quanto acquistati a cifre gonfiate rispetto ai prezzi di mercato. Intanto le due società IDB e BPI sono state multate dall'*antitrust* mentre le banche, complici o soltanto avide e superficiali, devono prepararsi a fronteggiare le azioni di Confconsumatori a tutela dei risparmiatori truffati.

**Nero** Come la querelle sull'eutanasia, torna alla ribalta il caso di Eluana Englaro a dieci anni dalla sua morte, provocata dalla sospensione dell'alimentazione e dell'idratazione. Dopo le estenuanti battaglie legali condotte dal papà Beppino, dopo la ferma opposizione dell'allora governo di centro destra, un intervento del Presidente Napolitano liberò Beppino Englaro dal veto politico. Restava solo, e non è poco, la questione morale. Ma il 16-10-2007 Gabriella Luccioli, presidente della prima sezione civile della Cassazione aveva di fatto già dato il via libera alla sospensione delle cure in caso di stato vegetativo permanente e irreversibile di persona che avesse già manifestato, nel

corso della sua vita, la volontà di rifiutare cure imposte se impossibilitata a rifiutarle in prima persona. La Luccioli evidenziò che la dignità è il diritto dei diritti. E una legge, una norma, un dogma o un pregiudizio non possono violare il diritto alla salvaguardia della dignità.

Eluana morì il 9 Febbraio del 2009 dopo essere stata privata dell'idratazione e dell'alimentazione artificiale. Morì con dignità? O fu quella morte poco dignitosa e molto triste nel prolungarsi della deprivazione ad interrompere finalmente una vita che per 13 anni si era trascinata ope legis in modo molto poco dignitoso? L'opinione pubblica rimase divisa in due. Era stata eutanasia? Cibo ed acqua sono terapie? Eluana era viva e venne uccisa? O era praticamente già morta? Molti si arrogano il diritto di imporre l'alimentazione forzata pure a chi, in vita si era espresso contro l'imposizione. Oggi, a far data dal Dicembre 2017, esiste il biotestamento e molte volontà si possono esprimere da vivi, ma non c'è favore verso l'eutanasia che in Italia è perseguibile penalmente. Chi vuole porre fine alle proprie sofferenze per morire con dignità deve recarsi all'estero, in paesi come la Svizzera in cui è permesso, se non l'eutanasia, il suicidio assistito. Ma se venisse legalizzata l'eutanasia non potrebbero verificarsi degli abusi? Le implicazioni possibili sono molteplici. La questione è complessa e difficile da dirimere come tutte le questioni morali.

# Grandi medici del Meridione

a cura di  
Salvatore Sisinni

**GIUSEPPE CLEOPAZZO**  
*Squinzano (Le) 1794 -  
Napoli (1842)*

**G**iuseppe Cleopazzo nacque a Squinzano, paese del Nord Salento, il 26 (25) luglio 1794, da famiglia nobile e possidente. Il padre Nicola era farmacista, come il nonno Donato. Si laureò in Medicina nella prestigiosa Università di Napoli e operò nella Città partenopea ai tempi di Ferdinando I di Borbone e dei suoi successori a capo del Regno delle Due Sicilie.

Negli anni 1836/37 quella Città fu flagellata da una epidemia di colera, e il Cleopazzo non si sottrasse al rischioso compito di curare i colerosi. Si contagiò due volte di quella malattia, della quale ancora non era stato scoperto l'agente eziologico; dalla



Giuseppe Cleopazzo

prima guarì, mentre la seconda gli fu fatale.

Morì, così, prematuramente, all'età di 48 anni, il 25 luglio 1842, a Napoli.

Nel 1980 l'Amministrazione Civica del suo paese natale, Squinzano, guidata dal Sindaco dott. Emilio Pulli, poi Senatore, con una

delibera votata all'unanimità, volle intitolargli una via.

Di questo illustre Medico, mio concittadino, in una monografia a lui dedicata, della quale allego la copertina, ho scritto: "... intraprese gli studi universitari nella colta Napoli, regnante Ferdinando I di Borbone, dopo aver espletato gli studi umanistici e filosofici. Allora i medici illustri erano anche umanisti, letterati e filosofi. In poche parole, era un uomo dalla cultura vasta, per non dire immensa, come pochi - e solo in quei tempi sapevano e potevano esserlo -. I suoi nobili natali, le sue ricchezze, quasi tutte ereditate meritoriamente, non lo distrassero lungo il suo percorso esistenziale, ma lo aiutarono ad esprimersi, al meglio possibile, a favore dei pazienti e dei cittadini. Tanto che fu chiamato dal Re Ferdinando I, nelle vesti di consulente, per la salvaguardia della salute pubblica".

## L'arte del mal sottile

a cura di  
Antonio Di Gregorio

**GUIDO GOZZANO**

**L'**Ottocento era stato un secolo turbolento e denso di avvenimenti e quello che seguiva si era presentato anche peggiore del precedente quanto a grandi e tragici eventi e a trasformazioni sociali. In contrapposizione quindi agli ar-



dori magniloquenti ed alle frenetiche attese del rumoroso nuovo che avanzava, nei primi due decenni del Novecento si consolidò un movimento culturale, prevalentemente poetico, non molto diffuso in verità, che predilesse il vivere quieto ed arrendevole, i toni smorzati del languido intimismo ed il ripiegamento interiore, con interesse solo alle piccole realtà del quotidiano. Fu definito crepuscolarismo da Giuseppe Antonio Borgese, con chiaro riferi-



mento a quel momento che segue il tramonto, durante il quale si diffonde una luce morente. Quello che piaceva appunto ai poeti crepuscolari, amanti della penombra e ben lontani da qualsiasi slancio eroico tipico dei lottatori. Tra essi si distinse Guido Gustavo Gozzano, nato a Torino il 19 dicembre 1883, da famiglia borghese e benestante, proprietaria di case e poderi sparsi nel Canavese. Ebbe insegnanti privati e quindi studiò dai Barnabiti. Si iscrisse a Giurisprudenza, ma preferì seguire i corsi letterari di Arturo Graf, amato dai giovani torinesi per i suoi richiami a Leopardi e ad un socialismo spirituale. Gozzano giovinetto si distinse per la sua eleganza e per un vago dandismo (“Quello che fingo d’essere e non sono” – diceva) ed anche le sue prime poesie piacquero per la raffinatezza del verso. Nel 1907 furono pubblicati i suoi primi scritti, La via

del rifugio, che ebbero molto successo, ma quello fu anche l’anno della svolta della sua vita: si ammalò di tubercolosi. Cercò inutili cure con lunghi soggiorni in riviera, in montagna e finanche con una lunga crociera in India, che gli servì solo per gli ultimi articoli, raccolti nel volume Verso la cuna del mondo, nei quali descrisse il suo viaggio terreno ed accennò ampiamente anche al viaggio verso la morte. L’amore per la scrittrice Amalia Guglielminetti, testimoniato da numerose lettere e la pubblicazione nel 1911 de “I colloqui” contribuirono a consolidare la sua fama ed ebbe numerose richieste di collaborazioni da vari giornali, ad iniziare da “La Stampa”, sui quali non mancò di pubblicare anche novelle e fiabe per bambini. Preparò anche una sceneggiatura per un film su Francesco d’Assisi, ma la tisi non attese più oltre. Gozzano morì a Torino il 9 agosto

1916. La sua città era stata spesso oggetto dei suoi componimenti, specie la Torino d’altri tempi (già allora si rimpiangeva il passato, col solito ritornello. Chissà cosa direbbe Gozzano della Torino di oggi!). Cantò anche l’ambiente canavese e il mito per il mondo della natura, quella che gli dava la sola verità buona a sapersi. La sua malattia fu anche occasione lirica. Memorabile è la descrizione in versi dell’esame schermografico al quale si sottopose: “Un fluido investe il torace/ frugando il men peggio e il peggiore/ l’ossa e gli organi grami/ al modo che un lampo/ nel fosco disegna il profilo d’un bosco/ coi minimi intrichi dei rami”. La poesia fu il suo linguaggio, ma il tema predominante della morte lo portò a riconoscere che anche essa era precaria e non era affatto in grado di dare risposte definitive.

## La senescenza tra massime, aforismi... a favore e contro

a cura di  
Antonino Arcoraci

“Vivere è di tutti, viver bene di pochi; viver con scienza e conoscenza, di pochissimi. Bisogna viverla la vita e bisogna impegnarsi. Gottfried Keller dice: *È più sano non sperar nulla e fare il possibile,*

*che entusiasmarsi e non far nulla* e André Gide continua: *Ogni desiderio mi ha arricchito più che il possesso sempre falso dell’oggetto stesso del mio desiderio.* Per Paulo Coelho *Soltanto una cosa rende impossibile un sogno: la paura di fallire.* Occorre non avvilirsi mai... non pensare alla Woody Allen: *Nella mia vita sono sempre stato mori-*

*gerato, ho sempre mangiato e bevuto con moderazione, non ho mai fumato, non mi sono sottoposto a strapazzi amorosi esagerati; così sono vissuto quindici giorni in più... e ha piovuto tutto il tempo!*

*La vita, come è stato scritto sul web, offre sempre una seconda possibilità. Si chiama: **domani**”.*

# Lettere al Presidente



Egregio Presidente,  
compirò 65 anni nel prossimo anno e intenderei chiedere la pensione Enpam quota A in quella data, anziché attendere il 68° anno di età.  
Quali conseguenze avrà questa mia richiesta?  
Grato per una risposta Le invio cordiali saluti.

T. R. Napoli

*Caro collega,*

*puoi sicuramente accedere al pensionamento anticipato di vecchiaia per quota A se non sei titolare di una pensione da totalizzazione o da invalidità a carico dell'Enpam.*

*La scelta per il pensionamento anticipato va esercitata nell'anno che precede il compimento del 65° anno di età e comunque, a pena di decadenza, entro il mese del compimento dei 65 anni di età con l'invio di un modulo, da scaricare da sito dell'Enpam.*

*Dopo l'invio del modulo di opzione si dovrà presentare la vera e propria domanda di pensione, successivamente al compimento del 65° anno.*

*La differenza tra pensione anticipata e quella di vecchiaia è da imputare, oltre ad una quota maggiore di contributi versati, ad un diverso calcolo che viene applicato; infatti, nel caso di pensione anticipata il calcolo è effettuato con il 'sistema contributivo' per tutta l'anzianità maturata sulla quota A.*

*Per una scelta più consapevole e per mettere a confronto la pensione ordinaria di vecchiaia con quella anticipata, l'Enpam mette a disposizione un 'simulatore', entrando nell'area riservata del sito Enpam.*

*Ti invio cari saluti*



Egregio Presidente,  
sono un medico pensionato da alcuni anni, ma continuo ad esercitare la libero professione e a contribuire, come previsto, al Fondo di Previdenza Generale dell'Enpam, quota B.

Nonostante i regolari versamenti, dopo il pensionamento, l'importo della mia pensione risulta invariato.

È prevista la riliquidazione grazie ai versamenti effettuati dopo il pensionamento? È necessario presentare una domanda?

La ringrazio e Le invio cordiali saluti.

P. S. Savona

*Caro collega,*

*ai medici che contribuiscono al fondo 'quota B' dopo il conseguimento della pensione spetta il supplemento di pensione.*

*La liquidazione del supplemento di pensione viene effettuata d'ufficio dall'Enpam ogni triennio, sulla base di tutti contributi relativi al periodo di riferimento.*

*Tale supplemento decorre dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello di versamento dell'ultimo contributo del triennio preso in considerazione ai fini del calcolo.*

*Cordiali saluti*

# VITA delle SEZIONI

## BRESCIA

Il 28 maggio gita giornaliera all'Abbazia di Chiaravalle (MI) e alla Certosa di Pavia. La seconda, un incontro serale organizzato da FEDER.S.P.eV. e Ordine Medici, il 30 maggio, con Associati Federspev e Medici di Medicina Generale, che si terrà all'Ordine dei Medici di Brescia, dal titolo: La stenosi valvolare aortica critica nell'anziano. Trattamento percutaneo con TAVI. Grazie. Saluti.

Mario Zogno

## CASERTA

Cenno storico sulla costituzione della sezione di Caserta.

La FEDER.S.P.eV., legalmente costituita a Viareggio il 23 settembre 1977, nacque nel 1963 per iniziativa di sanitari dipendenti degli Enti locali ed era denominata FEDERSLV (Federazione Naz. Sanitari Pensionati Enti locali e vedove); la sede nazionale era a Padova presso l'abitazione del Presidente Naz.le Prof. Piero Pellegrini, che dopo pochi giorni mi nominò Commissaria di Caserta. Mi recai dal Presidente dell'Ordine dei Medici di Caserta, prof. Ricciardi, che lieto di conoscere una Federazione che tutelasse i sanitari pensionati e le loro vedove accettò di renderlo noto con un foglio d'informazione da inviare a tutti i Sanitari iscritti all'Ordine.

Venne così pubblicata una lettera da parte del dr. Iodice, Consigliere dell'Ordine, il quale espose le finalità della Federazione invitando tutti i medici e pensionati ad iscriversi alla FEDER.S.P.eV.. Insieme abbiamo collaborato e curato l'iniziativa per ricercare i nominativi da far iscrivere. Dopo un anno di commissariamento fu indetta un'Assemblea straordinaria presso l'Ordine dei Medici, allo scopo di potenziare l'associazione per una maggiore tutela dei diritti degli associati per l'elezione del Consiglio provinciale.

Al termine della riunione, dopo il ricordo dei sanitari scomparsi, si procedette all'elezione del Direttivo provinciale della sezione FEDER.S.P.eV. di Caserta:

PRESIDENTE: Assunta Merola ved. Merola  
VICE PRESIDENTE: Luigi Iodice  
TESORIERE: Teresa Farina ved. Casella  
SEGRETARIO: Nicola Gaglione  
CONSIGLIERI: Amelia Castaldo,  
Maria Pia Atteo,  
Iole Sgambato,  
Rosa De Angelis,  
Claudia Perino

Assunta Merola

## FROSINONE

Nel corso del 2018 sono stati organizzati due eventi che hanno riscosso grande consenso e ampia partecipazione degli iscritti che hanno mostrato tutto il loro apprezzamento e soddisfazione per tali iniziative.

Il 26 ottobre si è effettuata una visita guidata dell'Abbazia di Montecassino; oltre allo stupendo complesso abbaziale ricostruito, si è potuta ammirare anche l'area sotterranea risparmiata dagli eventi bellici con i suoi reperti greco-romani. Il 14 dicembre, in vista delle feste e facendo se-

guito alla visita prenatalizia del 2017 a Grecia, ci si è recati a Cava de' Tirreni, bellissima città in provincia di Salerno, per ammirare i suoi portici quattrocenteschi, la Basilica di San Francesco e Sant'Antonio e lo straordinario Presepe monumentale.

Nel corso di queste giornate, al di là degli aspetti culturali, si sono anche svolti momenti di gioiosa convivialità, che hanno contribuito a rafforzare i legami tra i partecipanti anche negli evocati ricordi delle passate e spesso comuni esperienze professionali.

Pietro Garofali

## LECCE

### Comunicato

Domenica 16 dicembre 2018 presso la Sede dell'Ordine dei Medici della provincia di Lecce, si è tenuta l'Assemblea Annuale di tutti gli Iscritti alla FEDER.S.P.eV. di Lecce.

In occasione dell'Assemblea sono stati convocati tutti i Medici che nell'anno 2018 hanno maturato il diritto a percepire la pensione dall'Enpam.

Il presidente, nella sua relazione, ha ribadito l'importanza della Federazione e le finalità: "siamo medici continuiamo ad esserlo". È stata ripresa e illustrata l'importanza del Medico di Base contro la figura dell'ipotetico personaggio di fiducia delle DAT (legge dicembre 2017); è stato anche affrontato il problema della chiusura di molti Ospedali (ora ASL) che hanno ridotto i reparti di Dermatologia a semplici ambulatori; è stata ricordata l'importanza dei soppressi Reparti dermo-celtici contro un attuale dilagare non della libertà ma del libertinaggio sociale e della necessità di ripristinare Istituzioni che garantiscano ogni controllo e se necessario arricchirli e integrarli con sociologo e psicologo. Dopo la relazione del Presidente si è passati all'approvazione del Bilancio Consuntivo 2018 e del Bilancio di

Previsione 2019. Si è provveduto alla consegna della medaglia ricordo ai Medici che nel corso dell'anno hanno maturato il diritto alla pensione ENPAM ed è stato rivolto a tutti i presenti l'invito ad associarsi alla FEDER.S.P.eV.; sono state acquisite n. 15 nuove iscrizioni.

Al termine dell'Assemblea si è tenuto, presso la Tenuta Caradonna a Lequile, un pranzo sociale per scambiarsi gli auguri di Natale.

Antonio Foresio

## PALERMO

### Relazione della Presidente

Le norme dello Statuto continuano a essere le linee portanti della gestione della sezione provinciale da me guidata. Come per il passato non sono mancate le occasioni per coinvolgere i soci con conferenze dai temi vari anche al fine di interessare i simpatizzanti ed attrarre potenziali nuovi iscritti. Il prof. Mario Di Liberto, appassionato studioso della toponomastica della nostra città, infaticabile ricercatore, più volte nostro gradito ospite, ci ha intrattenuti sulla "storia delle strade di Palermo: i miti e le leggende del basso Medioevo siciliano" è stato l'argomento con cui la figura poliedrica del prof. Hamel ha interessato il vasto pubblico degli iscritti. Non è mancato l'annuale appuntamento con il cabaret; a marzo la docente Paola Capone è stata molto apprezzata per il saggio "Naturalmente sani, il nuovo Regimen della Scuola Medica Salernitana", molte e tutte belle le immagini della nostra terra viste attraverso i films che il dr. Solito ci ha mostrato con "Lo schermo a tre Punte". Dicembre ha riunito a Siracusa tutti i rappresentanti delle province siciliane. Particolarmente affettuosa l'ospitalità offerta dai componenti la Federspev siracusana. Scambio di auguri a Palazzo D'Aumale, una delle tante dimore degli Orleans, nobile famiglia fran-

cese che ha portato nel 800 in Sicilia cultura e ricchezza con la lavorazione dei vini. Per quanto riguarda l'attività finanziaria posta in essere dal C.D. questa si è svolta in linea con la nostra politica prudenziale e il Collegio dei Revisori in occasione dell'esame dei documenti contabili del 2018 (Rendiconto consuntivo 2018 e Bilancio di previsione 2019) ha verificato la coerenza e la legittimità delle deliberazioni adottate, in linea con le norme dello statuto certificando che il rendiconto 2018 *“è regolare e conforme alle scritture esaminate”* senza formulare osservazioni in merito al Bilancio di previsione 2019. I documenti in parola sono stati trasmessi a questa presidenza per quanto ancora a praticarsi. Auguriamoci un sereno 2019, ci attende un incontro in una città d'arte tra le più belle: Firenze.

Sicuramente come negli anni passati sarà un momento di particolare attenzione sui problemi ancora non risolti che travagliano la nostra categoria. Sarà anche una occasione per rivisitare, nei momenti di pausa, i tanti tesori della città e un momento gioioso di incontro tra amici.

Buon lavoro a tutti

Palermo 01.02.23019

Letizia Molino

## REGGIO CALABRIA



FEDERSPEV sez. Reggio Calabria  
2° Incontro Musicale Artisti Medici  
29 Gennaio 2019

La FEDER.S.P.eV., sez. di Reggio Calabria, Presidente il Dott. Giuseppe Giovannella, ha organiz-

zato il 2° incontro musicale tenutosi presso l'aula magna dell'Ordine dei Medici. La regia magistrale dell'evento è stata affidata al Dott. Nuccio Marciano, che si è avvalso, della presentazione della Dottoressa Francesca Maseo Zampogna, del tocco magico al pianoforte del Prof. Tropea, della voce baritonale del Dottor Massimo Misefari e delle note del Dott. Antonio Foti alla chitarra. Lo spettacolo è stato applaudito caldamente dall'auditorio, che ne ha richiesto una prossima esibizione.

Giuseppe Giovannella

## SIENA

Si riportano di seguito le attività istituzionali svolte dalla sezione di Siena nel corso dell'anno 2018.

In data 6 febbraio, a Roma, si sono riuniti il Comitato Direttivo Nazionale e il Consiglio Nazionale cui hanno partecipato, rispettivamente, il nostro socio Guido Ginanneschi, in qualità di membro, e Carla Cellesi, Presidente della nostra sezione; il giorno successivo sempre a Roma, presso la "Casa dell'Aviatore", si è tenuto il convegno dal titolo "La verità sulla pensione", al quale entrambi hanno assistito.

Nella sede dell'OMCeO, il 20 marzo u.s. ha avuto luogo l'Assemblea Ordinaria Annuale della nostra sezione con il seguente Ordine del Giorno:

1. Relazione del Presidente.
2. Bilancio consuntivo 2017 e preventivo 2018.
3. Nomina del delegato al 55° Congresso Nazionale a Salerno.

La relazione del Presidente e i bilanci consuntivo e preventivo (illustrati dal Tesoriere) sono stati approvati all'unanimità. Alla Presidente è stata conferita la delega per la partecipazione al 55° Congresso Nazionale.

In occasione dell'Assemblea Ordinaria Annuale dell'OMCeO di Siena (in data 7 aprile) è stato of-

ferto da parte della nostra sezione, come da tradizione, un caduceo in oro al più giovane iscritto all'Ordine nell'ultimo anno.

La nostra sezione ha partecipato al Congresso Nazionale di Salerno (15-17 aprile). Il nostro socio, Vincenzo Medici Bologna, si è aggiudicato il premio letterario FEDER.S.P.eV., con il romanzo "Patologia generale. Controtrattato medico-sentimentale". Questo riconoscimento, assegnato per il secondo anno consecutivo ad un socio della nostra sezione, è motivo di soddisfazione ed espressione di impegno e vitalità dei nostri iscritti.

Nel corso dell'anno si sono svolte anche le sottoelencate attività socio-culturali.

Nel mese di gennaio, visita guidata alla mostra di Ambrogio Lorenzetti, uno dei più grandi protagonisti del '300 senese, allestita presso il S. Maria della Scala, l'antico ospedale senese, oggi sede museale.

Gita a Milano e Pavia (15-18 maggio), nel corso della quale si segnalano la visita alla Milano rinascimentale, alla mostra "Impressionismo e avanguardie" e alla Certosa di Pavia.

Gita a Larderello (Pomarance - Pisa) (8 settembre), con visita agli impianti geotermici e apertura dimostrativa di un soffione, e al Sacro Monte di S. Vivaldo (Montaione - Firenze), con visita delle 21 cappelle erette nel XVI secolo nell'area boschiva adiacente al convento francescano (Selva di Camporena), seguendo l'ordine che riproduce l'esatta planimetria della Gerusalemme del tempo.

Gita alla Scarzuola (Montegabbione - Terni) (16 ottobre), una costruzione surreale progettata da Tomaso Buzzì negli anni '50 dello scorso secolo nei pressi di un convento fondato da S. Francesco d'Assisi nel 1218, e a Città della Pieve, luogo natale del Perugino.

In data 15 dicembre si è svolta la consueta "Giornata degli auguri" iniziata con la S. Messa presso

la chiesa di S. Pietro alle Scale, in memoria dei nostri defunti, seguita dalla visita guidata ad un settore della nostra Pinacoteca dedicato ai pittori del '300 senese e al Palazzo Chigi-Piccolomini alla Postierla, recentemente aperto al pubblico e ricco di pitture e decorazioni seicentesche. A seguire, il pranzo sociale presso un noto ristorante della città.

Tutte le nostre iniziative hanno riscosso buona partecipazione e ottimo gradimento da parte dei nostri soci.

**Carla Cellesi**

## **TARANTO**

Domenica 3 Febbraio 2019, i Soci della FEDER.S.P.eV., sezione di Taranto, hanno incontrato, nella Sala Conferenze del Castello Aragonese di Taranto, un relatore di eccezione, l'Ammiraglio di Squadra Francesco Ricci che ha illustrato ai numerosi convenuti l'evoluzione storico-architettonica del Castel Sant'Angelo, comunemente denominato Castello Aragonese.

Il Castello, situato sul Canale Navigabile, a guardia dell'Isola ove sorgeva l'antica città, fu eretto dagli Aragonesi a scopo difensivo, su una precedente fortificazione svevo-angioina. L'imponente costruzione ha subito numerosi rimaneggiamenti in epoca aragonese, spagnola, francese che hanno modificato la struttura interna del Castello, trasformato poi in caserma dopo l'Unità d'Italia.

Il Castello, tuttora, conserva la sua funzione di presidio militare, ma rappresenta anche uno dei simboli più conosciuti della città di Taranto insieme al Museo Archeologico e al Ponte Girevole. La paziente opera di restauro iniziata nei primi anni 2000, risultato della passione e dell'impegno dell'Ammiraglio Ricci, coadiuvato dall'opera di valorizzazione della Marina Militare, ha permesso

di ripristinare 9000 metri quadrati di inedite superfici che ci offrono tracce di 3000 anni di civiltà da quella magno-greca alle ultime dominazioni.

All'incontro, di notevole interesse culturale, è poi seguita la visita guidata che ha permesso ai convenuti di ammirare gli ambienti restaurati e le fortificazioni esterne del Castello che dal 2005 ha attirato più di 900.000 visitatori e per la sua valenza artistica è stato inserito dal FAI, per il 2019, tra i 10 monumenti più interessanti d'Italia.

#### **RINNOVO COMITATO DIRETTIVO PROVINCIALE:**

PRESIDENTE: dr. Giuseppe PEZZELLA  
VICE PRESIDENTE: dr. Gianfranco CANGEMI  
TESORIERE: dr. Fulvio MOTOLESE  
SEGRETARIO: dr.ssa Angela LESSANDROPEPE  
CONSIGLIERI: dr. Giuseppe VALENTI  
dr. Antonio ZINZI  
Sig.ra Anna MEDICI TAGLIENTE  
Sig.ra Cristina PRAMPOLINI  
Sig.ra Giovanna RUSSO

#### **REVISORI DEI CONTI:**

PRESIDENTE: dr. Armando ROSSITTO  
EFFETTIVO: Sig.ra Raphael Concetta  
CHIARRAPPA  
SUPPLENTE: Sig.ra Rosa CARUCCI

**Giuseppe Pezzella**

## **TERNI**

Il Presidente della Sezione Provinciale della FEDER.S.P.eV. di Terni, Dr. Sergio Gagliardo e il Consiglio Direttivo, sono vicini alla famiglia e partecipano al dolore per la scomparsa del collega Dr. Sergio Placidi, già Presidente della Sezione provinciale dell'Aquila e vice Presidente dell'Ordine dei Medici dell'Aquila, e ne ricordano la profonda umanità e gentilezza d'animo".

## **TORINO**

### **Verbale della riunione del Comitato direttivo provinciale di Torino della FEDER.S.P.eV.**

Il giorno 31/01/2019, presso la sede della FIMP, si è tenuta la riunione del Comitato direttivo provinciale anzidetto.

Erano presenti: Gariglio-Stardero; Ciancio-Sbriglio; Giammarino; Fontana-Altadonna; Bianco; Cappitelli; Sizia.

Ha esordito il Presidente, Sig.ra Gariglio-Stardero, illustrando l'ordine del giorno e sottolineando il momento difficile per il Paese e per i pensionati, sia titolari di pensione diretta ovvero di reversibilità. Tutto ciò, lungi dal suggerire rassegnazione, deve spronare tutti gli iscritti (ed ancor più i dirigenti FEDER.S.P.eV.) a moltiplicare l'impegno volto sia a diffondere le buone ragioni delle nostre rivendicazioni, sia a favorire nuove iscrizioni alla nostra Associazione, ben sapendo che il numero fa la forza.

L'intervento del Presidente ha stimolato un lungo dibattito, a cui hanno partecipato tutti i presenti, circa il modo migliore per far sentire la nostra "voce e ruolo". Si è convenuto che il modo migliore per raggiungere i nostri iscritti e coinvolgerli nelle iniziative locali sia quello di ottenere, sui circa 200 iscritti della nostra Sezione, almeno 50-100 indirizzi mail per favorire con loro un canale di comunicazione frequente e diretta. In questo modo (con la auspicabile collaborazione dell'Ordine provinciale dei medici e della nostra Segreteria nazionale) sarà possibile raggiungere una massa critica di almeno 30-40 partecipanti alle varie iniziative, in assenza dei quali anche le migliori attività promosse finirebbero per abortire.

Le attività da intraprendere sono numerose e talune di grande interesse per la nostra categoria: non solo quindi attività culturali, turistiche, conviviali, di formazione, ecc., ma anche di estrema utilità pratica quali possono essere l'informazione e l'aggiornamento su alcuni aspetti

critici per la nostra età, quali i disturbi della vista, con particolare riguardo alle varie forme di maculopatia retinica; i disturbi dell'udito ed i nuovi strumenti di correzione delle ipoacusie, nonché le principali sindromi vertiginose; la riabilitazione post-traumatica e post-infartuale; le possibili iniziative per prevenire i disturbi della memoria e del decadimento mentale; l'importanza della dieta e dell'integrazione vitaminica, nonché di una equilibrata attività motoria, per prevenire il decadimento fisico e le invalidità del sistema tendineo-muscolare e scheletrico, ecc.

Successivamente è intervenuto Carlo Sizia per illustrare le novità (tutte negative) contenute nell'ultima legge di bilancio ai danni dei pensionati in essere. In particolare per quanto riguarda sia la ridotta perequazione delle pensioni, che continuerà ancora almeno per il prossimo triennio (2019-2021), sia per quanto riguarda la reintroduzione del contributo di solidarietà che inciderà pesantemente, per il prossimo quinquennio 2019-2023, sulle pensioni lorde oltre i 100.000 €/anno.

Si tratta certamente di norme anticostituzionali, contro le quali sarà inevitabile riprendere, prossimamente, la via del contenzioso giudiziario.

Sugli aspetti previdenziali della nostra categoria è stato distribuito a tutti i presenti un documento di Carlo Sizia dal titolo "Nel 2019 la misura delle pensioni in godimento crescerà, ma di poco e non per tutti".

Unanime, da parte dei presenti, la valutazione critica sull'esperienza di Governo a guida M5S e Lega. Valutazione positiva è stata espressa circa la partecipazione del Presidente nazionale, Prof. Michele Poerio, alle trasmissioni televisive di approfondimento politico, occasione per documentare l'accanimento governativo contro i pensionati, in particolare per i titolari di pensioni medio-alte, e per dimostrare la nostra attiva presenza nel mondo socio-politico-sindacale e dei mass-media, anche se forse è mancata un po' di

lucidità e cattiveria nel rispondere alle scomposte e strumentali provocazioni dei giornalisti Paragone e Giordano, spinti solo da propri interessi politici ed editoriali.

Il Comitato provinciale, infine, ha valutato positivamente le proposte di modifica dello Statuto e del Regolamento della FEDER.S.P.eV. in corso di approvazione.

La riunione, iniziata alle ore 10,30, è terminata alle ore 12,30.

Il Segretario verbalizzatore, Carlo Sizia, in assenza della Dott.sa Giulia Brovia, indisposta.

**Teresa Stardero Gariglio**

## VARESE

### Consiglio del 27 Febbraio 2019 - Ordine dei Medici- 10,30

- 1) **La Presidente** relaziona sugli incontri di Roma. Il Presidente prof. Michele Poerio si è esposto in prima persona in trasmissioni televisive trattando temi di "pensioni, previdenza, perequazione e Ricorsi" Invita le sezioni a mobilitarsi per nuovi "Ricorsi", dando la sua disponibilità a presenziare. Per la Lombardia si organizzerà un Regionale a Milano nel mese di aprile
- 2) Viene commentato il Bilancio Consuntivo 2018 e Preventivo 2019. Approvati all'unanimità.
- 3) **Congresso Nazionale di Firenze** (28/4-1/5). Sollecitiamo numerose presenze. Si delibera di stanziare un piccolo contributo ai delegati che parteciperanno. Approvato.
- 4) **Dott. Repetto:** propone un incontro con gli studenti del Liceo Scientifico di Varese per parlare della "morte improvvisa" Verrà chiesto un appuntamento al Preside (Sergio Repetto ed Elio Battipede).
- 5) **Richiesta di collaborazione** da parte dell'Associazione (ex tribunale del malato) per dirimere le pratiche prima di inoltrarle al Medico legale.



Si preferisce avere ulteriori delucidazioni. Il Segretario chiederà un appuntamento per chiarimenti.

- 6) Per l'incontro estivo viene riproposto Colme-gna di Luno "El Camin".
- 7) Il Dott. Emilio Corbetta prenderà un appuntamento col Sindaco di Varese per discutere sulla sicurezza nei vari posti pubblici, sprovvisti di defibrillatori e personale preparato.

**Armanda Cortellezzi**

## REGIONE SICILIA

### Auguri di Pasqua



Siamo in Quaresima e, a meno di 40 giorni sarà Pasqua. Pasqua che quasi tutto il mondo "cattolico" vive con intensità e come commemorazione della passione, morte e resurrezione di Cristo. Noi della Sezione messinese FEDER.S.P.eV., ogni anno, la viviamo come occasione di riflessione ed anche come "percorso culturale" alla riscoperta delle tradizioni popolari in Sicilia. Una è la Fede, ma sono tanti i modi di festeggiarla. Ogni città e ogni paese isolano la vive come festa che inizia con i segni della passione e finisce in un tripudio di gioia. L'incontro - per Messina "a festa di spampinati" - sublimato dalla resurrezione, è reso gioioso dal volo dei colombi.

Segue sempre un percorso cerimoniale paraliturgico espressione popolare del rapporto di contaminazione delle diverse influenze culturali. Ini-

zia con i "sepolcri" e chiude con la "Pasquetta". Canti, colori, "nnacata", sono tutti segni di un forte radicamento alle tradizioni religiose che, come scrive Mario Sarica, fanno "vivere esperienze singolari... e portano in scena un teatro sacro popolare impregnato di autentica devozione". La Pasqua rivive il salutare ritorno al passato e si ripete come una festa. Saranno "varette" a Trapani, due processioni a Caltanissetta: la laica con i gruppi statuari portati in giro dalle confraternite e la strettamente religiosa con la processione del Cristo nero quasi certamente di origine bizantina. Sarà vestizione della Madonna e processione nel più assoluto silenzio e al lume delle candele ad Agrigento, maestosa e differenziata in quella dei "cavari" e quella dei "nunziatari" con la cavalcata a Ispica, doppia a Barcellona Pozzo di Gotto con l'incontro; composta e con "a 'nchianata" delle 11 maestose "barette" a Messina, con la deposizione del "Cristo snodato" a Favara e "sotto gli archi di pane" a S. Biagio Platani; come quadri del vangelo a Termini Imerese. Nel programma di quest'anno, la sezione messinese prevede la partecipazione alla manifestazione di "lu Signuri di li fasci" a Pietraperzia, un'alta croce portata in processione e gestita dai fedeli attraverso le numerosissime fasce lunghe 32 metri e legate a cerchio per devozione. Ripeteremo il rituale, ci scambieremo gli auguri, rivivremo momenti di suggestione e, soprattutto, esprimeremo con il sorriso, la gioia e la volontà di vivere il bene prezioso che, nelle sue diverse sfaccettature, è sempre amore. Vorrei vivere questo momento con tutti gli iscritti della FEDER.S.P.eV.. Non è possibile. È possibile però sentirvi vicini, unirvi tutti in un unico ideale abbraccio, scambiare gli auguri sperando che, tutti insieme, si passi la Pasqua secondo le nostre intensioni, in un clima di serenità e di tanta pace.

**Antonino Arcoraci**

# 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 CARSOLI (AQ):**

tel. 0863997961 – fax 0863909124  
e mail: [info@lesequoie.it](mailto:info@lesequoie.it) – sito: [www.lesequoie.it](http://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](http://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. Cisal codice associati: CISAL ASSOCIATI - AWD E553001 - sito web: [www.avisautonoleggio.it](http://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](http://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](http://www.assimedi.it) - E-mail: [info@assimedi.it](mailto: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](mailto:donatella.peccerillo@spininvest.com)

## **CONSULENZA PREVIDENZIALE:**

La consulenza viene effettuata il 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. 06.4402397  
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](mailto: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](mailto:federspev@tiscali.it) - [segreteria@federspev.it](mailto:segreteria@federspev.it)

**SITO INTERNET:** [www.federspev.it](http://www.federspev.it)

# AZIONE SANITARIA

**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

## FEDER.S.P.eV.

### COMITATO DIRETTIVO NAZIONALE

**Presidente:** Michele POERIO

**Vice Presidente Vicario:** Marco PERELLI ERCOLINI

**Vice Presidente:** Teresa STARDERO GARIGLIO

**Segretario:** Amilcare MANNA

**Tesoriere:** 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

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 aprile 2019

