

AZIONE SANITARIA



ORGANO DI INFORMAZIONE DEL SINDACATO DEI PENSIONATI SANITARI

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

MEDICI - VETERINARI - FARMACISTI

N° 3 - maggio-giugno 2021 • ANNO XXXVIII

"NON SOLI, MA SOLIDALI"

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



**Grande vittoria
della FEDER.S.P.eV.**

In questo numero



Grande vittoria della FEDER.S.P.eV. e piano pandemico 2021-2023 a cura di Michele Poerio	03
Lettera al <i>Generale Medico Roberto Rossetti</i>	05
Rinnovi imminenti dei contratti pubblici, ma non per tutti a cura di Michele Poerio	06
La tassa sulla vedovanza. Che vigliaccata! a cura di Marco Perelli Ercolini	08
Covid-19 ovvero il virus astuto a cura di Nicola Simonetti	13
A proposito della "lettera aperta" del professore Arcoraci a cura di Leonardo Petroni	15
Ambulatorio solidale a cura di Natale Saccà	16
Ciclismo ed anzianità. Perché ad una certa età è utile la pedalata assistita a cura di Pier Roberto Dal Monte	18
Testimone di cambiamenti epocali a cura di Giancarlo Tavasani	22
Per una FEDER.S.P.eV. che si rinnova... gli Associati consigliano... a cura di Antonino Arcoraci	34
La parola del signor Sindaco a cura di Gianbattista Ceresa	37
Saper invecchiare a cura di Andrea Dal Bo Zanon e Giovanni Brigato	40
Un intervento chirurgico riuscito a cura di Cesare Puricelli	42
Ricordo del dr. Luigi Scavuzzo a cura di Salvatore D'Alcamo	44
Il consiglio del Notaio a cura di Chiarastella Massari	45
RUBRICHE	
Rosso & Nero / IL BLOG a cura di Rory Previti	46
L'arte del mal sottile a cura di Antonio Di Gregorio	48
Storia della medicina a cura di Antonio Di Gregorio	50
La senescenza tra massime, aforismi ... a favore e contro a cura di Antonino Arcoraci	51
Nati per scrivere	52
Puntualizzazione	52
Lettera al giornale	53
Lettere al Presidente	54
Vita delle Sezioni	55

Grande vittoria della FEDER.S.P.eV. e piano pandemico 2021-2023

a cura di MICHELE POERIO
Presidente nazionale FEDER.S.P.eV.
e Segretario generale CONFEDIR



C'è voluta una sentenza del TAR Lazio per far conoscere agli italiani il Piano Pandemico 2021-23 e c'è voluta una diffida legale della FEDER.S.P.eV. per **impedire la selezione dei pazienti** per l'accesso alle terapie intensive proposta dalla SIAARTI (Società Italiana Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva) assieme ad altri soggetti (ugualmente diffidati), rimandando tutta la tematica alle riflessioni formulate dal Comitato Nazionale di Bioetica presieduto dal Prof. Lorenzo d'Avack, che peraltro a suo tempo, aveva espresso parere contrario all'iniziativa della SIAARTI.

È d'uopo, a questo punto, un breve riassunto delle puntate precedenti.

La SIAARTI che non rappresenta tutti gli anestesisti e tanto meno tutti i medici intensivisti, il 6/3/2020 ha formulato una serie di raccomandazioni scritte in cui si arrivava ad ipotizzare che, nell'eventuale carenza di risorse da dedicare alle cure, si potesse effettuare una selezione dei pazienti, sulla base di una valutazione costi/benefici, di fatto considerando i malati over ottanta e con pluripatologie come persone da affidare solo alla "terapia palliativa".

Una proposta contraria sia all'etica medica che alla sostanza ed allo spirito della Costituzione.

Nel maggio 2020 veniva istituita una Commissione mista FNOMCeO-SIAARTI al fine di ottimizzare il documento stesso, peraltro mantenendone la sostanza: *la selezione dei pazienti da*

trattare in presenza di emergenze critiche del SSN, come quelle pandemiche tipo Covid-19 sul piano strutturale (organizzativo, strumentale, medico-infermieristico).

Un testo che, a nostro avviso, contrasta con il codice deontologico medico e con i principi costituzionali. La spiegazione fornita dalla SIAARTI e dalla FNOMCeO alla bozza in questione è stata che, da sempre, il paziente che arriva in pronto soccorso o in una rianimazione viene classificato con un codice di gravità (score APACHE, colori vari, Indici di Charlson e Elixhauser...) tuttavia una cosa è identificare la gravità del paziente e assegnare una priorità, altra cosa è utilizzare un sistema di questo tipo per arrivare a negare a qualcuno le cure necessarie anche in tempi di Covid-19.

Il documento, quindi, veniva inviato all'Istituto Superiore di Sanità (ISS) che il 9/7/2020 ha invitato i presidenti della SIAARTI e della Società Italiana di Medicina Legale e Assicurazioni (SIMLA) a redigere una bozza finale di documento.

L'11/11/2020 è stata proposta dall'ISS una consultazione pubblica sul tema **dalla quale la FEDER.S.P.eV., che aveva richiesto di partecipare, è stata inopinatamente esclusa.**

Non appena il testo del documento è arrivato a nostra conoscenza ci siamo attivati per cercare di impedirne l'adozione con richieste formali indirizzate al Ministro della Salute, all'ISS, al Presidente della FNOMCeO e ai vari Presidenti delle società scientifiche interessate ribadendo ancora

una volta che una cosa è classificare un paziente sulla base di parametri oggettivi e altra cosa è utilizzare questa classificazione per negare ad un malato un trattamento efficace e serio, indirizzandolo, invece, su di una terapia palliativa.

Il legislatore, in 20 anni, non è stato in grado di varare una legge sul “fine vita” (**nonostante le indicazioni della Corte Costituzionale**) e oggi, questo documento, vorrebbe invece assegnare al medico di turno (magari in piena notte dopo una giornata di lavoro stressante!) la decisione relativa a chi trattare giustificandola sulla presenza di “carenze strutturali”?

Purtroppo la vexata quaestio ha avuto un seguito. Nella bozza del nuovo Piano Pandemico 2021-23, redatta dal Ministero della Salute, compare un’analoga proposta di selezione di pazienti: *“quando la scarsità rende le risorse insufficienti rispetto alla necessità allora i principi di etica (sic! Ndr) possono consentire di allocare risorse scarse in modo da fornire i trattamenti necessari preferibilmente a quei pazienti che hanno maggiori probabilità di trarne benefici”*.

Siamo stati costretti, quindi, a diffidare legalmente (oltre che tutte le Istituzioni precedentemente citate) anche il Presidente della Conferenza Stato-Regioni che doveva dare il via libera al Piano Pandemico 2021-23.

Un documento che arriva dopo le polemiche dei mesi scorsi sul mancato rinnovo del Piano Pandemico del 2006 e anche dopo un’indagine della Procura di Bergamo a seguito di alcune mail dalle quali emergerebbe il tentativo di modifica della data del Piano del 2006 al fine di farlo passare come una versione aggiornata.

La nostra vittoria è stata la cancellazione dal Piano Pandemico della frase che aveva determinato le nostre vibrante proteste **“.....se le risorse sono scarse, privilegiare i pazienti che possono trarne maggior beneficio”**. A questa demenziale proposta qualcuno ha replicato “se ci sono poche risorse e bisogna scegliere chi curare sarebbe più semplice utilizzare il MES. Ci vuole tanto a capirlo?”

La nostra risposta, tramite la diffida, è stata molto più articolata e complessa.

Ma a parte questa vittoria della deontologia medica, dell’etica, dei principi costituzionali in materia, il nuovo Piano Pandemico si è rivelato profondamente deludente (forse per questo il Ministro della Salute lo teneva ben chiuso nel cassetto della sua scrivania e c’è voluta una sentenza del TAR per renderlo pubblico).

Prevede, infatti, scorte di dispositivi di protezione individuale (mascherine, camici, ecc.) per la tutela del personale sanitario che ha subito, a causa della loro iniziale carenza, gravissimi danni (sono circa, ad oggi, 350 i morti solo fra i medici), aumento dei posti letto in terapia intensiva e sub-intensiva (ma non sono previsti aumenti dei posti letto in generale – in Italia il numero dei posti letto ogni mille abitanti è il più basso in Europa), specifici corsi di formazione, scorte di farmaci antivirali, e di vaccini antiinfluenzali. Manca, però, un preciso piano tamponi la cui iniziale scarsità ha compromesso la identificazione dei contagi finendo per ostacolare gli sforzi volti a tracciare e contenere la diffusione del virus soprattutto in Lombardia, Piemonte, Emilia Romagna e Toscana (vedi fallimento totale della app. Immuni).

Mancano, inoltre, dati per valutare l’efficacia degli interventi in importantissimi settori specifici come la scuola, i luoghi di lavoro, i trasporti, la medicina territoriale.

Non è ancora molto chiaro il concetto che contro pandemie virali e non solo, la sorveglianza epidemiologica è l’unica arma valida per contenere gli agenti infettanti senza lunghi e ripetuti lockdown. Questo piano, in buona sostanza, non è adeguato a combattere virus del tipo Covid-19 che va assolutamente e preventivamente bloccato sul territorio con il potenziamento della medicina territoriale. Mi auguro che il nuovo governo presieduto dal Prof. Mario Draghi operi in tal senso soprattutto per utilizzare al meglio i fondi previsti per la Sanità dal Recovery Fund e anche, in parte o in toto, dal MES.

Continuiamo nella difesa dei pensionati...

lettera al *Generale Medico, Roberto Rossetti*



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 – e mail: federspev@tiscali.it

Prot. 13032

Roma 19 aprile 2021

Ill.mo Signor
Brig.Gen. Medico Roberto Rossetti
sede

Ill.mo Brig. Gen. Medico Roberto Rossetti,

a seguito del nostro incontro di mercoledì 13 aprile u.s. (su input del Generale Figliuolo) e di una rapida ricognizione fra i presidenti provinciali e regionali della FEDER.S.P.eV. Le sintetizzo in una frase la reazione di molti dei nostri medici pensionati “se devo pagare per lavorare preferisco farlo gratuitamente o non farlo”.

Il Governo Conte 2 nel Decreto “Cura Italia” ha inserito una deroga che permette ai medici pensionati che rientrano in servizio di cumulare la pensione con l’emolumento erogato dal contratto co.co.co.

Il 12 marzo (un giorno prima della fiducia al Governo Draghi) viene inserito nella legge di conversione del Decreto stesso (legge 29 art. 3 bis) un emendamento che annulla la deroga per cui i medici pensionati si ritrovano con la pensione “congelata”, con una perdita di 1.000-1.500 euro mensili.

Molti pensionati hanno continuato nell’incarico preferendo svolgerlo a titolo gratuito (Sicilia, Calabria, Piemonte e altre regioni) altri, amareggiati per come vengono trattati da una “certa” politica, vi hanno rinunciato.

Ci rendiamo conto della gravità del momento e personalmente ho espresso la mia disponibilità come medico vaccinatore.

Gli specializzandi, però, vengono **giustamente** retribuiti a parte per questa attività, così come vengono retribuiti a parte i medici di famiglia, i farmacisti, gli specialisti ambulatoriali, i pediatri di libera scelta, gli odontoiatri, i medici di continuità assistenziale, dell’emergenza territoriale, della medicina dei servizi ed ora anche i biologi.

Perché questo trattamento di “favore” per i medici pensionati che rischiano molto di più a causa dell’età avanzata?

Non è una questione di soldi ma di dignità tant’è che da moltissimi anni la FEDER.S.P.eV. ha costituito in varie regioni italiane una serie di ambulatori solidali a favore dei pazienti più bisognosi in collaborazione con la Croce Rossa Italiana, l’AVIS e le ASL, ambulatori che, purtroppo, causa Covid, abbiamo dovuto sospendere e che riprenderemo non appena la situazione pandemica lo consentirà.

Comunque molti medici pensionati, non solo della FEDER.S.P.eV. continuano la loro attività di vaccinatori ma la nostra Associazione non può non stigmatizzare tali “discriminanti” atteggiamenti della politica, per cui abbiamo chiesto e continueremo a chiedere l’immediata abrogazione dell’Art. 3 bis della legge 29/2021.

Cordiali saluti.

Prof. Michele Poerio
Michele Poerio

Le osservazioni della Feder.S.P.eV. sono state recepite dagli Organi competenti e sono in corso le correzioni.



Roma, 20 aprile 2021

RINNOVI IMMINENTI DEI CONTRATTI PUBBLICI, MA NON PER TUTTI

La CONFEDIR, unica tra le Confederazioni rappresentative della dirigenza pubblica, a chiedere prioritariamente il rinnovo del contratto della dirigenza sanitaria. NO a pretestuosi rinvii

Il Ministro Brunetta ha firmato l'atto di indirizzo che permetterà il rinnovo del contratto collettivo per il personale del comparto delle funzioni centrali, ministeri, agenzie, enti pubblici. La **CONFEDIR** accoglie con soddisfazione l'iniziativa del Ministro, che ha confermato le sue dichiarazioni, al quale ci eravamo appellati in tal senso anche venerdì scorso.

La soddisfazione però è parziale, perché i rinnovi non saranno contestuali per tutte le categorie di personale pubblico, ma solo per alcune, grandi escluse dal rinnovo le aree dirigenziali che comprendono anche, val la pena ricordare, medici, dirigenti delle scuole, degli enti locali. Il personale che in questi mesi è stato in prima linea nella lotta al COVID 19, alcuni, i medici, fedeli al giuramento di Ippocrate, che hanno combattuto a mani nude contro un nemico invisibile, sconosciuto, sacrificando in alcuni casi la propria vita per salvare quella dei pazienti, altri, invece, fedeli allo Stato, che in

prima linea per mesi hanno cercato di riorganizzare il lavoro, la scuola, presenti in ufficio, rinunciando spesso al lavoro agile, per capire come garantire i servizi e la salute dei propri collaboratori con nuove modalità organizzative, con nuovi processi.

Per questi ultimi l'accordo siglato in Aran il 15 aprile prevede un rinvio della definizione della composizione delle aree dirigenziali, definizione questa propedeutica per i rinnovi contrattuali.

Le trattative si sono protratte per ben due anni, elemento ostativo il comma 687 della legge n. 145/2018 che colloca il personale dirigenziale PTA (dirigenza professionale, tecnica ed amministrativa del SSN) nell'Area Sanità. Tale collocazione è, altresì, ribadita nell'atto di indirizzo per l'accordo quadro.

Nel corso del biennio alcune organizzazioni sindacali hanno inutilmente fino ad ora cercato di far emendare il comma 687, adducendo come motivazione l'intervento del legislatore in mate-

ria contrattuale. Purtroppo non è la prima volta che accade, ma ciò non giustifica ben 24 mesi di stallo delle trattative in attesa che alcune organizzazioni sindacali riescano a far emendare in Parlamento una norma. Con l'accordo del 15 aprile si avrà, dunque, un ulteriore rinvio dell'accordo per le aree dirigenziali.

Le ragioni sostanziali perché tale personale debba essere ricompreso nell'Area Sanità le abbiamo esplicitate in una dichiarazione a verbale indirizzata all'Aran e alle Confederazioni presenti al tavolo, dichiarazione che abbiamo resa pubblica per evitare inutili strumentalizzazioni della nostra scelta.

Capiamo le ragioni del sì all'accordo di diverse Parti, che di fronte alla possibilità di un rinnovo dei contratti del comparto funzioni centrali, per senso di responsabilità hanno dovuto siglare l'accordo, meno comprendiamo le ragioni di chi rappresenta la sola dirigenza pubblica.

Il nostro NO all'accordo ed al rinvio non è in questo caso espressione di un potere di interdizione, come li definisce Sabino Cassese in un suo editoriale pubblicato dal Corriere della Sera il 31 marzo, anzi il contrario.

Il nostro NO è non solo al rinvio, ma anche a delle vecchie prassi che è necessario superare.

In questo momento più che mai occorre una presa di posizione unanime perché il rinnovo dei contratti fosse contestuale per tutto il personale del pubblico impiego, perché le Regioni emanassero gli atti di indirizzo di competenza contestualmente a quello del Ministro della Pubblica Amministrazione, così consentendo alle ooss della dirigenza di contrattare su alcune materie quali relazioni sindacali, lavoro agile, progressioni di carriera, fondi integrativi, discipline trasversali che rischiano di dover semplicemente, supinamente, recepire dai contratti del comparto. In realtà siamo, altresì, fermamente convinti che alcuni istituti sarebbe stato opportuno

disciplinarli in un accordo quadro. Siamo, infatti, convinti che i processi decisionali inclusivi siano i migliori.

La CONFEDIR, dunque, è per i cambiamenti non per l'inerzia, anche nelle relazioni sindacali.

Siamo fermamente convinti che l'esperienza della pandemia da COVID 19 imponga importanti innovazioni nella Pubblica Amministrazione, che deve essere il catalizzatore della ripresa del nostro Paese e del Recovery Plan.

I prossimi rinnovi contrattuali ed accordi quadri debbono essere anch'essi affrontati in un'ottica di cambiamenti ed innovazioni, adeguati al tempo che stiamo vivendo ed alle dinamiche in corso.

Siamo, dunque, per i cambiamenti, sono trascorsi quasi venti anni dall'istituzione dell'ARAN (Agenzia per la rappresentanza Negoziabile delle Pubbliche Amministrazioni con il D.Lgs. 29/1993) e la Pubblica Amministrazione non è più la stessa. Cambiare significa anche raccogliere le sfide che questo tempo ci lancia, che l'emergenza ci impone, sfide che possono trasformarsi in opportunità. Siamo convinti che la nostra Pubblica Amministrazione, la nostra classe dirigenziale pubblica è pronta per le sfide future anche i sindacati lo devono essere al fine di essere riconosciuti, non come titolari di interdizione, ma titolari di un dialogo costruttivo per la crescita del Paese e la sua democrazia.


Prof. Michele Poerio

Segretario Generale CONFEDIR
Presidente FEDERS.P.eV.

Via Ezio 24 – 00192 Roma
Tel. 06/77204826 – Fax 06/3224383
web www.confedir.it –
email info@confedir.it – confedir@pec.it

La tassa sulla vedovanza. Che vigliaccata!

a cura di Marco Perelli Ercolini

La «reversibilità» è una prestazione economica di tipo previdenziale (non assistenziale!!!) erogata dall'ente previdenziale preposto, che spetta ad alcuni parenti di lavoratori/trici dipendenti e autonomi/e o di pensionati/e che sono deceduti/e con posizione previdenziale in diritto acquisito o titolari di pensione; nel caso Inps è secondaria a una contribuzione specifica da parte del lavoratore/ratrice durante la vita lavorativa (contributo IVS - invalidità, vecchiaia, superstiti).

Venne istituita nel 1939 (Regio decreto 14 aprile 1939 n. 636 convertito in Legge 6 luglio 1939, n. 1272) a tutela delle donne che, non avendo una pensione propria, alla morte del coniuge restavano prive di un reddito minimo.

Riconosciuta ai figli minori e studenti, in seguito venne estesa anche all'uomo.

Il primo ente che introdusse la reversibilità anche al vedovo per morte della moglie medico fu l'Enpam (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza dei Medici) che tra l'altro conserva la reversibilità dei coniugi al 70% (senza alcun taglio), mentre l'Inps e altri enti riconoscono il 60% al coniuge solo.

Con la riforma Dini del 1995 venne tagliata agganciandola al reddito del coniuge superstite come se fosse una forma assistenziale.

LEGGE 335/1995

articolo 1 comma 41

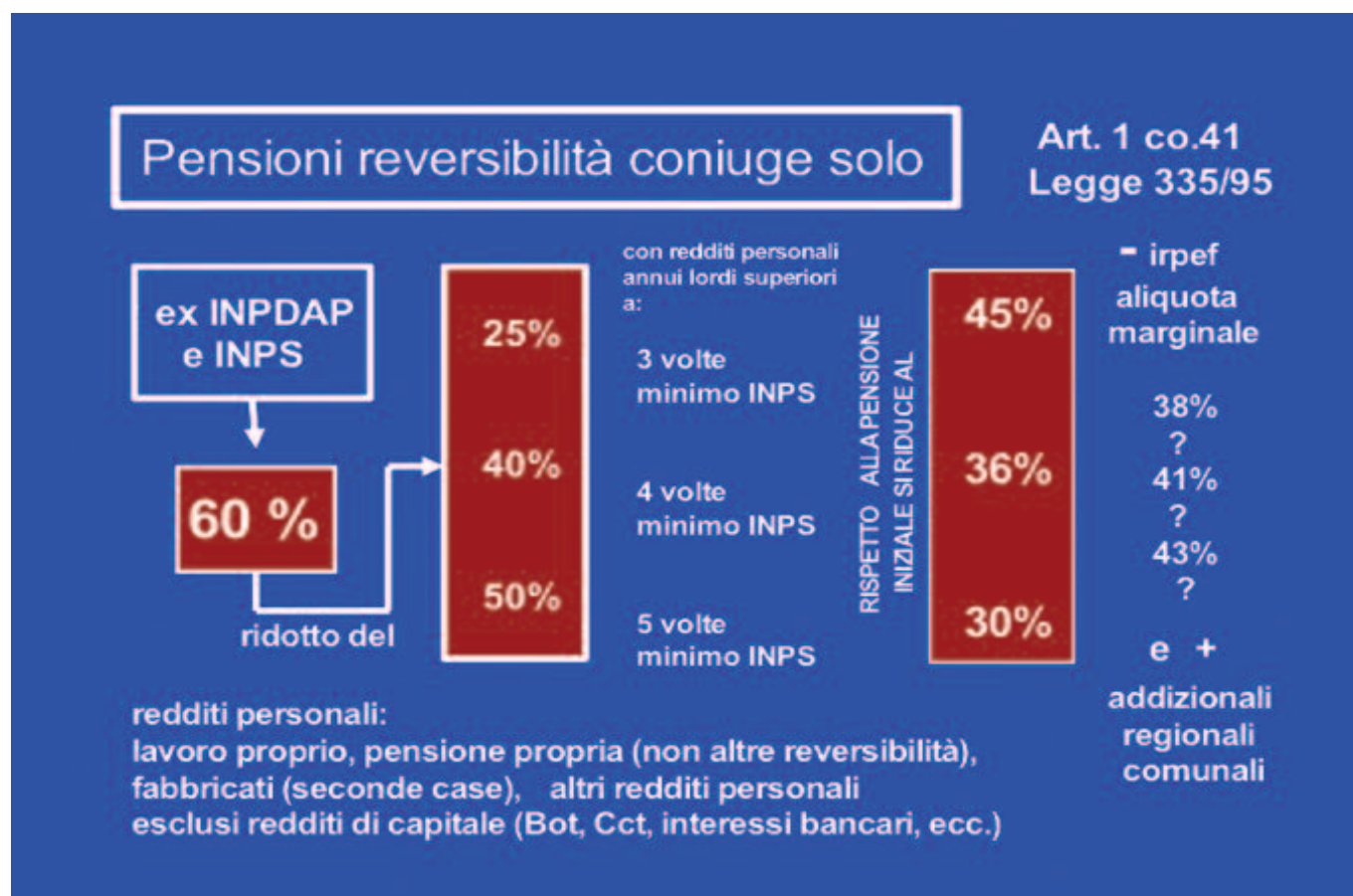
La disciplina del trattamento pensionistico a favore dei superstiti di assicurato e pensionato vigente nell'ambito del regime dell'assicurazione generale obbligatoria è estesa a tutte le forme esclusive o sostitutive di detto regime. In caso di presenza di soli figli di minore età, studenti, ovvero inabili, l'aliquota percentuale della pensione è elevata al 70 per cento limitatamente alle pensioni ai superstiti aventi decorrenza dalla data di entrata in vigore della presente legge. Gli importi dei trattamenti pensionistici ai superstiti sono cumulabili con i redditi del beneficiario, nei limiti di cui all'allegata tabella F. Il trattamento derivante dal cumulo dei redditi di cui al presente comma con la pensione ai superstiti ridotta non può essere comunque inferiore a quello che spetterebbe allo stesso soggetto qualora il reddito risultasse pari al limite massimo delle fasce immediatamente precedenti quella nella quale il reddito posseduto si colloca. I limiti di cumulabilità non si applicano qualora il beneficiario faccia parte di un nucleo familiare con figli di minore età, studenti ovvero inabili, individuati secondo la disciplina di cui al primo periodo del presente comma. Sono fatti salvi i trattamenti previdenziali più favorevoli in godimento alla data di entrata in vigore della presente legge con riassorbimento sui futuri miglioramenti.

Legge 335/1995 - Tabella F relativa ai cumuli tra trattamenti pensionistici ai superstiti e redditi del beneficiario

Reddito superiore a 3 volte il trattamento minimo annuo del fondo pensioni lavoratori dipendenti, calcolato in misura pari a 13 volte l'importo in vigore al 1° gennaio	Percentuale di cumulabilità: 75 per cento del trattamento di reversibilità
Reddito superiore a 4 volte il trattamento minimo annuo del fondo pensioni lavoratori dipendenti, calcolato in misura pari a 13 volte l'importo in vigore al 1° gennaio	Percentuale di cumulabilità: 60 per cento del trattamento di reversibilità
Reddito superiore a 5 volte il trattamento minimo annuo del fondo pensioni lavoratori dipendenti, calcolato in misura pari a 13 volte l'importo in vigore al 1° gennaio	Percentuale di cumulabilità: 50 per cento del trattamento di reversibilità

Trattamento minimo per l'anno 2020 e 2021 pari a € 515,58 - nessun taglio ex lege 335/95 se la reversibilità non supera € 20.107,62 annui

Con questi tagli la prestazione viene così ridotta:



Una miseria...ma non basta, perché assommata ai redditi del coniuge superstite, verrà fiscalmente assoggettata al prelievo IRPEF in base all'aliquota marginale del 38, 41, 43% e all'addizionale regionale e comunale!!! ... rimarrà un pugno di mosche, un 18%? o forse anche meno, un 16%? un 15 dell'iniziale? ... altro che il 60% contrattuale del trattamento del de cuius, per cui si versano i contributi!!!... in un periodo triste della vita, improvvisamente, venendo meno una delle due pensioni, il coniuge superstite avrà anche uno squasso economico: due pensioni che negli anni hanno perso il loro originario potere d'acquisto (le pensioni purtroppo sono un debito di valuta e non di valore! e negli anni si svalutano) erano appena sufficienti per una vita decorosa dopo una vita lavorativa, ma venendo meno uno dei due trattamenti, ridotto quasi a zero, può portare a uno stato di povertà in situazioni di vita che per l'età comportano invece molte più spese per medicine, dottori e assistenza alla persona, mancando un vero sociale pubblico, solo in parte supportato dal volontariato, non certamente sufficiente e soverchiato troppo spesso dalle tante altre realtà per lo più fortemente speculative.

Bontà del legislatore, i tagli non si applicano se vi sono figli minori, studenti o inabili....

Infatti, in caso di figli con diritto alla prestazione indiretta o di reversibilità, la pensione (Inps o ex Inpdap) del coniuge superstite non verrà agganciata e decurtata secondo il reddito per tutto il periodo della prestazione agli orfani secondo la legge Dini (*legge 335/1995 art. 1 comma 41 - I limiti di cumulabilità non si applicano qualora il beneficiario faccia parte di un nucleo familiare con figli di minore età, studenti ovvero inabili, individuati secondo la disciplina di cui al primo periodo del presente comma*). Il trattamento continua sino al termine del ciclo degli studi e comunque non oltre il compimento del 21esimo anno di età se l'orfano frequenta una scuola media superiore

o professionale e sino al 26esimo anno di età per gli studenti universitari in corso legale di studi (Università statali, Università libere, Accademie di Belle Arti, Istituti statali superiori di educazione fisica cioè i cd. ISEF, Facoltà di teologia, Scuole di perfezionamento o di specializzazione per laureati, annesse alle facoltà universitarie e Conservatori di musica, questi ultimi a decorrere dall'anno accademico 2005/2006), nonché ai figli maggiorenni inabili a carico del defunto.

Per conseguire il diritto all'assegno, al momento del decesso del genitore pensionato o lavoratore, i figli non devono prestare alcuna attività lavorativa e devono risultare a carico del genitore lavoratore/trice o pensionato/a, circostanza che si verifica quando il loro reddito non è superiore al trattamento minimo Inps maggiorato del 30%. In particolare, in caso di figli studenti il decesso del genitore lavoratore/trice o pensionato/a deve essere avvenuto nel periodo di iscrizione del figlio ad uno degli anni accademici che costituiscono il corso legale di laurea o dei corsi di specializzazione. Se, pertanto, il pensionato/ta è deceduto/a in un periodo fuori dal corso legale degli studi nessuna prestazione potrà essere erogata nei confronti del figlio, anche se questo si iscriva successivamente nel corso regolare.

Il percettore delle reversibilità deve stare inoltre molto attento anche al proprio reddito personale. La percezione di un reddito annuo (attenzione: i redditi vanno anno per anno) al di sopra di tre volte il minimo INPS espone infatti il coniuge superstite solo (senza figli a carico) all'indebito pensionistico: **“incumulabilità con redditi prevista dall'articolo 1, comma 41 della legge 335/1995 per le pensioni di reversibilità”** e la legge impone all'ente previdenziale di esigere la restituzione (ufficialmente si dice «ripetere») di quanto indebitamente corrisposto. Il pagamento di quanto richiesto comporta l'accettazione dello stesso e successivamente risulterà più difficoltoso riuscire ad otte-

nerne l'annullamento. In caso di errore di calcolo dell'ente è possibile il ricorso amministrativo che deve essere effettuato entro 90 giorni dalla data del ricevimento della comunicazione di indebito. È possibile richiedere una rateazione dell'indebito che può avvenire sia con bollettini postali oppure con una trattenuta mensile sulla pensione.

Insomma una prestazione pagata con fior di contributi durante la vita lavorativa non solo viene quasi cancellata ma è anche un incubo che amareggia la vita.

C'è poi da chiedersi come mai sono rimaste aperte invece altre porte, anzi da chiuse le hanno aperte: le coppie che hanno costituito l'unione civile hanno

diritto alla pensione di reversibilità dopo la morte del partner (legge Cirinnà - Inps messaggio 5171/2016), non esiste più per il diritto alla reversibilità il requisito di un numero minimo di anni di matrimonio, è stata cancellata anche la causa ostativa della differenza d'età tra i due coniugi (matrimoni di comodo, sul letto di morte...): *“ogni limitazione del diritto alla pensione di reversibilità deve rispettare i principi di eguaglianza, ragionevolezza, nonché il principio di solidarietà che è alla base del trattamento pensionistico in esame”* (nella fattispecie pensioni di reversibilità dirette e indirette) !?!?...), belle parole tirate nel senso opportunistico che interessa la parte pubblica!!!

INPS - TEMPI PER LA CONCLUSIONE DEL PROVVEDIMENTO		
PRESTAZIONE	TERMINE	DATA INIZIO
Pensione ai superstiti (reversibilità diretta)	50 giorni	Data di ricevimento della domanda completa di tutta la documentazione
Pensione ai superstiti (reversibilità diretta) in cumulo e totalizzazione nazionale	50 giorni	
Pensione ai superstiti (indiretta)	55 giorni	
Pensione ai superstiti (indiretta) in cumulo e totalizzazione nazionale	90 giorni	

Regolamento per la definizione dei termini di conclusione dei procedimenti amministrativi dell'Inps ex art. 2 della legge 7 agosto 1990 numero 241 - deliberato nella seduta del 21 dicembre 2020 (deliberazione 111)

Ma la scure permane e grande è sempre la rabbia ... e sono passati oltre 25 anni ... ma i tagli continuano a colpire; grandi vittime sono soprattutto le donne che hanno portato avanti il ménage familiare (ora riconosciuto come vero e proprio lavoro) e, nel contempo, esercitato una attività lavorativa, insomma due lavori.

Una scure impietosa che dà diritto al coniuge superstite soltanto a una misera reversibilità, per tagli su tagli ridotta a poche monetine, coniuge superstite «reo» di godere di una pensione personale e di risparmi sudati col lavoro di tutta una vita per

la quale ha versato fior di contributi a valore corrente e pagato allo Stato tasse su tasse e, se donna, appunto col doppio lavoro di sposa madre e lavoratrice. È poi psicologicamente stridente il fatto che in genere nessun taglio, se non hanno beni propri, colpisce quelle vedove che rimaste a casa a curare il ménage familiare, non avendo lavorato, non hanno una pensione propria ...

Lo Stato ha avuto bisogno di soldi e ha tagliato la vedovanza, ma non sarebbe stato più logico e moralmente onesto colpire gli evasori? Basta infierire sempre sui pensionati, su chi ha

sempre servito con lealtà il suo Paese pagando fior di tasse e contributi previdenziali per una tranquillità nel postlaborativo! Ma ..., dimenticavo ..., ormai vige la regola **«balzelli sugli onesti e occhi chiusi sugli evasori!»**.

Dunque di fronte a questa odiosa ingiustizia sociale sarebbe veramente lecita una revisione della legge Dini, chiedendo che i tagli non siano così feroci ... verso una categoria che ormai non ha più la voce per gridare contro questa vergogna e, perché no, una defiscalizzazione della reversibilità come per le pensioni ai familiari delle vittime del dovere.

ATTENZIONE

La pensione di reversibilità non solo costa all'ente previdenziale un 40% in meno di quella del de cuius, ma dà all'erario molto di più essendo totalmente soggetta alla trattenuta fiscale in base alla aliquota marginale.

E a chi si trincea dicendo che **«si avrebbe un costo»** si può anche rispondere che il sacrificio Covid degli anziani porta a una minore spesa previdenziale stimata in miliardi di euro, ben documentata in uno studio di Brambilla e di Mundo pubblicato anche sul Corriere della sera: ... *l'elevato numero di decessi nel 2020 provocato da SARS-CoV-2 tra gli over 65 avrebbe (tristemente) alleggerito – al netto delle reversibilità – il bilancio INPS di circa 11,9 miliardi di euro per il decennio 2020-2029; a queste minori spese (risparmi nelle uscite per prestazioni) si devono aggiungere quelle relative al 2021 ...*

E si potrebbe anche dire **«basta fare l'assistenza coi soldi della previdenza...»**, assistenza giusta e doverosa, ma coi soldi della fiscalità generale perché tutti, dico e ripeto **«tutti»**, debbono concorrere secondo il proprio reddito.



Covid-19 ovvero il virus astuto

a cura di Nicola Simonetti

La sua peculiarità è voler vivere al meglio, è un virus egoista, parassita per antonomasia che sfrutta altri esseri, dall'animale all'uomo, pur di riprodursi senza limiti e decenza e gozzovigliare senza impegnarsi troppo. Parassita senza decenza né scrupolo.

Egli si è “confezionato” uno scafandro (capside) tessuto con materiale grasso, trigliceridi, e vi si è messo dentro acquisendo protezione che antibiotici e comuni disinfettanti attuali scalfiscono poco.

L'astuzia del virus è dimostrata, anzitutto, dalla scelta del “tessuto” che egli ha scelto per confezionarsi lo scafandro. Non un trigliceride qualunque ma, tra i possibili saturi, monoinsaturi o poliinsaturi, egli ha acquistato quelli più duri, il saturo (palmitico e miristico) la cui molecola è coriacea e non teme temperature elevate o basse e tollera alcune ore di permanenza nell'ambiente esterno. Il furbo ha anche architettato un sistema perverso per assicurarsi vitto e convitto. Il fregato non glieli assicurerebbero a dovere. E, così, ha scelto i polmoni dove egli giunge con tutta facilità mescolandosi all'aria inspirata dalla vittima di turno. Quivi giunto, il **Sars-CoV-2 (così il virus è stato “battezzato” dall'OMS, il 12 febbraio 2019)** si agghinda, assume atteggiamenti che affascinano e conquista” i favori del tessuto che lo ospita. Ma, presto, esso si muta in severo orco perché costringe la sedotta mucosa polmonare a lavoro supplementare: produrre trigliceridi per rimpiazzare quelli che lo scafandro protettivo “brucia” di continuo. Ma neanche questo lo soddisfa poiché, in situ polmonare, è presente un naturale meccanismo di difesa che, quando sente vede trigliceridi, si adopera per demolirli e, ovviamente, lo farebbe anche per lo scafandro vi-

rale. In tal modo, il “parassita” si troverebbe, in men che non si dica, senza scafandro e sarebbe perduto se egli non costringesse l'amante a bloccare questo sistema brucia trigliceridi. A mal partito, allora, si viene a trovare tutta la struttura broncopolmonare esposta a tanto grasso improprio il quale, non più disturbato dal controllo fisiologico sciogli-grassi e tutela-polmoni, si espande, “unge” la rete di microalveoli ed è subito infiammazione diffusa, incredibile, nella quale il virus guazza, fornicia, si moltiplica mentre si instaura un circolo vizioso: virus che “ordina” al polmone di fabbricare sempre più trigliceridi e di trattenerli e non demolirli (eliminarli), polmone che si “infiamma”, virus che vive ed impera. Ed è subito polmonite interstiziale diffusa, quella, appunto, che si instaura nel contagiato dal coronavirus del Covid-19. Questi polmoni diventano sempre più incapaci di respirare adeguatamente per assicurare ossigenazione al circolo ematico e, quindi, ai vari organi del corpo. E, in molti casi, purtroppo, si assiste ad una specie di “annegamento” dei polmoni in una piscina di materiale oleoso.

Siamo tutti, purtroppo, testimoni quasi impotenti di tanto scempio di polmoni e vite umane indotto da minuscoli virus il cui diametro può andare da 60 nanometri (nm) ad un massimo di 140 nanometri (nm) e, cioè, circa 600 volte più piccolo del diametro di un capello umano. Un nanometro misura un milionesimo di metro, pari ad un milionesimo di millimetro.

Permettetemi, a questo punto, una digressione: le mascherine consigliate-imposte per difenderci dal contagio, per minimizzare il rischio di esposizione, devono tener conto di tali dimensioni ed essere non filtranti per “cose” del diametro uguale od inferiore a tali dimensioni.

Per esempio, le goccioline respiratorie sono in genere 5-10 micrometri (μm) di lunghezza; quindi,

può essere arguito che può contagiarsi una persona che ingerisce, inala il virus SARS-CoV-2 che le goccioline respiratorie possono veicolare in numero di centinaia o a migliaia. La mascherina adeguata e ben adoperata lo impedisce perché la sua trama non permette ai virus di entrare nell'organismo evitando il contagio.

Il prof. Cesare Sirtori, professore emerito da quest'anno, farmacologo clinico, esperto di lipidi e arteriosclerosi, già professore ordinario di chemioterapia e farmacologia clinica, facoltà di farmacia dell'università di Milano, ha dedicato un intero capitolo al libro "L'inventore di molecole – una vita di corsa e di ricerche" (Coiro ed., pag. 160 euro 16) per spiegare queste peculiarità del Covid-19 e dell'"ingordo" coronavirus che ne è alla base.

Egli spiega come intervenga il "grave danno al polmone, organo con una struttura alveolare, a tralci sottili, per consentire un ottimale passaggio di aria. Se vi arrivano dei grassi – dice Sirtori – si avvia subito un processo infiammatorio con evoluzione molto temibile. Non è una novità in campo medico. Ogni anno, centinaia di bambini vanno incontro a una polmonite "lipoidea": si tratta di piccoli che prendono uno sciroppo (spesso di materiale oleoso!) e lo mandano di traverso facendogli raggiungere le vie aeree. Fortunatamente essi riescono ad eliminare gran parte di questo materiale in un tempo relativamente veloce; alcuni richiedono una breve ospedalizzazione. Il caso è ben diverso per Covid-19: il virus stimola il polmone di continuo a produrre grasso e quello prodotto non viene eliminato. L'infiammazione persiste, e, in un certo numero di casi sfortunati può portare a morte... Esistono sostanze farmacologiche che possono, da un lato, ridurre la sintesi dei trigliceridi polmonari e, dall'altro, aumentarne la demolizione?"

Il luminare dell'università statale milanese risponde "gli israeliani hanno trovato il farmaco giusto. Si tratta del fenofibrato, un farmaco di uso comune nelle ipergliceridemie... dove appunto i trigliceridi, di solito 150 mg/dl nel sangue, sal-

gono a 450-500 ml/dl e più. Il fenofibrato è molto efficace e, spesso, ma non sempre, normalizza i dati... gli israeliani hanno dimostrato che... se si aggiunge fenofibrato, questi grassi si riducono fino a scomparire". Sirtori cita 2 esempi paradigmatici di tale azione del farmaco e assicura che ben due importanti studi, in Israele, stanno valutando l'ipotesi e che, anche l'Italia "si sta muovendo... in particolare a Milano e Bologna... a Gerusalemme hanno potuto constatare che nessuno dei ricoverati Covid in trattamento con fenofibrato è deceduto. Vedremo in Italia".

Sirtori non si ferma qui e, fa una convincente considerazione dall'alto della propria profonda conoscenza anche della nutraceutica (materia, nata nel 1977, che si occupa di alimenti che hanno effetti benefici sulla salute ed associano la componente nutrizionale alle proprietà "curative") della cui Società scientifica italiana egli è stato fondatore. Il Ministero italiano, ancora oggi, definisce questi nutraceutici (accettati, come tali, dalle comunità scientifiche e politiche più avanzate) "supplementi dietetici o "integratori alimentari" (" che la legge – dice il nostro Ministero – definisce come prodotti alimentari destinati ad integrare la comune dieta e che costituiscono una fonte concentrata di sostanze nutritive, quali le vitamine e i minerali, o di altre sostanze aventi un effetto nutritivo o fisiologico, in particolare, ma non in via esclusiva, aminoacidi, acidi grassi essenziali, fibre ed estratti di origine vegetale, sia monocomposti che pluricomposti, in forme predosate").

Sirtori dice "In attesa della risposta sul fenofibrato, è emersa l'idea che un nutraceutico di minimo costo possa essere altrettanto utile, il "conjugated linoleic acid" (CLA), acido grasso polinsaturo, predominante nell'olio di semi. È disponibile in commercio in capsulone di 3 grammi. Ne occorrerebbero 2-3 al giorno, il prezzo è ragionevole... Nel frattempo ho davanti a me una confezione di compresse di fenofibrato. Se mi viene la febbre o qualche sospetto, so cosa fare.

A proposito della “lettera aperta” del professore Arcoraci

a cura di **Leonardo Petroni**

Sono pienamente d'accordo con quanto l'amico Arcoraci dice nella “Lettera aperta” pubblicata recentemente sulla nostra rivista.

Il calo degli associati alla FEDER.S.P.eV., che da un po' si sta verificando, è sotto gli occhi di tutti. Anche io, qualche anno fa ho avvertito questo grande problema, e con vari interventi sia nella mia sezione che a livello nazionale, ho cercato di proporre iniziative e soluzioni a riguardo.

Purtroppo, non si sono ottenuti i risultati sperati, almeno nella mia Sezione e la considerazione che ho dedotto è stata semplice:

manca soprattutto il contatto con il nostro migliore cliente, (per dirla in termini di marketing) e cioè con il neopensionato.

Da tempo sto sostenendo che la chiave di volta per affrontare questo problema è imboccare la strada giusta, proprio nel luogo dove nasce (Ordini Professionali) il nostro personaggio, per trovarlo, conoscerlo e contattarlo.

Ma la difficoltà sta proprio nel disporre della persona giusta e disponibile per realizzare, fra l'altro in un ambiente familiare per un medico, questo approccio... È in questo luogo che, usando una comunicazione ben fatta e misurata, si può trovare il modo di acculturare il neopensionato e predisporlo, in questa sua nuova quotidianità, alla necessità di una continua difesa per i propri emolumenti pensionistici, su cui spesso con inappropriati decreti si mettono le mani (vedi solidarietà, assistenza e così via).

In questo modo il neopensionato si renderà conto che, fare parte di una struttura di rappresentanza, con potere negoziale con le Istituzioni, rappresenta per lui una sicura garanzia per tutelare con competenza la sua pensione. Addirittura, dovrebbe essere quasi logica una sua spontanea richiesta di appartenenza, sapendo che difficilmente riuscirebbe da solo a tutelare i suoi diritti, data la sua scarsa conoscenza della materia. Per questa strada, certamente non facile, potremmo provare a risolvere il nostro problema, per cui anche io ritengo sia giusto che se ne discuta per trovare soprattutto una svolta nel motivare quella disponibilità di tipo volontariato, che spesso manca nei colleghi per operare in tal senso.

Purtroppo in questo periodo di pandemia tutte le iniziative sono sospese, ma in un futuro, che mi auguro molto prossimo, si deve, in qualsiasi modo e con qualsiasi mezzo, trovare il modo per divulgare ai pensionati di nuova generazione il concetto che, essere iscritti alla FEDER.S.P.eV. non è un obbligo ma una necessità per la difesa dei propri diritti.



Ambulatorio solidale

a cura di **Natale Saccà**

Carissimi amici,
ben volentieri aderisco alla iniziativa dell'amico Antonino Arcoraci per illustrare la situazione della nostra sezione di Catanzaro.

Io sono stato nominato commissario e poi regolarmente eletto Presidente nella sezione di Catanzaro all'incirca 3 anni fa.

Ho accettato la sfida con molta titubanza: ero da poco pensionato, mi guardavo intorno per capire come girasse il mondo al di fuori dell'Ospedale ove per oltre 40 anni ho prestato servizio; non conoscevo neanche di nome la FEDER.S.P.eV..

Sicuramente c'era la voglia di essere utile, di dare una mano, di fare.

Mi sono imbattuto, anzi sono stato quasi travolto, in questa Federazione, trascinato dalla signora Mirella Abbenante. Dopo una iniziale e comprensibile titubanza ho deciso di accettare quella che per me stava diventando una sfida.

Che fare?

Dapprima ho cercato di coinvolgere alcuni amici medici appena pensionati che si sono dimostrati subito entusiasti per questa forma particolare di aggregazione, lontana dalle logiche sindacali tout court, che quindi poteva essere un modo per incontrarsi e scambiare idee.

Ci siamo incontrati una volta, due volte, varie volte; oltre all'antico rapporto personale che ci legava emergeva sempre più forte l'esigenza di fare.

Che fare?

Volevamo riempire di contenuti questa nostra avventura.

Ho attivato un gruppo WhatsApp in modo da scambiare opinioni, commentare le notizie squisitamente mediche ma anche le notizie di politica sanitaria. E anche, perché no, scambiarsi amenità e post simpatici.

Ho quindi attivato una pagina Facebook "Catanzaro FEDER.S.P.eV." che viene aggiornato con le nostre iniziative, siano esse ludiche o anche più serie.

Abbiamo quindi cominciato a organizzare delle escursioni guidate nella nostra città e poi nei borghi vicini. Eravamo assistiti in questo, e lo siamo ancora, da una guida turistica che molta pazienza e garbo ci conduce in queste nostre escursioni. Col passare del tempo, visto l'entusiasmo crescente, avevamo in programma delle escursioni nella regione e quindi anche al di fuori dei confini regionali. Ci siamo dovuto fermare per l'insorgenza della pandemia da COVID-19. Riprenderemo appena possibile.

Ma ancora non ci sentivamo soddisfatti, sentivamo la mancanza di qualcosa. Volevamo continuare a essere utili nella qualità di medici.

Dopo aver sentito parlare dell'esperienza dei colleghi di Borgomanero abbiamo tentato di sperimentare nella nostra realtà quel tipo di esperienza.

Volevamo anche noi implementare un poliambulatorio che potesse fornire delle prestazioni mediche (varie specialità) completamente gratuite, a favore dei pazienti bisognosi, in condizioni economiche disagiate.

In altre parole volevamo implementare un ambulatorio solidale.

Non era facile, mille erano le difficoltà da superare: reperire dei locali a norma, ottenere le autorizzazioni del comune, dell'ASP, della regione;

un servizio di segreteria e quant'altro fosse utile per gestire questa attività che ci avrebbe gratificato e ci avrebbe fatto sentire ancora utili sul piano professionale.

Forse per caso, forse per testardaggine, abbiamo trovato la soluzione che a noi è sembrata ottimale. Ci siamo messi in contatto con l'AVIS provinciale che aveva tutti i requisiti necessari, quindi ambulatori, autorizzazioni dei vari enti, attrezzature mediche, materiale di consumo, personale infermieristico, possibilità di integrare le attrezzature mediche, personale di segreteria e quant'altro.

Come contropartita ci è stata chiesto dall'AVIS di estendere la nostra attività anche nei confronti dei donatori AVIS.

Questo poliambulatorio è partito molto bene con buoni risultati.

Questa iniziativa ci ha fatto conoscere ancor di più nella nostra provincia e di conseguenza vari medici in pensione si sono aggregati alla nostra sezione.

Sotto la mia presidenza, circa 3 anni, le iscrizioni sono aumentate di oltre 30 soci, nonostante siamo fermi dal punto di vista operativo e in at-

tesa di tempi migliori. Anche in questi giorni sta arrivando qualche richiesta di iscrizione.

A margine faccio presente che abbiamo organizzato anche degli eventi gastronomici in vari locali della provincia.

Tutta la squadra è tenuta salda anche tramite una chat WhatsApp con scambi quotidiani di notizie, eventi e anche con qualche note di buonumore che mai guasta.

In data 8 marzo, giornata della donna, abbiamo organizzato, in collaborazione con AVIS, un evento a favore delle donne: una giornata in cui effettuare il pap-test gratuito a tutte le donne, da 25 a 64 anni. A tal fine si sono adoperati i ginecologi, nostri iscritti.

L'ultimo nostro successo è stato quello di far vaccinare tutti i medici pensionati della nostra provincia, a prescindere dalla appartenenza alla nostra Federazione. Per questo obiettivo abbiamo fatto pressione su ASP, Dipartimento della salute regionale, Ordine dei medici.

Ce l'abbiamo fatta!

In conclusione la nostra è una realtà in controtendenza resa possibile dall'entusiasmo e dalla voglia di fare e di incontrarci.



Ciclismo ed anzianità. Perché ad una certa età è utile la pedalata assistita

a cura di Pier Roberto Dal Monte

Gruppo Ciclistico FEDER.S.P.eV. Aggregato alla Consulta della Bicicletta. Bologna.

In questi ultimi decenni la bicicletta non è stata particolarmente diffusa tra i Medici, e in questo ci si conforma alla tendenza motoristica nazionale, sia come mezzo di trasporto utilitario e soprattutto come mezzo ludico sportivo, se si fa eccezione degli ex Medici Condotti od alcuni nuovi Medici di Medicina generale o del Territorio, particolarmente nei paesi, borghi non troppo complicati topograficamente, i quali molti ne facevano e ne fanno tuttora un utile e semplice mezzo per muoversi (ne fa fede la mia esperienza di sostituto nei miei primi anni di laurea) per una visita o l'altra. Ora considerando le circostanze e le proibizioni sulla mobilità in cui è data solo la possibilità di muoversi all'aperto o fare con un eufemismo **“Attività sportiva in zona rossa”** - *“...è consentito svolgerla nell'ambito del territorio comunale, ... in forma individuale... È tuttavia possibile, nello svolgimento di un'attività sportiva ... (per esempio la corsa o la bicicletta), entrare in un altro Comune, purché tale spostamento resti funzionale unicamente all'attività sportiva stessa...”* -, per questo vi è un ritorno imponente all'uso della bicicletta, anche se spinto dagli incentivi (basti pensare che l'anno scorso ne sono state vendute oltre 2 milioni con trend in ascesa), per

fare un po' di vera ed utile attività motoria in semilibertà e non solo pedestre. Naturalmente mai da raggiungere i livelli attuali dei paesi del Nord Europa come la Danimarca o l'Olanda. Essendovi tra i pensionati Medici e quindi anche tra i nostri Colleghi anche dei ciclisti, alcuni sempre attivi, altri di ritorno, i quali si vogliono muoversi, essere attivi nei limiti della legge, ritengo che questo sia il momento per riprendere la bicicletta, soprattutto se si vive in un centro urbano ove esistono piste ciclabili serie o strade con tracciati tranquilli, non troppo accidentati, o in un paese.

La bicicletta comunque comporta fatica e non permette sempre di fare i percorsi che si vorrebbero, compresa qualche salitella, e non si è (o non si è più) disposti a fare troppa fatica, specie se gli anni limitano o impediscono l'intraprendere percorsi difficili o si ha anche qualche problema cardiocircolatorio o articolare, ma con le necessarie capacità sensoriali integre: se comunque tuttora amate e siete ancora fedele alla bici, **ecco per voi una soluzione accettabile e piacevole.**

Prendetevi una bicicletta cosiddetta **trazione assistita**, che vuol dire una bici elettrica con la quale si sopperisce anche sensibilmente alla fatica che si fa pedalando, ma leggendo queste mie note e meditateci un po' sopra prima di decidere e concludere l'acquisto, valutando se alla fine state facendo una scelta razionale.

Nel ritorno alla bici e pensando ad eventuale nuovo acquisto bisogna infatti valutare le di-

verse caratteristiche tecniche di quella ‘assistita’ nei confronti di una normale bicicletta: del peso sempre maggiore per la presenza di una batteria trainante, dei vari accessori e del maggiore costo complessivo, di norma più alto di una bici normale. Infine valutare bene quali sono i percorsi che si vogliono o si devono fare o ancora programmare: se su strade normali o sterrate con bici a struttura normale, se con un tipo semisportivo, sportivo puro o anche con una mountain bike o la recente ‘gravel’ o ex ciclocross, tutte con motore elettrico di supporto. Per questo da ciclista che per tutta la vita ha usato ogni tipo di bici **alcune mie considerazioni sulla Bicicletta a pedalata assistita o Pe-delec (a pedalata elettrica) o e-bike.**

L’e-bike è una bicicletta ibrida la quale, oltre che con la forza muscolare, i pedali vengono mossi anche da un motore elettrico: essendo così potenziata, la propulsione aggiuntiva data dal motore rende la pedalata molto più semplice e meno faticosa. Il piccolo motore è attivato da una batteria che la fa muovere più facilmente e velocemente e per questo è particolarmente utile sulle salite anche le più impervie e **utile per i più anziani** che normalmente non riuscirebbero a fare molte strade non solo in salita ma neppure i molti chilometri che permettono di allontanarsi dalle vie delle trafficate ed inquinate città cittadine o comunque dove il traffico è più salutare. La trazione elettrica non è peraltro intangibile e poiché esiste di norma sempre la possibilità, staccando il motore, di ritornare al supporto della spinta muscolare con i relativi cambi di velocità. In sintesi se è vero che “assistiti” si perde in una certa misura la capacità di resistenza allo sforzo fisico che richiede un bicicletta normale a pura trazione muscolare, con tale termine in gergo ciclistico s’intende soltanto un aiuto quando il percorso può divenire difficile o ‘pesante’ o anche può es-



sere pericoloso per il sistema cardiorespiratorio. ***Essa deve avere sia che si tratti di una normale city bike, una mountain bike od una bici totalmente sportiva adattate, secondo la Direttiva Europea 2002/24/CE*** queste caratteristiche: *potenza nominale massima continua del motore elettrico: 0,25 kW/alimentazione del motore progressivamente ridotta e quindi interrotta al raggiungimento dei 25 km/h/alimentazione del motore si deve interrompere anche prima dei 25 km/h quando il ciclista smette di pedalare* La batteria può venire ricaricata semplicemente collegandola a una presa di corrente. In media, l’autonomia di una batteria è di circa 80 km. I suoi benefici, – utili soprattutto per i non pedalatori muscolari – hanno anche portato a fare tuttavia, non solo per le caratteristiche che comportano una riduzione sensibilmente dello sforzo fisico, delle valutazioni su altri vantaggi e svantaggi che essa assomma nel riguardo dell’impatto sull’ambiente, sui consumi di energia, nonché alcune considerazioni sulla possibilità dell’aumento degli incidenti.



Essendo l'energia fornita dalla batteria elettrica, ne nasce infatti il problema per l'ambiente, poiché per la produzione sono necessarie molte risorse naturali. Le e-bike infatti funzionano con batterie al litio ricaricabili; minerale che proviene da un limitato numero di miniere di litio ed è pertanto anche una risorsa limitata. Nel 2018, le rimanenti riserve mondiali di litio sono state stimate a 53,8 milioni di tonnellate. Un altro problema è che essendo **necessaria l'energia elettrica per la ricarica** delle batterie e poiché la sua produzione si avvale soprattutto di combustibili fossili ciò rimane tuttora una realtà negativa per l'ambiente, sebbene le fonti di energia rinnovabile tendono ad aumentare ogni anno. In Italia ad esempio ancora il 70% circa è prodotto da fonti non rinnovabili ed il resto 29.2 % da varie fonti rinnovabili. Non vi sono tuttavia ricerche o studi che dimostrino quale sia l'impatto di un'e bike sul consumo

elettrico, dipendendo dal modello e bike (batteria e tipo di motore) e le abitudini ciclistiche dell'utente. In generale, tuttavia, una singola e-bike ha un impatto molto basso sulla rete elettrica: se si dovesse ad esempio usare la propria e-bike per circa 1.500 - 2000 chilometri per ogni anno, è ipotizzabile un consumo circa 20.000 - 25.000 watt-ora, che equivale a utilizzare un condizionatore casalingo di medie dimensioni (modello 900w) per circa 22-28 ore. Importante è anche il problema dello **smaltimento delle batterie** che aumenterà sensibilmente negli anni futuri. Un'altra preoccupazione, al di fuori del processo di produzione e di alimentazione, include la possibilità che le e bike possano arrecare un **danno ecologico maggiore ai percorsi nei sentieri** extracittadini e alle aree naturali, al contrario di una tipica mountain bike. Ciò sarebbe dovuto alla maggiore velocità di un'e bike e al peso maggiore,

ma di norma è dimostrato che i danni ai sentieri causati dalle e-bike, sono minimi molto più vicini alla normale mountain bike.

In quanto riguarda **l'impatto sulla produzione di CO2** uno studio condotto dalla Federazione Ciclistica Europea ha mostrato che la produzione complessiva di CO2 è quasi identica alle bici tradizionali, affermando che un ciclista produce 21 g di CO2 per chilometro percorso, mentre l'utente di e-bike ha prodotto circa 22 g di CO2 per chilometro, rispetto a 101 g di autobus e 271 g di autovettura a carburante ed intorno ai 100 g per un'auto elettrica. Uno dei motivi per cui i numeri tra e-bike e bici tradizionali sono così vicini è che un utente di e-bike spende meno energia durante la guida rispetto a un ciclista tradizionale, e quindi teoricamente consumerà meno carboidrati, il che riduce il loro sviluppo di CO2. Dei molti vantaggi della e-bike esiste, il già citato svantaggio che è quello che non viene fatta sufficiente attività fisica e questo ovviamente non agisce in alcune malattie del metabolismo o da iperalimentazione/scarsa attività fisica che non ne traggono sufficiente beneficio, mentre per ciò che riguarda direttamente *la capacità cognitiva*, come è stato sufficientemente dimostrato, l'e-bike migliora, se non maggiormente, quanto succede con la bici normale. Senza dimenticare infine che la bicicletta di per sé è un eccezionale mezzo ecologico-ambientalista.

Non va infine **sottovalutata l'incidentalità** poiché le e-bike vanno a una velocità quasi doppia rispetto alle biciclette tradizionali specie in salita il tasso di incidenti delle biciclette elettriche con conseguenze gravi o mortali è più del doppio (84 incidenti per 100 milioni di chilometri percorsi) di quello delle biciclette tradizionali (38 incidenti per 100 milioni di chilometri). La principale differenza risiede nel fatto che le biciclette elettriche sono in realtà più pesanti e più veloci

ed in ultima analisi andrebbero considerati, a tutti gli effetti, ciclomotori di dimensioni ridotte. Pertanto i conducenti hanno bisogno di maggiore attenzione e training. Gli incidenti che si verificano, secondo le statistiche più attendibili, emerge che i conducenti delle biciclette a pedalata assistita spesso si infortunano da soli, cioè senza scontrarsi con automobili o altri utenti della strada.

Detto questo e quindi raccomandando attenzione ritengo che qualsiasi tipo di bicicletta sia un mezzo salutistico utile non solo per se stessi ma anche, per chi ancora esercita da raccomandare ai propri pazienti, poiché oltre ad allungare la *life expectancy* (circa 5 anni guadagnati secondo recenti dati danesi), fa bene alle articolazioni, facilita gli scambi respiratori aerobici, tonifica ed ipertrofizza i muscoli, rafforza le ossa e combatte l'osteoporosi, mantiene e perfino migliora le capacità cognitive e l'attenzione ed infine 'migliora le buone relazioni umane' (Marc Augè), concludendo con il Lombroso a proposito del suo libretto "**Il ciclismo nel delitto**" del 1902 *'io amo poter dire che il cicloanthropos del secolo ventesimo soffrirà meno di nervi, sarà più robusto di muscoli dell'uomo del secolo appena trascorso. E così certamente per uno o due mali che la bicicletta provoca saranno dieci i beni che ci recherà in dono'*, quand'anche un po' 'assistita'.

1. Pier Roberto Dal Monte. **Una vita in sella**. Storie, aneddoti e alcune considerazioni sulla bicicletta. Ed. Pendragon. Giugno 2020.
2. Marc Augè *Eloge de la bicyclette*. Petit Bibliothèque. Paris 2008
3. Cesare Lombroso. **Il Ciclismo nel delitto**. Ed. La vita felice. 2013

Riceviamo e volentieri pubblichiamo, la relazione del Dr. Tavasanis relativa alla celebrazione dei 100 anni della Fondazione degli Ordini dei Medici Italiani, a tutt'oggi ancora valida.

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
di Reggio Emilia

Celebrazione del centenario

100 Anni di storia: patrimonio culturale e genetico per la Professione Medica

Martedì 23 Novembre 2010

Ore 15,30 – 19,30

Aula P. Manodori UNIMORE

v.le Allegri, 9 - Reggio Emilia

Testimone di cambiamenti epocali

a cura di Giancarlo Tavasanis

Premessa

Negli ultimi 100 anni il mondo è profondamente cambiato: dobbiamo essere capaci di gestire la complessità e la rapida transizione che non accenna ad arrestarsi.

Nel dicembre 1947 viene emanata a Roma la **Costituzione della Repubblica Italiana**, che entra in vigore il 1° gennaio 1948.

Nel 1948 si costituisce a Ginevra l'**Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS o WHO)**. Nel 1° articolo dell'atto costitutivo *la salute è definita non solo come assenza di malattia, ma come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale.*

Il 10 dicembre 1948 l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha emanato a New York *la Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo.*

Nel settembre '78 l'OMS e l'UNICEF organizzano ad AlmaAta una Conferenza mondiale. Esce la **Dichiarazione di Alma Ata** secondo la quale i Servizi Sanitari Nazionali degli Stati membri devono essere fondati sull'Assistenza Sanitaria Primaria e non sugli Ospedali che sono Servizi di 2° e di 3° livello. Il Documento di AlmaAta delinea la Assistenza Sanitaria Primaria come primo livello di contatto di individui, famiglie e comunità con il SSN, porta l'assistenza sanitaria il più vicino possibile ai luoghi di vita e di lavoro e costituisce il primo elemento di un processo continuo di assistenza sanitaria e sociale, accessibile a tutti gli individui di cui richiede la piena partecipazione. È erogata ad un costo sostenibile per il SSN, è basata su metodi e tecnologie scientificamente valide e socialmente accettabili. Affronta i bisogni primari di salute multidimensionali e fornisce servizi globali richiedendo il loro coordinamento. Coinvolge oltre al settore sanitario il settore so-

ziale e della educazione nonché altri settori richiedendo l'impegno coordinato di tutti.

Nel dicembre '78: viene emanata la Legge di **Riforma Sanitaria italiana** che recepisce i concetti contenuti nella Dichiarazione di AlmaAta. A tutt'oggi però questi principi non sono stati ancora realizzati, tanto che dopo 32 anni in Italia c'è ancora un sistema sanitario ospedalocentrico: l'Assistenza Sanitaria Primaria è intesa come "Servizi Sanitari di base", che presuppongono un vertice, quello ospedaliero.

La Regione Emilia-Romagna, ma del tutto recentemente, ha emanato il 1° Piano Sociale e Sanitario 2008-2010 in cui viene programmata una organizzazione sanitaria basata sulla assistenza socio-sanitaria e sostenuta dalla assistenza ospedaliera.

Con la legge di Riforma Sanitaria **scompare la condotta** medica, che per oltre 100 anni ha rappresentato la spina dorsale della sanità italiana.

La Medicina di comunità in Italia

Nel settembre '79 a Kamarina (RG), in occasione del 53° Congresso Nazionale dei Medici Condotti, presentammo **la bozza di un profilo professionale del Medico di Comunità**.

Nell'aprile '82 a Roma e nel giugno '82 a Maratea in 2 laboratori di ricerca viene costruito **il profilo professionale del Medico di Comunità nel Servizio Sanitario Nazionale**, coerente con gli indirizzi internazionali e con la legislazione nazionale e regionale di Riforma Sanitaria. Il profilo delinea un medico del SSN con compiti professionali clinico-assistenziali-organizzativi che cura e si prende cura dei pazienti attraverso interventi di promozione della salute, prevenzione, diagnosi e cura, riabilitazione, supporto psicologico e counselling. È un medico "del territorio" che collabora con i servizi sanitari e sociali che stanno

nascendo, di cui il SSN ha bisogno e che deve trovare una collocazione giuridica e professionale adeguata.

Nel settembre '82 ho presentato ufficialmente il **Profilo professionale del Medico di Comunità nel Servizio Sanitario Nazionale** in una tavola rotonda, in occasione del 56° Congresso Nazionale dei Medici Condotti, alla presenza del Professor Alfonso Mejia, responsabile delle risorse umane dell'OMS di Ginevra, del professor Rossi-Espagnet, responsabile della ricerca finalizzata dell'OMS di Ginevra, del Professor Paccagnella, ordinario di Igiene all'Università di Padova, del Dottor Celotto, segretario del Centro Studi e di ricerca "V. Pespani" per la formazione continua del medico dell'Associazione Nazionale Medici Condotti.

Nel gennaio '83, a Venezia, viene organizzato dalla Fondazione Smith-Kline un workshop con 30 docenti delle Università di Medicina del Nord-Est Italia, 6 Medici Condotti del Centro Studi "V. Pespani", 6 studenti del 6° anno della Facoltà di Medicina (Gruppo docente: Pissarò, psicopedagogista di Parigi dell'OMS, Vian, demografo sociale di Padova e Paccagnella, igienista di Padova e consulente dell'OMS), per la presentazione del **Profilo professionale del Medico di Comunità e per la modifica dei curricula formativi di base nella Facoltà di Medicina**. Erano previsti altri 3 workshop con i docenti delle Università di Medicina del Nord-Ovest Italia, dell'Italia centrale e dell'Italia meridionale e Isole, che non si realizzarono per l'indisponibilità dei docenti delle Facoltà di Medicina

Nel settembre '84, a Riva del Garda (TN), è organizzato un workshop sul tema **La carriera del Medico di Comunità nel Servizio Sanitario Nazionale**, in occasione del 58° Congresso Nazionale dei Medici Condotti

Nel 1986 **la disciplina Medicina di Comunità** viene introdotta nel Corso di Laurea in Medicina

e Chirurgia (Nuova Tabella XVIII° - DPR 28.02.'86, n. 85) ma solo da pochi Atenei in Italia (Atenei di Padova e Modena) è stata attivata seguendo gli orientamenti suggeriti nel **Profilo professionale del Medico di Comunità**. Altri Atenei, pure attivando la disciplina, hanno dato ad essa contenuti propri della disciplina Igiene, contribuendo a creare quella confusione che tutt'ora esiste fra Medicina di Comunità e Igiene.

Nel giugno '86 si è tenuta a Roma la Conferenza nazionale sul tema: **Il Medico di Comunità e il Distretto sanitario in Italia**, con la partecipazione del Professor Menù, dell'Ufficio europeo dell'OMS di Copenhagen. La conferenza ha sottolineato il ruolo del Medico di Comunità nello sviluppo dei Distretti, attribuendo a questa figura professionale il ruolo clinico-assistenziale-organizzativo delineato nel Profilo professionale.

Nel 1988 il **Dottorato di ricerca in Medicina di Comunità** viene attivato a Padova dal Ministero della Pubblica Istruzione (P.I.) e dal Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica (MURST).

Il 20 aprile 1989 viene costituita a Roma con atto notarile la **Società Italiana di Medicina di Comunità (S.I.M.E.C.)**, Società Scientifica del Sindacato Italiano dei Medici del Territorio, che viene presentata ufficialmente a Fiuggi (FR), in occasione del 2° Congresso Nazionale del S.I.M.E.T. (settembre '89).

Nel 1991, con il rinnovo delle cariche sociali, **veggo nominato Presidente della S.I.M.E.C.**

Nel settembre 1993 a Pizzomunno (Vieste), nell'anno internazionale della Famiglia, in occasione del 6° Congresso Nazionale del S.I.M.E.T., l'Assemblea ordinaria della Società Scientifica cambia la denominazione da Società Italiana di Medicina di Comunità (S.I.M.E.C.) a **Società Italiana di Medicina di Famiglia e di Comunità (S.I.Me.Fa.C.)**. Il cambio di denominazione viene

formalizzato a Padova con atto notarile il 14 dicembre 1996.

Nel 1996 **la Scuola di Specializzazione in Medicina di Comunità** viene inclusa nell'ordinamento didattico universitario (DM 03.07.'96). La Specializzazione viene attivata presso l'Università di Padova nel luglio 1997 e nel 2.000 anche presso l'Università di Modena.

Il 12 novembre 1996 con l'**Accordo di Granata** viene sancita la collaborazione tra la Società Spagnola di Medicina di Famiglia e di Comunità (semFYC), l'Associazione Portoghese dei Medici di Clinica Generale (A.P.M.C.G.) e la Società Italiana dei Medici di Famiglia e di Comunità (S.I.Me.Fa.C.).

Il Decreto MURST 28.11.2000 relativo al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia (Laurea Specialistica Classe 46/S) individua **l'ambito disciplinare Medicina di Comunità** come contenitore di discipline universitarie diverse (medicina interna, medicina fisica e riabilitativa, pediatria, malattie infettive, igiene) che concorrono a fornire competenze nell'area dell'Assistenza Sanitaria Primaria.

Nel 2000 iniziano i lavori di riordino delle Scuole di Specializzazione di area medica, che si concludono nel 2005 con il decreto MUR 1.8.05. Il DM colloca la **Specializzazione in Medicina di Comunità nell'Area Medica, Classe della Medicina clinica generale**, delineando una formazione post-laurea specifica nell'area dell'Assistenza Sanitaria Primaria. I primi Atenei che attivano le Scuole di Specializzazione in Medicina di Comunità secondo il nuovo ordinamento sono gli Atenei di Padova e di Modena - Reggio Emilia nel 2008.

Il Decreto MUR 16.3.2007 relativo al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia (Laurea Magistrale LM-41) ribadisce **l'ambito disciplinare Medicina di Comunità** che deve essere attivato in tutti gli Atenei nell'ambito dei Regolamenti Di-

dattici di Ateneo (RAD) in adempimento al DM 22.10.2004, n. 270.

Il 20 febbraio 2004, a Catanzaro, l'Associazione Cultura Medica Interdisciplinare (ASS.CU.M.I.) si fonde con atto notarile con la Società Italiana di Medicina di Famiglia e di Comunità (S.I.Me.Fa.C.) per dar vita all'**Associazione Società Scientifica Interdisciplinare di Medicina di Famiglia e di Comunità (ASSIMEFAC), full member del WONCA** (che è l'Associazione Mondiale dei Medici di Famiglia) e che diventa la Società Scientifica del Sindacato dei Medici Italiani (SMI).

Sono eletto, prima, Presidente del Comitato Scientifico e poi, con il rinnovo delle cariche associative, Presidente onorario dell'ASSIMEFAC.

Piano strategico sanitario dell'OMS-Europa (revisione 1991)

Nel maggio '77 la 30° Assemblea Mondiale della Sanità decise che, nell'ambito delle politiche sanitarie dei successivi decenni, *l'obiettivo sociale primario* degli Stati membri doveva essere quello di raggiungere entro l'anno 2000 un livello di salute tale da permettere a tutti gli uomini di condurre una vita socialmente ed economicamente produttiva (Risoluzione WHO 30.43).

Il Piano generale strategico che ne è derivato è stato indicato in modo sintetico con lo slogan: *“salute per tutti entro l'anno 2000”*.

Un anno dopo, ad AlmaAta (settembre '78) la Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria Primaria approvò quell'obiettivo e confermò che l'Assistenza Sanitaria Primaria appariva come lo strumento adeguato per ottenere nel mondo il livello di salute desiderato. Fu anzi affermato che l'Assistenza Sanitaria Primaria appariva come “il fulcro e il centro” di tutti i sistemi sanitari nazionali. Negli anni '80 sono state sviluppate nel mondo e in Europa ulteriori strategie. Il Comitato degli Stati

Europei nel 1980 chiese all'OMS di sviluppare una strategia sanitaria per la Regione europea e nel 1984 venne approvato il *Piano strategico sanitario europeo*, articolato in 38 obiettivi specifici. Questo Piano è stato riconfermato nel 1991 con alcuni particolari aggiornamenti.

Con la revisione del 1991, i 38 obiettivi del Piano strategico sanitario dell'OMS/Europa sono stati così ristrutturati:

- dopo avere analizzato le *esigenze fondamentali* per migliorare la salute delle popolazioni (obiettivi che vanno dall'1 al 12)
- vengono presi in considerazione i cambiamenti necessari che consistono:
 - nella promozione di *stili di vita più sani* (obiettivi che vanno dal 13 al 17)
 - nella creazione di *un ambiente più sano* (obiettivi che vanno dal 18 al 25)
 - nel fornire *un'assistenza appropriata* fondata su un'Assistenza Sanitaria Primaria di buona qualità ed accessibile a tutta la popolazione (obiettivi che vanno dal 26 al 31)
- vengono infine individuate *le azioni di supporto* per lo sviluppo della “salute per tutti” (obiettivi che vanno dal 32 al 38).

I risultati che il movimento “Salute per tutti 2000” si propone di ottenere in Europa, hanno 4 dimensioni:

- a) *assicurare equità nei confronti della salute*, riducendo le disuguaglianze nello stato di salute tra i Paesi membri e tra gruppi di popolazione all'interno degli stessi Paesi;
- b) *aggiungere vita agli anni* aiutando le persone a raggiungere e ad utilizzare nel migliore dei modi il loro potenziale fisico, mentale e sociale;
- c) *aggiungere salute alla vita* riducendo malattie e disabilità;
- d) *aggiungere anni alla vita* aumentando la vita attesa.

Fornire un'assistenza appropriata

In tutti gli Stati membri, entro l'anno 2000, dovrebbero essere approvate strutture e procedure che assicurino il continuo *miglioramento della qualità dell'assistenza*, nonché lo sviluppo e l'uso appropriato delle tecnologie sanitarie.

(obiettivo 31)

L'Assistenza Sanitaria Primaria dovrebbe soddisfare in tutti gli Stati membri i bisogni sanitari di base della popolazione fornendo un'ampia gamma di servizi di promozione della salute, di prevenzione, di diagnosi, di cura e riabilitazione, di sostegno supportando le attività di auto-aiuto delle persone, delle famiglie e dei gruppi.

(obiettivo 28)

Gli Ospedali dovrebbero erogare assistenza sanitaria secondaria e terziaria, secondo criteri di costo/efficacia e contribuire attivamente a migliorare lo stato di salute e la soddisfazione dei pazienti.

(obiettivo 29)

In tutti gli Stati membri le persone che hanno bisogno *di assistenza e di sostegno a lungo termine* dovrebbero poter disporre di servizi appropriati.

(obiettivo 30)

Entro l'anno 2000 tutti gli Stati membri dovrebbero avere sviluppato ed avere in corso di applicazione politiche che assicurino l'accesso di tutte le persone a *servizi sanitari di qualità, basati sull'assistenza primaria* e sostenuti dall'assistenza secondaria e terziaria.

(obiettivo 26)

I sistemi dei servizi sanitari dovrebbero essere gestiti secondo criteri di costo/efficacia, distribuendo le risorse secondo i bisogni.

(obiettivo 27)

Aumento della speranza di vita e inverno demografico in Italia

Nella seconda metà del secolo scorso la speranza di vita in Italia è aumentata di 25-30 anni: si tratta di un fenomeno che non si era mai verificato nella storia dell'umanità (All'inizio degli anni '50 la speranza di vita si attestava poco al di sopra di 50 anni, con poca differenza tra i due sessi, mentre alla fine del secolo scorso la speranza di vita era di 82 anni per le femmine e di 76 anni per i maschi).

Siamo però avviati verso un "inverno demografico" e, se non si inverte la tendenza con adeguate politiche familiari, ci stiamo incamminando verso il punto di non ritorno, che porta all'estinzione.

Oggi l'indice di natalità in Italia si aggira attorno all'1,2 per mille, mentre, per mantenere l'equilibrio tra nati e morti, dovrebbe aggirarsi attorno al 2,1 per mille. Se si osservano le piramidi delle età a livello comunale, distrettuale, provinciale, regionale e nazionale si nota un rallentamento delle nascite in concomitanza dell'emanazione della legge sul divorzio, che si accentuano notevolmente dopo l'emanazione della legge sull'aborto. Negli anni '80 e '90 le piramidi delle età sono addirittura rovesciate con un dimezzamento della natalità. Dal '78 ad oggi sono stati notificati quasi 5.000.000 di aborti legali, senza contare quelli clandestini e qui si pone un problema di bioetica. La nascita di una persona avviene al momento del concepimento, quando il corredo cromosomico aploide della madre si unisce al corredo cromosomico aploide del padre per formare il genoma della nuova persona, che è diverso da quello della madre e del padre.

La legge italiana sull'aborto contrasta con il giuramento di Ippocrate, che è stato scritto 400 anni prima della nascita di Cristo.

Complessità e transizione politica, sociale, economica, culturale, epidemiologica

In questi ultimi 100 anni abbiamo assistito a cambiamenti epocali che si sono succeduti in modo sempre più accelerato e che non accennano ad arrestarsi. Due devastanti guerre mondiali, tre dittature opprimenti, migrazioni di popoli (nella prima metà del secolo scorso emigrazione per la povertà e per motivi politici; verso la fine del secolo scorso e fino ad oggi, immigrazione: oggi, in Italia, sono presenti 5.000.000 di immigrati “regolari” provenienti da ogni parte del mondo e appartenenti ad oltre 120 diverse etnie), passaggio dalla cultura contadina, alla cultura industriale e allo sviluppo dei servizi, dalla povertà al benessere diffuso, migliore cultura, migliori abitazioni, migliore alimentazione, nuovi strumenti di comunicazione e nuovi mezzi di trasporto, la costruzione dell’Europa.

Per quel che riguarda la medicina è cambiato il concetto di salute, sono cambiati i bisogni e i problemi di salute delle persone, delle famiglie, delle comunità, è cambiata la patologia prevalente, è cambiato il quadro nosologico di ogni singola malattia, emergono nuove figure professionali sanitarie (23 figure sanitarie) e sociali (più di 20) che esigono spazio e visibilità.

Deve cambiare pertanto anche il modo di fare il medico. Deve cambiare la formazione di base (prelaurea), la formazione specialistica (postlaurea), la formazione continua, che dura per tutto l’arco della vita lavorativa e che deve essere considerata lavoro.

Nel giugno ’89 partecipai a Rovigo a un workshop dell’OMS, coordinato da Walter Hubrich, responsabile dell’Ufficio Regionale per l’Europa di Copenhagen, col quale discutemmo per una settimana dei cambiamenti necessari per svi-

luppare l’assistenza medica primaria nell’ambito dell’Assistenza Sanitaria Primaria. Convenimmo che *il fulcro* del problema consisteva nel passare dalla cultura della malattia alla cultura della salute: non solo diagnosi e cura delle malattie, ma anche prevenzione e assistenza con “presa in carico” del malato e della sua famiglia. Per quel che riguarda *i contenuti* dei cambiamenti necessari: non ci si poteva accontentare del trattamento dei singoli episodi morbosi ma ci si doveva impegnare nella promozione della salute, per ridurre la grossa fetta delle malattie comportamentali e quindi il numero dei malati; si doveva passare dall’assistenza episodica alla continuità assistenziale; dal trattamento di problemi specifici a una assistenza globale.

Per *l’organizzazione dei servizi*: si doveva passare dagli specialisti ai medici di medicina generale, dal medico singolo ai gruppi multiprofessionali per gestire i casi complessi, dal lavoro individuale al lavoro d’equipe.

Per *le responsabilità*: dal solo settore sanitario alla collaborazione intersettoriale, dall’autorità professionale alla partecipazione comunitaria, dalla ricezione passiva all’auto-responsabilizzazione del paziente e della sua famiglia.

Ma **la maggior parte dei medici si oppone al cambiamento: si limita all’aggiornamento, ma vuole continuare a fare quello che ha sempre fatto**: il medico di medicina generale rimane chiuso nel suo ambulatorio e si occupa solo della componente bio-medica della persona e del singolo episodio morboso; i medici ospedalieri sono arroccati negli ospedali e non comunicano con i medici del territorio; i docenti universitari continuano ad insegnare quello che insegnavano mezzo secolo fa, privilegiando l’approccio bio-medico e la formazione e l’aggiornamento per preparare gli studenti a lavorare negli Ospedali.

Una riprova di ciò l'avemmo a Venezia quando presentammo a 30 docenti, tra i più innovatori delle Università mediche del Nord-Est Italia, il Profilo professionale del Medico di Comunità: rifiutarono di mettersi in discussione (I contenuti dell'insegnamento, l'approccio bio-psico-sociale, il metodo d'insegnamento, il metodo di valutazione). E i Docenti delle altre Università italiane rifiutarono il confronto

Dalla Sanità alla salute

Nel novembre 1986 si svolse ad Ottawa (Canada) il primo Congresso Internazionale sulla Promozione della salute. Promuovere la salute significa: costruire una politica pubblica per la tutela della salute; creare ambienti capaci di offrire sostegno; rafforzare l'azione della comunità; sviluppare le capacità personali; riorientare i servizi sanitari.

Seguirono altri 5 Congressi Internazionali in varie parti del mondo, l'ultimo dei quali nel 2005 a Bangkok su: "la promozione della salute in un mondo globalizzato". Nel 1998 l'OMS diffuse in tutto il mondo (nelle 4 lingue ufficiali: francese, inglese, russo e spagnolo) il Glossario per la promozione della salute.

Nel maggio 1992 la nostra Società Scientifica (SI-MeC) tenne a Perugia il suo 1° Congresso Nazionale sul tema: "La transizione epidemiologica verso il 2.000: dalla cura delle malattie alla promozione della salute"

Verso la fine degli anni'90 il Ministero della Sanità ha cambiato nome in Ministero della Salute e la promozione della salute diventa il primo obiettivo del Servizio Sanitario Nazionale: dalla sanità alla salute è il titolo del 3° Piano Sanitario Nazionale 2003-2005.

Tre sono i progetti sulla promozione della salute che si stanno sviluppando in Europa e nel mondo:

- il progetto "città sane". Nella "rete italiana" delle città sane i Comuni più avanzati sono arrivati a stendere e a realizzare i "profili di salute urbana", propedeutici ai "Piani di salute urbana", che sostituiscono ormai gli obsoleti "Piani regolatori edilizi";
- il progetto "gli ospedali per la promozione della salute", iniziato in Italia nel 1990 coinvolge ormai le reti degli ospedali di numerose Regioni italiane. L'idea di fondo dell'iniziativa è quella di attivare e sostenere un processo di riorientamento degli ospedali europei per aggiungere alle tradizionali attività curative proprie dell'ospedale un nuovo approccio al tema della salute, basato sull'azione intersettoriale (i determinanti della salute non possono essere controllati dai soli sistemi sanitari) e sull'empowerment dei cittadini (gli stili di vita non possono essere prescritti come un farmaco, ma devono essere consapevolmente adottati). Il coordinatore della "rete italiana" degli ospedali per la promozione della salute è il dottor Carlo Favaretti, attualmente direttore generale a Udine. Nell'anno 2000 si tenne a Reggio Emilia il 4° Convegno della rete italiana degli ospedali per la promozione della salute e, per l'occasione, il direttore generale dell'USL Franco Riboldi fece distribuire la traduzione italiana del Glossario dell'OMS sulla promozione della salute;
- il progetto della "Rete europea delle scuole orientate alla promozione della salute", iniziato nel 1991 e che coinvolge la Commissione Europea (EC), il Consiglio d'Europa (CE) e l'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS, in Italia è praticamente al palo di partenza (salvo una iniziativa della Regione Umbria nel novembre 2002).

Le persone (e le loro famiglie) al centro del sistema sanitario, sociale ed educativo

Ogni persona, ognuno di noi, unico ed irripetibile nella storia dell'universo, è una unità inscindibile di corpo, mente e spirito ed è profondamente inserito in un contesto familiare, lavorativo e sociale. Anche se povero, vecchio, ammalato, emarginato od escluso dalla sua comunità, conserva tuttavia un valore inestimabile ed è titolare di diritti inalienabili, sanciti dalle Carte dei diritti (Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo - Costituzione italiana ed europea).

Il rispetto della dignità delle persone e delle famiglie richiede un sistema sociale che garantisca a tutti l'accesso al lavoro, alla casa, all'istruzione, alla tutela della salute, all'autonomia economica. In una comunità la maggior parte delle persone fruisce di condizioni di benessere e di servizi diffusi. Ma una consistente minoranza (che è cresciuta negli ultimi due anni a causa della crisi mondiale) rimane ai margini sia del benessere che dei servizi, anche se assistita.

Le persone e le loro famiglie vanno poste al centro del sistema sanitario e socio-assistenziale, in quanto organizzazioni, servizi, burocrazie e tecnologie hanno un senso solo se sono protese al soddisfacimento dei bisogni, dei problemi e delle aspettative della popolazione e, in un sistema universalistico come il nostro, soprattutto di quelli che vivono e lavorano ad alto rischio o di quelli i cui bisogni siano maggiori (equità e giustizia sociale).

Da tenere sempre presente che gli operatori dei Servizi sociali, sanitari, educativi, come dice il nome, sono dei "servitori", per cui i servizi dovrebbero essere organizzati e gestiti per soddisfare i bisogni e i problemi di salute delle persone e delle loro famiglie, piuttosto che quelli degli operatori che li gestiscono.

Dall'approccio bio-medico all'approccio bio-psico-sociale

Stiamo assistendo al passaggio dall'approccio bio-medico all'approccio bio-psico-sociale, dalla preminenza del pensiero positivista del modello bio-medico alla comprensione della complessità e della transizione verso un modello sistemico: si tratta di un processo lungo e difficile e di un passaggio traumatico e faticoso.

L'evoluzione ha inizio nel 1948 con la modificazione del concetto di salute.

La "crisi" della **Medicina** che si definisce **scientifica** nasce da motivazioni complesse, paradossalmente insite al suo interno:

1. prende in considerazione soltanto la dimensione "**biologica**" della persona (bio-medicina) e ignora la dimensione mentale, la dimensione spirituale, la dimensione sociale;
2. **frammenta la conoscenza**: studia e analizza i vari organi (cuore, rene, cervello, occhio, ecc.) dal punto di vista anatomico, fisiologico, biochimico, patologico fino a livello cellulare, sub-cellulare e molecolare e **perde di vista l'insieme e la complessità** (si fa fatica poi a comprendere che quell'organo fa parte di una persona, che è un complesso inscindibile di corpo, mente e spirito, unica ed irripetibile nella storia dell'universo, profondamente inserita in un contesto familiare, lavorativo e sociale);
3. **pretende di applicare dei metodi matematici alla realtà biologica per renderla oggettivabile**, il che comporta l'esclusione di tutto quanto non è misurabile e quantificabile, dando inevitabilmente una rappresentazione parziale e limitata dell'universo osservabile (le emozioni, i sentimenti, le relazioni interpersonali, l'amore, l'ideazione, l'astrazione, la bellezza, l'arte, ecc. non sono quantificabili, anche se possono modificare in modo sostanziale l'equilibrio salute);

4. **trascura il rapporto medico/paziente** e tratta la persona come un oggetto da riparare. Gli ospedali sono suddivisi in reparti per malattie d'organo (cardiologia, oculistica, dermatologia, ecc.) e le persone sono chiamate col nome della malattia che le affligge (il cardiopatico, il glaucomatoso, l'eczematoso, ecc.) o con un numero (del letto o della cartella clinica). Vengono applicati rigidi protocolli terapeutici, ignorando che ogni paziente è diverso dall'altro e reagisce in modo diverso allo stesso trattamento. In altre parole la bio-medicina è "disumana" e comporta la disumanizzazione dei servizi;
5. ha creato una **ipertrofica domanda di malattia**, sostenuta dalle lobby di tutti coloro che lavorano nell'industria della malattia (i professionisti; le industrie farmaceutiche, gli ideatori e i costruttori di opere murarie - ospedali, RSA, Case Protette, Centri Diurni, ecc per l'istituzionalizzazione delle persone malate -; i costruttori e i venditori di apparecchiature diagnostico-strumentali, che hanno costi particolarmente elevati, fuori mercato; i costruttori e i venditori di laboratori di analisi; i costruttori e i venditori di apparecchiature elettromedicali, di presidi riabilitativi, di protesi e di ortesi, ecc., ecc.). Per rimanere nel campo ostetrico: la gravidanza è diventata una malattia, il parto cesareo è diventato il modo naturale di nascere, sembra che la procreazione assistita sia l'unico modo per mettere al mondo dei figli (magari alti, con gli occhi azzurri e con i capelli biondi), superata ora dall'ultimo grido: il concepimento in provetta (dietro a tutto questo, grossi interessi economici). I check-up e gli screening si sprecano, la stragrande maggioranza degli esami emato-chimici e diagnostico-strumentali sono normali e quindi inutili, i costi degli esami di ultima generazione sono proibitivi..... Il tutto comporta un aumento continuo e progressivo dei costi senza un miglioramento dei benefici in

termini di miglioramento dell'equilibrio salute col risultato finale che oggi, in Italia, la spesa sanitaria è fuori controllo.

“La stessa **medicina basata sull'evidenza** (evidence-based medicine, EBM) nasce dall'esigenza irrinunciabile della scienza all'oggettività, ed ancora risente del modello cartesiano che propone la visione dell'universo come una macchina governata da leggi matematiche, come sostiene anche Galileo.

La EBM si configura negli anni '90 come adattamento dei metodi dell'epidemiologia clinica all'analisi dei processi decisionali su pazienti singoli o su categorie di malati. In questo tipo di metodologia il caso singolo non ha alcun valore, mentre la maggiore significatività viene attribuita a casistiche quanto più ampie possibili dal punto di vista numerico. Fino a che viene usata come strumento conoscitivo utile per orientare una scelta terapeutica, non si può disconoscere l'utilità, ma i troppo entusiasti sostenitori di tale metodologia finiscono per proporla come unico criterio di decisione per fissare protocolli rigidi delle strategie di cura, senza più porsi il problema di adeguarlo alla soggettività del malato”. Non possiamo certo disconoscere gli enormi meriti e gli indubbi vantaggi, specie in termini di speranza di vita (**dare anni alla vita**) che sono stati ottenuti dalla **Medicina ufficiale**, ma la realtà in cui viviamo è assai più complessa, per cui dobbiamo essere capaci di superare il dualismo oggi esistente tra **Medicina convenzionale** (MC) e **Medicina non convenzionale** (MNC) per andare verso il concetto di **Medicina integrata** (MI), che sia orientata alla promozione della salute, che affronti la rapida transizione e la complessità nella quale viviamo (**modello sistemico**) e che metta al centro del sistema sanitario e socio-assistenziale **la persona** (con i suoi bisogni e i suoi problemi di salute, per **dare salute alla vita**) e **la comunità**, poiché a loro spetta di prendere le decisioni in me-

rito ai comportamenti e alle politiche da adottare (Piani di Zona per la salute e il benessere sociale). Nel novembre 1998 l'USL di Reggio Emilia, assieme alla nostra Società Scientifica (SIMEFaC), organizzò a Reggio Emilia un Convegno internazionale sul tema: "Migliorare la salute della famiglia". Al termine dei lavori venne stilata la **"Dichiarazione di Reggio Emilia sull'approccio bio-psico-sociale nell'Assistenza Sanitaria Primaria"**, sottoscritta dalle 12 Società Scientifiche presenti: Società Italiana di Medicina di Famiglia e di Comunità (SIMEFaC) – Federazione Italiana dei Medici Pediatri (FIMP) – Associazione Culturale Pediatri (ACP) – Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza (SIMA) – Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale FIMMG) – Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) – Società Spagnola di Medicina di Famiglia e di Comunità (semFYC) – Associazione Portoghese dei Medici di Clinica Generale (APMCG) – Dipartimento dei Medici di Famiglia dell'Università dell'Illinois – Chicago – Associazione per le Scienze Comportamentali e l'Educazione Medica (USA) – Società dei Docenti di Medicina di Famiglia (USA) – Società Giapponese dei Medici di Famiglia.

"Dopo la Carta di Ottawa (1986) si va sempre più affermando la **dimensione spirituale della salute**". Negli ultimi anni sono comparse, su riviste di Medicina Interna, Medicina di Famiglia, Medicina Generale, Pediatria, Oncologia, Scienze Infermieristiche, centinaia di pubblicazioni sul tema **"Spiritualità e Medicina"**.

Questo grande interesse si è manifestato soprattutto nel mondo anglosassone e in particolare nel Nord America, dove attualmente vengono svolti corsi regolari di spiritualità in almeno 50 Scuole di Medicina per studenti, infermieri e per laureati in formazione continua, essendo considerata **la spiritualità un fattore importante e trascurato della salute del paziente**".

La spiritualità viene vista per lo più come una parte complessa e multidimensionale dell'esperienza umana, avendo aspetti cognitivi, esperienziali e comportamentali.

Gli aspetti cognitivi e filosofici comprendono la ricerca del senso, dello scopo, della verità nella vita e comprendono le credenze e i valori secondo i quali l'individuo vive.

Gli aspetti esperienziali ed emozionali comprendono le sensazioni di speranza, amore, appartenenza, pace interna, conforto, sostegno. Questi aspetti si riflettono sulla qualità delle risorse interiori dell'individuo e delle sue relazioni con se stesso, con la famiglia, con la comunità, con l'ambiente, con la natura e con il trascendente.

Gli aspetti comportamentali della spiritualità comprendono i modi con cui la persona manifesta le credenze individuali e lo stato spirituale interiore. Molte persone promuovono la spiritualità attraverso la religione, oppure attraverso una relazione personale con il divino, mentre molte altre possono promuoverla attraverso un rapporto con la natura, con la musica e le arti, o attraverso una serie di valori e di principi, oppure attraverso la ricerca delle verità scientifiche.

Si può comprendere che, nel processo per la tutela e la promozione della salute, la spiritualità può aiutare a sopportare il dolore, a sopportare le cure, a resistere e superare malattie e difficoltà della vita, ad affrontare la morte e può aiutare anche a migliorare le condizioni di benessere, che a sua volta migliora il piacere di vivere".

Dallo Stato assistenziale (Welfare State) alle Comunità del benessere (Welfare Community)

Stiamo transitando faticosamente dallo Stato assistenziale alle Comunità del benessere.

Nell'anno 2000, dopo 110 anni (Legge Crispi), è stata emanata la Legge-quadro di Riforma del-

l'Assistenza (L. n. 328/00) e nel 2003 la Regione Emilia-Romagna ha emanato la Legge attuativa regionale (L. R. n. 2/03). Nel Dicembre 2007 la Regione Emilia-Romagna ha emanato il 1° Piano Sociale e Sanitario 2008-2010.

Le Leggi ora ci sono: si tratta di applicarle perché non rimangano sulla carta.

Due sono, a mio avviso, le priorità da affrontare: **la promozione della salute** della popolazione per ridurre la consistente fetta delle malattie comportamentali e quindi il numero dei malati e la spesa sanitaria e **la formazione continua del personale sanitario, sociale ed educativo** perché la qualità dei servizi dipende dalle conoscenze e dalle competenze del personale che li gestisce

La Legge di Riforma dell'Assistenza ridefinisce il profilo complessivo delle politiche sociali, modificando il concetto su cui si basava il sistema delle prestazioni e dei servizi socio-sanitari per arrivare a superare il tradizionale concetto passivo e puramente risarcitorio dell'assistenza e muovere verso un sistema di protezione sociale attivo, capace di offrire possibilità di autonomia e di sviluppo alle persone che si vengano a trovare in condizioni di bisogno

Ogni persona, in qualsiasi condizione sociale, **è dotata di risorse e di capacità**: va aiutata a riconoscerle, ad appropriarsene e ad esprimerle per sé e per gli altri.

La legge è finalizzata alla costruzione di un sistema integrato di servizi e prestazioni, che veda coinvolti soggetti istituzionali e della solidarietà e caratterizzato da **Livelli Essenziali di Assistenza** (LEA) sanitari e sociali, con prestazioni accessibili a tutti.

Il Sindaco (la "Conferenza dei Sindaci") e **il Comune** (Il Distretto socio-sanitario) ha tutti gli strumenti per tutelare e promuovere la salute del singolo, delle famiglie, dei gruppi sociali e della popolazione e per sviluppare la partecipazione attiva e responsabile della comunità che lo ha eletto e che amministra (vedi progetto "città sane").

Il Piano di Zona, distrettuale, per la salute e il benessere sociale è lo strumento per creare un sistema di protezione sociale costituito da una rete di interventi e di servizi sanitari, socio-assistenziali ed educativi, autorizzati ed accreditati, a favore delle persone e delle famiglie in difficoltà, con la loro partecipazione attiva e responsabile, per dar vita a un sistema fondato sull'Assistenza Sanitaria Primaria (Alma Ata, 1978).

I Servizi devono occuparsi di **promozione della salute**, di **prevenzione delle malattie**, di **riabilitazione** e non solo di **diagnosi e cura**. Devono essere efficaci, culturalmente accettabili, accessibili e fruibili; la comunità deve essere coinvolta nello sviluppo dei servizi, anche per promuovere l'auto-responsabilizzazione e per ridurre la dipendenza.; l'approccio ai problemi di salute deve essere intersettoriale, cioè coinvolgere tutti gli altri servizi non medici e sociali, che risultano però importanti ed utili ai fini di promuovere la salute. Nel dicembre 2000, nella sua relazione **"dalla sanità alla salute"** l'allora Ministro della Sanità Umberto Veronesi disse a chiare lettere che, mentre abbiamo costruito un "sistema sanitario" tra i migliori del mondo per quanto concerne la capacità di soddisfare equamente i bisogni di cura dei cittadini e di rispondere alla richiesta di prestazioni tecnico-professionali valide e garantite a tutti, molta strada ci rimane da fare per rispondere alla domanda di salute che riguarda i **"processi esistenziali e la qualità della vita"**, il benessere, lo star bene, che è fatto di molti altri fattori a cominciare dalle relazioni di affetto, dai rapporti umani che intratteniamo con gli altri, da ciò che mangiamo, respiriamo, acquistiamo, dalle case che abitiamo, dalla città in cui viviamo.

E, **per conquistare la salute**, la sanità non è sufficiente, ma occorre un'azione intersettoriale che ha come protagonista la comunità intera, dove tutti i soggetti sociali ed istituzionali si confrontano e collaborano: le famiglie, la scuola, il lavoro,

il 3° Settore, il Comune, la Provincia, la Regione. Per convincerci di questo, basta ripercorrere gli indicatori della “**Relazione dello Stato sanitario del Paese**” per rendersi conto che, accanto ad alcune “performances” più che apprezzabili – come ad esempio, maggiore longevità, minore mortalità per tumori e infarto, minore mortalità infantile, minore mortalità per AIDS, maggiore controllo delle malattie infettive – emergono situazioni sempre più preoccupanti sul piano della **qualità della vita** e della **salute dei cittadini**.

Pensiamo solo ad alcuni “stili di vita” irregolari come il **fumo di tabacco** e l'**abuso di alcol**, ai **disturbi del comportamento alimentare** che sconfinano nell'anoressia e nella bulimia, all'obesità e al sovrappeso, con il più alto tasso europeo di obesità infantile, alle **morti evitabili per infortuni in casa e sul lavoro** e per **incidenti stradali**, che nascondono spesso cause legate a situazioni di profondo malessere.

L'aumento di fenomeni come la **depressione**, l'**ansia**, gli **stati di panico**, l'**insonnia**, la **dipendenza da farmaci**, soprattutto **psicofarmaci**, alcuni epifenomeni di grande allarme sociale, come l'**aumento di suicidi**, la **pedofilia**, la **violenza all'interno della famiglia**.

Sono tutti sintomi di un disagio ampio e preoccupante, di un diffuso malessere sociale, di un “**cattivo stato di salute**”, che contrasta con il buon stato della sanità.

“meno cura e più assistenza”

è da anni uno degli slogan dell'OMS

L'approccio all'Assistenza Sanitaria Primaria comporta l'erogazione a tutta la popolazione, residente e presente in un determinato ambito territoriale (distretto sanitario e sociale), di servizi di primo livello, capaci di rispondere ai bisogni reali e locali di salute, privilegiando i gruppi di popolazione più svantaggiati, allo scopo di presidiare

l'**equità** e la **giustizia sociale** in campo sociale, sanitario ed educativo.

Presidiare l'equità significa partire dagli ultimi, dagli emarginati, dagli esclusi dalla comunità di appartenenza, dare di più a quelli che hanno meno, privilegiando le fasce deboli della popolazione (famiglie multiproblematiche, gravi disabili fisici, psichici, neuro-sensoriali, soggetti autistici, disturbati mentali, cerebrolesi, malati cronici con pluripatologie, malati terminali, non autosufficienti, anziani soli, drogati, alcolisti, vedove, orfani, nomadi, immigrati, prostitute, carcerati, ecc.) per dar vita a comunità solidali ad aiuto reciproco, dove ognuno si senta responsabile di tutti. Esistono famiglie forti, ben strutturate, capaci di gestire in modo autonomo casi gravi e complessi, mentre esistono famiglie multiproblematiche che non sono in grado di gestire neppure la normalità. I **casi complessi** vanno gestiti con Piani di Assistenza Individuale (PAI), costruiti e monitorati da equipe multiprofessionali e intersettoriali, in quanto le risposte ai bisogni non sono solo sanitarie e sociali, ma possono essere anche educative, economiche, abitative, spirituali, affettive, amicali.....

In questo quadro generale le **organizzazioni di volontariato**, specie quelle di mutuo-auto-aiuto (anche per le malattie rare) possono e devono svolgere un ruolo insostituibile: nell'ascolto, nella vicinanza, nella prossimità, nella compassione, nell'analisi dei bisogni e dei problemi, nell'accompagnamento, nell'umanizzazione dei servizi, nell'advocacy, nella denuncia, nell'emergenza..... La persona in difficoltà, **va mantenuta**, per quanto è possibile, **a domicilio**, nella sua casa, coi suoi ricordi, coi suoi affetti, con la sua privacy, adattando l'ambiente di vita alla disabilità, aiutandola con reti parentali, amicali, di vicinato, con le “badanti”, con i volontari domiciliari, perché **si tutela la sua dignità e il suo equilibrio neuro-psichico** e perché costa meno.

Per una FEDER.S.P.eV. che si rinnova... gli Associati consigliano...

a cura di Antonino Arcoraci

Sono passati 43 anni (23 settembre 1977) dall'atto notarile costitutivo della FEDER.S.P.eV. con l'interesse di fare di essa una Associazione, la prima, forse ancora l'unica Associazione sindacale con lo specifico scopo di occuparsi dei titolari di pensione medici, farmacisti e veterinari che si fa carico istituzionalmente anche dei problemi delle loro vedove/i.

L'Associazione, *apartitica e senza scopo di lucro*, ha per Statuto, non solo la *difesa delle pensioni dei titolari e delle vedove, l'aiuto materiale e morale ai pensionati, alle vedove e agli orfani, l'offerta di consulenze gratuite previdenziali, fiscali e legali, a mezzo di esperti qualificati, la solidarietà tra gli iscritti tramite la costituzione di un fondo di solidarietà e fratellanza per l'assistenza economica a soci indigenti o alle loro famiglie*, ma anche *l'informazione tempestiva e costante sui temi della previdenza e assistenza, per mezzo del sito www.federspev.it, del giornale - ora Rivista - "Azione Sanitaria", l'istituzione annuale di premi di studio in varie discipline scientifiche, in favore degli orfani degli iscritti e concorsi letterari pittorici e musicali riservati agli iscritti, l'organizzazione di attività collaterali, culturali e turistiche*.

Il suo motto-slogan: *non soli, ma solidali*, traduce quanto era nello spirito di Eumenio Miscetti, Presidente per lunghi anni, e quanto è ancora nel largo gruppo di associati-amici, potenzialmente una forza, che continuano nel solco già tracciato. Associati-amici che si identificano nella FEDER.S.P.eV. e che in maniera gioiosa vivono la vita associativa della

FEDER.S.P.eV. Si incontrano al Congresso, partecipano al C. D. Nazionale, alle riunioni organizzate dalle Sezioni. A volte discutono, anche animatamente, di problemi importanti e il più delle volte demandano al Presidente Nazionale, Regionale, di Sezione le responsabilità decisionali.

Non sempre le decisioni soddisfano, non sempre i problemi, specie delle Sezioni, in gran parte in "crisi", vengono affrontati.

Passato il tempo, si modificano le esigenze e, malgrado le innovazioni statutarie, si sente un certo disagio, aleggia uno stato di disaffezione che si esprime con il calo del numero degli associati, calo che interessa, per altro, tutte le associazioni sindacali.

Se ne parla da anni, ma il problema rimane.

Le Sezioni non si rinnovano, non si rivitalizzano; manca sempre di più il ricambio generazionale con nuove idee, nuovi modi di esprimersi, di comunicare usando la moderna e più seguita tecnologia; non hanno sostegno per fare proselitismo.

Miscetti ripeteva sempre: *Per ogni iscritto un nuovo iscritto*. Il suo dire non più facilmente attuabile, resta comunque necessità, diventa esigenza.

Certamente non manca la volontà. Molti Presidenti di Sezione e i loro C. D. si spendono in varie maniere e su vari fronti, da quello sindacale fortissimamente sostenuto dal Presidente Poerio, agli incontri ricreativi, culturali, alle azioni benefiche per la comunità. Molte Sezioni si sono ampiamente aperte sul territorio, hanno creato e mantenuto contatti con le Istituzioni e con le altre Associazioni. Malgrado gli sforzi, malgrado i tentativi di coinvolgimento, il numero dei soci - in quasi tutte le Sezioni - si riduce. Non si riesce

a cooptare i giovani pensionati che sono input per il rinnovo e freno alla perdita lenta ma continua connessa alla estinzione naturale. A livello di Provincia si riducono i numeri e conseguentemente le forze. Si perde entusiasmo, visibilità, interesse... Si riduce la vitalità, diventa sempre minore l'appeal.

Con la perdita degli associati e il mancato rimpiazzo, si perde la forza non solo nelle Sezioni, ma anche a livello centrale. Riducendosi le entrate, le molte cose che prima venivano fatte, ora sono diminuite.

Bisogna a tutti i costi, aumentare i consensi, bisogna trovare il modo di vitalizzare le Sezioni che lentamente vanno "in sonno" e che maggiormente necessitano di riprendere fiato, avere respiro per mettere in pratica le proprie idee, sviluppare un programma.

Come?

Questo è il punto di domanda che vuole una risposta.

Per questo ho scritto "la lettera aperta" che lo stesso Presidente nazionale ha condiviso.

Con la lettera invitiamo tutti i soci a dare il loro contributo in idee, suggerimenti, proposte, anche critiche. Vogliamo un "concorso di idee" mirato a rivitalizzare le aree più lente. Contiamo di avere suggerimenti per realizzare delle "linee guida" e fare "nuovi programmi". Creare nuovi indirizzi, ma soprattutto, spingere ogni Presidente, il C. D. ad aprirsi. A sentirsi fortemente integrato nel sistema FEDER.S.P.eV. e operare adottando il principio del "service".

Per arrivare a questo non basta l'amicizia, non basta la lotta sindacale che è pure priorità, ma che in questo momento di crisi nazionale non trova ascolto, non basta Azione Sanitaria che migliorata nel tempo, è una rivista molto apprezzata e come vuole il presidente Poerio anche *rete di contatto tra noi*.

Ci vogliono nuove iscrizioni che aiutano ad allargare le entrate, a confrontare le nostre idee, a diffonderle anche in *streaming* e con tutti gli altri mezzi innovativi e fortemente diffusi, che raggiungono facilmente non solo i

soci, ma anche chi ha interesse a leggere o ascoltare, chi si incuriosisce e, attratto, si avvicina.

Pubblicizzare in tutti i modi e con tutti i mezzi possibili la FEDER.S.P.eV. e le sue finalità.

Essendo promotore dell'iniziativa, è giusto che esponga il mio modo di vedere e scriva quello che ritengo sia un suggerimento:

- a livello di Sezione ritengo importante il **Coinvolgimento**, il **Lavoro di squadra**, nel rispetto dei ruoli e poggiando sulle competenze, **Uscire** dal proprio perimetro e agire sul territorio, **Dare spazio** ai più giovani che hanno più forza e fanno più breccia sui coetanei. **Valorizzare i soci** facendo mostrare le loro competenze e invitandoli a fare cultura, volontariato... **Farli parte attiva e determinante** con ruoli specifici, incarichi annuali, **Spingerli al lavoro di squadra** che si giovi anche della leadership territoriale.

Comunicare sempre con l'esterno, rendere nota ogni azione attraverso la stampa o i nuovi mezzi di comunicazione.

A livello di Regione **favorire il coordinamento tra le Sezioni, creare una rete, facilitare i contatti**.

A livello nazionale **adottare nuove strategie** di pensiero e nuove forme operative.

Spingere verso l'alfabetizzazione informatica; **Imporre un tema nazionale** annuale di **interesse comune**, che ognuno svolge in maniera assolutamente autonoma, e che sia occasione di confronto in seno al Congresso.

Favorire il ricambio nelle Sezioni limitando la presidenza a un massimo di **2 mandati** (8 anni). Ognuna di queste mie proposte può diventare **tema di confronto a livello locale, regionale e nazionale**.

Scrivere è necessario. Le vostre idee-proposte, indirizzate a me antonino.arcoraci@gmail.it o alla Segreteria nazionale segreteria@feder-spev.it, saranno portate all'attenzione del Presidente e pubblicate nella pagina di Azione Sanitaria **"Per una FEDER.S.P.eV. che si rinnova... gli Associati consigliano..."**.

Per una FEDER.S.P.eV. che si rinnova... gli Associati consigliano...:

Fallucca Francesco - Roma:

- **conoscere** meglio gli associati anche attraverso un questionario;
- **proporre** loro una check list di desiderata;
- **creare** un sistema di informatizzazione allargata attraverso i nuovi mezzi di comunicazione per avere contatti più facili e più frequenti tra i soci;
- **ipotizzare** un servizio di telemedicina cogliendo le disponibilità nelle varie branche mediche e chirurgiche.

Dal Monte Pier Roberto - Bologna

- **intensificare** il rapporto FEDER.S.P.eV. e FNOMCeO e FEDER.S.P.eV. provinciale e Ordini dei Medici;
- per **avere spazio** nei **Bollettini** e nelle **riviste** editi dagli stessi Ordini per fare conoscere la FEDER.S.P.eV. e il suo operato, a livello nazionale e provinciale;
- per **inserire** la FEDER.S.P.eV. nelle commissioni per gli anziani o per i pensionati medici;
- **sostenere** il sistema di informatizzazione a livello provinciale anche con la creazione di corsi formativi;
- **facilitare** l'uso del sito www.federspev.it per l'aggiornamento continuo;
- **partecipare** giorno 1 ottobre, alla Giornata internazionale delle persone anziane;
- **ricordare** e **onorare** i colleghi, associati e no, che si sono distinti nei vari campi della medicina e nella vita di tutti i giorni.

Sisinni Salvatore - Lecce

- **agire** sulle sedi provinciali e supportarli, nelle iniziative culturali, scientifiche, ricreative o di altro genere;
- **facilitare** il rapporto Sezione-Ordine dei Medici, per nuove iscrizioni.

Saccà Natale - Catanzaro

- **sostenere** le Sezioni nei programmi mirati a **intensificare il rapporto tra i soci** e nella organizzazione degli incontri socio-ricreativo-culturali;
- **aiutare** le Sezioni ad **aprirsi al volontariato**;
- alla **creazione** di rapporto di **consulenza** diretta, o ambulatoriale specialistica o polispecialistici in cui gli iscritti operano a favore dei soci.

Piraino Giovanni - Palermo

- **necessità di una più facile comunicazione** tra la "dirigenza" e gli associati.

Morabito Santo

- **Allargare** alle altre categorie sanitarie;
- **pubblicizzare** ancora di più gli interessi dell'Associazione per motivare gli interessi.

Cortellezzi Armanda

- considera **i miei suggerimenti tutti proponibili**, ma ritiene che ogni sezione debba **studiare la strategia più idonea per il proprio territorio**. Nella sua esperienza, ai fini dell'acquisizione dei soci, "visto che le lettere inviate restano senza risposta", suggerisce il **passa parola tra amici e ex colleghi**.

Mantineo Gambadauro Ninny - Messina

- **sostiene** l'importanza dei facili incontri culturali.

Germanà Polino Anna Maria - Messina

- potrebbero essere **incontri mensili... di poesia** in luoghi istituzionali e aperti al pubblico.

Ristagno Angela - Messina

- trova **bello il rapporto amicale** che si crea in ambito di Sezione provinciale e a suo dire, lo **reclamizza**.

Torrisi Giovanna - Catania, Molino Letizia - Palermo, Costanza Marianna - Agrigento, Gangemi Agostino - Trapani, condividono.

La parola del signor Sindaco

a cura di Gianbattista Ceresa

Mariotto è sordomuto. “Mariolina” si sente chiamare con forte accento: è la vecchia che alza la voce e Mariotto si volta: “allora non è sordo!”.

“No, proprio sordomuto non è, però ha vissuto sempre tutta la vita con i suoi fratelli che sono sordomuti tutti e tre dalla nascita e lui ha imparato a comunicare con i segni come loro e ha imparato a fare il sordo”. Così si spiega Giuseppina. Doveva essere una bella vita in casa tra grandi silenzi, raffinato e preciso gesticolare per intendersi, intensa armonia tra i fratelli, tutti e tre non sposati e longevi.

“Mariotto poi non è fratello di nessuno in questa nostra casa, è solo un cugino”;
altra sorpresa.

I suoi veri fratelli sordomuti sono morti, vecchi, uno dopo l'altro serenamente come avevano vissuto nel loro mondo silenzioso in cui tutti sono talmente bravi nel comunicare a gesti che con pochi movimenti della bocca, delle labbra, della lingua, delle mani dicono tutto. Tutto, tutto senza fatica e tutti li capiscono!

- Anche noi sordomuti abbiamo imparato a muovere bene le labbra, la lingua e ci facciamo capire ma non così bene come gli altri. Tra di noi ci intendiamo con i gesti proprio bene. Si comunica così bene con i gesti che non capiamo perché tutti gli altri uomini e donne e bambini piccoli siano tanto progrediti e “parlino” con la bocca, che è così difficile da capire..... Ma forse noi sordomuti siamo più tonti, forse”.

Così pensavano.

Che confusione!

Mariotto che non era uno dei fratelli non era quindi sordomuto; ma morti loro è andato a vivere con altri due vecchi che sono suoi cugini e non sono sordomuti.

Ora è tutto chiarito.

Mariotto è senza un braccio.

Era rimasto congelato quando beveva, nella casa gelida, senza moglie, senza figli: nessuno se ne era accorto.

Solo Santino, che alla domenica era salito alla baita per salutarlo, dopo la Messa si era accorto che Mariotto non rispondeva. Eppure era in casa: non c'erano tracce diverse nella neve.

“Dove sei Mariotto?” diceva Santino entrando: “Dove sei finito?”

Un lamento lugubre usciva dalla camera di legno di cembro, gelida. Nel letto di coltri pesanti e ruvide, senza lenzuola, su un materasso di crine e rappezzato, c'era lui: congelato.

Santino che era alto e forte lo prende in braccio così com'è e lo porta a casa sua il giorno stesso di domenica a mezzogiorno.

Giuseppina, la sorella di Santino, quando vede arrivare il fratello con quel fagotto pesante tra le braccia e che perdeva la coperta di lana, lancia un urlo: “Chi è? È morto?” No, è solo congelato. Subito in camera, la stufa è accesa, il letto caldo; gli fanno bere vino bollito.

Mariotto si risveglia dal torpore del congelamento e balbetta. Loro, Santino e Giuseppina sanno che è un sordomuto anche se non è né sordo né muto e non fanno caso. Lui balbetta e finalmente comincia a tremare: dopo il rigore del gelo! Tremanti dei muscoli che si risvegliano: è vivo!

Quando, dopo qualche ora vanno in paese, cercano il Dottore.

Mariotto intanto si è già fatto accendere una sigaretta e tace. Non gli tremano più i muscoli del viso, la bocca, le labbra gelate e gonfie. È caldo e sciolto.

Il Dottore arriva, Mariotto lo saluta con lo sguardo. “È congelato alle mani, all’Ospedale subito”.

Quando torna a casa in corriera il braccio non c’è più. È un vivente, amputato del braccio sinistro e silenzioso. Chi lo vuole? Dove mettersi in quello stato?

I cugini Santino e Giuseppina, subito gli vanno incontro alla corriera, lo prendono e lo portano a casa. C’è posto per tutti e tre. Che bella vita! Silenzio, poche cose, pochi gesti.

Giuseppina fa da mangiare e qualche volta cambia i letti. Santino lavora ai suoi gingilli di rame, con sapienza: la cucina è nostrana, la stufa a legna, parenti lontani. Sono loro soli. Tre persone tranquille e beate.

Mariotto è un po’ diverso però: aspro, rude, solitario.

Dorme in un letto sfatto, con la coperta tirata sulla testa e un berretto di lana grezza calato sugli occhi fino al naso. Per lui è sempre buio, è sempre notte, dorme e dorme....

Santino e Giuseppina lo tolgono dal letto tutti i giorni, in due assieme perché uno solo non riuscirebbe a lavarlo. Il monco non si aiuta.

Cercano di tenerlo pulito alla loro maniera e gli danno da mangiare e anche lo imboccano.

Lui non si lamenta ma quando è seduto su una vecchia poltrona di legno e velluto rosso si guarda attorno con occhi dolci.

Santino e Giuseppina ciabattano nella vecchia cucina, Mariotto tace e guarda.

Giuseppina gli passa un vecchio giornale, una rivista dell’oratorio di chissà quale anno e che parla di Santi e Madonnine e Mariotto la legge con grande cura cominciando dall’indice. Legge tutto e poi rilegge le stesse cose sempre e così

passa tutto il giorno con un piccolo giornale dell’oratorio del paese.

Gli altri due serenamente lo tengono come un oggetto prezioso: è il loro Mariotto e di nessun altro ormai; nessuno si cura del povero monco, vecchio e sporco. Non possiede nulla, la casa era della Parrocchia. Non sono suoi neppure i pantaloni che gli cascano sempre, neppure la berretta di lana grezza: nulla. È vestito dalla bontà dei due vecchi cugini. Mangia la sua minestra di latte, la zuppa e anche il bollito di carne.

Il pane non manca.

Così passano i giorni, i mesi, gli anni. Chi entra in quella casa? Nessuno.

Un giorno qualcuno però bussa alla porta che è sempre sprangata dall’interno e poi bussa ai vetri della finestra della cucina. Giuseppina guarda dai vetri e poi corre alla porta e apre. Ma è il Sindaco!

Il Sindaco del paese in persona, alle quattro del pomeriggio.

Giuseppina non sa più cosa fare: ciabatta avanti e indietro e poi dice: “Si accomodi, entri signor Sindaco; siamo un po’ in disordine, venga in cucina. Non c’è il sole, non entra mai il sole da questa parte della casa, ma venga, venga lo stesso”.

Il signor Sindaco entra e si guarda attorno e anche se cerca di non farlo capire è curioso: la stufa a legna, l’armadio, il tavolo, un angolo con i ferri per il lavoro di Santino che crea bellissime Madonnine e Crocefissi di rame che le suore vengono ogni tanto a prendere e che accarezzano, l’altro angolo con la poltrona sconnessa di velluto rosso porpora come quella di un Cardinale. Mariotto vi è seduto alla grande, appoggiato sul braccio buono che gli è rimasto e con la berretta di lana grezza sulla testa e gli occhi di sotto, vivaci e dolci che fissano il signor Sindaco in persona.

Non l’aveva mai visto e neppure il Sindaco aveva mai visto lui.

Senza un braccio, muto, malmesso ma con gli occhi felici.

Giuseppina è lì attorno e gli tira su un po' meglio i pantaloni, Santino si emoziona per la visita dell'autorità e gli offre la sua sedia nell'angolo vicino ai ferri e alla Madonnina di rame che sta finendo di fare.

Il Sindaco saluta, stringe le mani, chiede notizie. Tutti dicono qualche cosa: sul tempo, sulla strada e la stalla con le bestie e Mariotto così abbandonato. Con una punta di orgoglio, proprio di vero orgoglio i due cugini confidano al Sindaco che sono più di quindici anni che hanno Mariotto in casa. Ha ottanta anni, lo hanno preso con sé quando era congelato e mezzo morto e poi dopo il ritorno dall'Ospedale. Lo assistono, gli danno da mangiare, lo aiutano a vestirsi, scaldano la stanza e lui Mariotto è come una bambola, non parla, lascia fare.

Si lascia cambiare i vestiti ogni tanto, pulire e anche imboccare. È un idillio tra i due cugini e il monco.

“Ma non parla?”, dice il Sindaco.

“Sì, non parla, ma non è muto: è così perché ha vissuto con i fratelli sordomuti veri e allora non parla; ma non è neppure sordo, capisce. Solo quando vuole fumare allora emette un grido con forza, vuol dire: sigaretta, sigaretta!”

E Giuseppina gli accende la sigaretta, ma non ogni volta che la richiede, solo due al giorno perché gli fanno male.

“Ah, sì, si dice il Sindaco: fumare fa male, sono convinto”.

È un Sindaco giovane, avrà quarant'anni. Mariotto lo guarda sempre e sorride poco.

Guarda e sorride poco: non dice nulla; lui è vecchio e conosce tutte le famiglie del paese, tutti i ceppi e gentilizi, guarda il Sindaco e tace.

Giuseppina lo scuote e gli dice: “Mariolina, saluta il signor Sindaco, salutalo, digli buongiorno, altrimenti non viene più a trovarti”. Mariotto tace.

Il Sindaco non fa molto caso, gli mette una mano sulla spalla.

Mariotto tace ancora.

“Non parla mai, solo quando vuole la sigaretta”, si giustifica ancora Giuseppina un po' imbarazzata.

“Non mi conosce, io sono giovane per lui” dice il Sindaco.

“Tornerò, tornerò ancora a farvi visita”.

“Non viene mai nessuno in questa casa, qualche nipote, ma solo perché vogliono l'eredità delle nostre cose”. “Ciao”.

Mariotto però ha sollevato il capo, ha la berretta sulla fronte e se la toglie con un gesto rapido della mano che gli è rimasta. Si drizza nel busto e si ravvia i capelli unti e bianchi. Gli occhi dolci si fanno più grandi e lucidi. È lì, seduto nella poltrona di velluto rosso scucita, con gli stracci di lana pesante che ha addosso e la mano si tende a quella del Sindaco che gliela stringe forte. Anche Mariotto la stringe forte e a lungo: è una mano robusta la sua, vecchia, ruvida, ossuta e calda quella che gli è rimasta.

Mariotto guarda bene il Sindaco in viso e poi dice chiaro, come nessuno lo ha mai sentito dire, lui sordomuto per vizio da una vita intera:

“Ciao, Carlo, tuo papà era il Mosè del Balaam. Ciao Carlino, vieni ancora; qui non mi manca proprio niente: ho da mangiare ed è caldo; ma vieni ancora, sai, vieni perché mi piace parlare”. Giuseppina, Santino e il Sindaco si guardano stupiti.

Carlo vorrebbe dire qualche cosa ma non gli esce una parola di bocca, gira lo sguardo attorno e se ne va, quasi fuggendo in quella sera dolce e senza vento. Un silenzio di tomba torna in quella casa.

Mariotto il sordomuto ora tace.

leri mattina i cugini lo hanno trovato morto nel letto sotto alla berretta di lana grezza calata sugli occhi, tra le coperte del suo povero giaciglio.

Saper invecchiare

a cura di **Andrea Dal Bo Zanon**
e **Giovanni Brigato**

I report sulla popolazione anziana richiedono particolare attenzione. A Padova, ad esempio, il settore programmazione controllo e statistica del palazzo Moroni, annota che, negli ultimi 10 anni, gli over 80 sono aumentati del 17,26% e rappresentano oltre il 9% dei residenti. Analoghe posizioni si verificano in tutte le altre città italiane. Il riscontro delle cosiddette culle vuote e della transizione demografica legata all'invecchiamento della popolazione, ci induce a formulare alcune considerazioni.

La vita. Che cosa è la vita? È un processo biologico che inizia con la nascita, attiva un determinato percorso e termina con la fine. È direttamente collegata al tempo che scorre veloce: fugge il tempo e l'uomo non se n'avvede, dice Dante Alighieri. Per un ateo è un breve soffio fra due grandi silenzi; per un credente è un breve soffio tra due grandi eternità. Comunque è un viaggio terreno che termina, perché nessuno qui ha posto fissa dimora, con la vecchiaia, per chi la può raggiungere. Quindi la vecchiaia è un dono che viene offerto a persone oculate e fortunate. Però, mentre tutti la cercano durante gli anni giovanili e della maturità, quando la raggiungono sono sempre pronti a criticarla per le sue limitazioni e per la polimorbilità che la affligge. *Senectus ipsa morbus est*, dice Tertulliano e purtroppo e c'è anche chi, fra i padri Latini, orribilmente l'ha definita come *imago mortis*. Personalmente mi affianco, senza esitazione, a tutti coloro e sono tanti, che la sostengono e la onorano come fondamento della vita. L'albero,

nella sua lunga esistenza vegetativa, fa sbocciare le gemme, genera le foglie, produce frutta, allarga le fronde ma, senza radici, si affloscia e muore. E i vecchi rappresentano le radici della società perché il futuro cresce sugli eventi del passato, sulla sua storia, sulle sue scoperte, sul suo raggiunto progresso. Ogni età ha la sua fisionomia; ogni età va rispettata in quanto vita umana, indipendentemente dal fattore anagrafico, perché è la vita interiore che rappresenta l'essenza del nostro esistere e non riconosce confini, per cui la corporeità non deve sopraffare la dignità dello spirito. Nascere è solo esistere; spetta all'uomo, nell'arco della vita, realizzare il compito di vivere.

Ora però, allo scopo di entrare nel nocciolo del problema, affidiamoci alla geragogia cioè a quella parte della geriatria che si propone di accompagnare l'anziano ed a lui suggerire il modo più adeguato per raggiungere un invecchiamento attivo o di successo (Maggi), dal momento che il geriatra si occupa prevalentemente della cura delle malattie degli anziani ed il gerontologo studia l'evolversi dei processi di invecchiamento. Sulla base di quanto esposto vorrei suggerire alcune personali osservazioni. In primis è opportuno comprendere che cosa è veramente la vecchiaia, cioè un processo biologico vitale che si evolve più o meno fisiologicamente con il passare del tempo e quindi lentamente spegnendosi con lo scorrere degli anni. Si cresce fino circa il secondo decennio, poi gli organi gradatamente cominciano a scemare la loro attività funzionale. Il cuore comincia ad affaticarsi con gli sforzi, il pancreas diventa fibroadiposo, il fegato comincia ad avviare l'insufficienza delle sue funzioni, i 100 miliardi di neuroni del cervello e le loro sinapsi diminui-



scono di numero e lo stesso volume cerebrale decresce. In natura nulla rimane immutato nel tempo e neppure l'uomo sfugge a questa regola fondamentale. Il secondo passo ci induce ad accettarla questa vecchiaia. Dicevano i nostri padri latini: *ad impossibilia nemo tenetur*, ossia fare le cose da noi realizzabili ed arrendersi di fronte a quelle che non abbiamo la capacità di affrontare e risolvere. Non accettarla vuol dire sacrificare sull'altare della ribellione il bene di vivere. Quindi accettare l'idea che lentamente si deve uscire di scena. Il terzo passo è veramente imprescindibile ed è rappresentato dalla prevenzione. Cercare di prevenire il processo di invecchiamento, al giorno d'oggi in cui si vive nell'efficientismo produttivo, è irrinunciabile. Infatti la longevità attiva rappresenta il traguardo cui tutti debbono mirare, per vincere sulla longevità offesa. Ma è necessario realizzare la cosiddetta prevenzione primaria lungo tutto l'arco della vita ossia mettere in atto uno stile di vita capace di aumentare la resilienza dell'organismo ai fattori esterni ambientali (i determinanti non genetici), riconosciuti addirittura più importanti di quelli genetici (60% contro il 40%). Quindi evitare possibilmente il soggiorno prolungato nei luoghi inquinati, abbandonare l'uso del fumo unanimemente definito molto nocivo, rifiutare i fattori edafici negativi come l'eccesso di grassi saturi animali e l'abuso dei carboidrati. L'eccesso di calorie introdotte è ne-

gativo, specie se abbinato ad una scarsa idratazione ed alla mancanza di adeguata attività fisica. Importante far funzionare il cervello perché, se non lo usi lo perdi, dicono i ricercatori americani. Quindi i processi di invecchiamento sono condizionati dal modo di vivere nelle precedenti età. Vecchi sbagliati si diventa da bambini. La quarta fase del nostro discorso è rappresentata dalla cura riservata alla persona anziana, che deve essere scrupolosa, continuativa, adeguata alla persona, e svolta sotto l'occhio vigile di un medico specialista generoso che sa sviluppare anche la cosiddetta emergente medicina narrativa che ti educa, ti incoraggia nell'affrontare gli aspetti più negativi legati all'età, con atteggiamento clinicamente obiettivo, moralmente onesto e socialmente responsabile.

Quindi far vivificare il concetto del bene di vivere per non porre termine al bene della vita senza un filo di speranza, alla ricerca di un amore che, nella sua essenza, apre le porte dell'infinito; la morte infatti rappresenta il momento che congiunge l'uomo alla eternità. Ci vuole coraggio ad essere vecchi ed un poco di ottimismo, perché la vecchiaia rappresenta una sfida adattativa di un nuovo esistere. Termine ricordando una bellissima frase del filosofo svizzero Henri Frederich Amiel: saper invecchiare è il capolavoro di saggezza, è la cosa più difficile nell'arte difficilissima della vita.

Un intervento chirurgico riuscito

a cura di **Cesare Puricelli**

Aguzze le montagne / sorveglian la pianura; / nell'aria ormai scura / la Luna splende già. / Un verme luminoso / di auto e camionette / serpeggia per la strada. / Mi chiedo dove va / tutta questa umanità.

Un intervento chirurgico riuscito, sfociato in una lunga amicizia con un prete eccezionale.

Il tremendo terremoto del maggio 1976 distrusse l'alto Friuli e si portò via circa mille vite. Il parroco del piccolo paese di Cerneglons, aveva i genitori che abitavano in una delle vallate dove il terremoto si era sentito di più. Preoccupato, prende la macchina e si dirige alla volta dei suoi. Il fondo stradale era interrotto da crepe nell'asfalto, qua e là disseminato da pietre, e vi era un intenso traffico, essenzialmente rappresentato da mezzi dell'Esercito che portavano soccorso alla popolazione:

Il parroco, don Arturo, raggiunti faticosamente i suoi, ha la gioia di constatare che stanno bene, e anche che la loro casetta non ha subito danni gravi. Viene naturale di festeggiare lo scampato pericolo con qualche bicchierino di buona "trape" (grappa) a 60 gradi. Rassicurato, e piuttosto allegro, don Arturo prende la via del ritorno, guidando sul veloce, ha fretta di tornare a casa, ormai è notte fonda. Ad una curva, l'impatto frontale con una ruspa dell'Esercito. Don Arturo, senza cintura di sicurezza, urta violentemente contro il volante, all'altezza delle clavicole: dolore locale, ma soprattutto senso di oppressione che cresce di momento in momento.

Don Arturo si sente veramente male, ha l'impressione di svenire e comincia a rivolgersi al suo Principale in modo poco rispettoso, a dirla breve bestemmia di brutto: prima di essere prete, è pur sempre un buon friulano ligio alle usanze.

Esce dalla macchina, un mezzo dell'Esercito lo raccoglie e lo trasporta velocemente in ospedale, dove arriva praticamente morente.

Mi hanno avvisato telefonicamente, tutto è pronto in sala operatoria. Penso ad una rottura di aorta, come più probabile, e non so cosa potrei farci.... Lo apro al volo in sternotomia mediana, e mi vedo un sacco pericardico enormemente dilatato da una raccolta ematica imponente. Apro il pericardio e vedo una lesione del ventricolo sinistro, a tutto spessore, lunga tre centimetri, parallela all'arteria interventricolare anteriore (IVA): tre punti attentamente dati (mentre il cuore batte!) per evitare di ledere l'IVA così vicina, e il problema è risolto. Ho riprodotto così l'intervento eseguito ai primi del '900 da Ludwig Rehn di Francoforte: in quel caso però la lesione era una ferita d'arma bianca. Immagino come si è prodotta la lesione in don

Arturo: nell'urto il volante ha esercitato attraverso lo sterno una pressione sull'aorta mentre il cuore era in sistole, e il ventricolo sinistro è "esploso". Due condizioni fortunate hanno impedito la morte istantanea: l'aorta che non si è rotta, e il pericardio che si è disteso, evitando il tamponamento del cuore. Evidentemente il Principale di don Arturo generosamente non se l'era presa per le bestemmie, e gli aveva dato una mano, pensando che non conveniva perdere un dipendente.

Comunque, rapido risveglio del paziente, una buona trasfusione di sangue, ventiquattro ore in

terapia intensiva, e dopo una decina di giorni, dimesso a godersi la convalescenza, ritornando alla sua attività di Parroco e alla sua passione di radioamatore.

Già, perché di fianco alla Canonica si ergeva una selva di antenne con la quale don Arturo si connetteva con radioamatori di tutto il mondo. Ad un certo punto Don Arturo si sentì in dovere di offrire qualcosa di concreto come ringraziamento ai suoi salvatori, cioè a me, al chirurgo che mi aveva aiutato, all'anestesista, e alla strumentista: tutto il gruppo operatorio: Pensò che un rinfresco in una trattoria sarebbe andata bene. Invece gli andò male: gli eroici salvatori si rivelarono famelici come locuste e consumarono una cena completa: antipasto, primo, secondo, dolce,

frutta, caffè, ammazzacaffè, il tutto innaffiato da un ottimo vino del Collio, d'annata. Don Arturo signorilmente stette al gioco, senza mostrarsi turbato. Per un momento provai un lieve rimorso, pensando che, per soddisfare la nostra ingordigia, don Arturo magari fosse ricorso ai fondi parrocchiali destinati ai poveri... Con me don Arturo dimostrò sempre un rapporto affettuoso: continuai sempre a ricevere sue cartoline, ad ogni ricorrenza. Dopo parecchi anni, trascorsi sempre in buona salute, venne per lui il momento di andare in pensione e, ormai in età avanzata, si ritirò in una Casa di Riposo per ecclesiastici. Non ricevetti più cartoline, mi informai e mi rattristò venire a sapere che era in preda a demenza senile.



Ricordo del dr. Luigi Scavuzzo

a cura di Salvatore D'Alcamo

Nato ad Enna nell'aprile 1939 si è spento il 12 aprile 2021.

Laureato in medicina e chirurgia nel 1966 presso l'Università degli Studi di Catania, ha conseguito presso la stessa università la specializzazione in Urologia nel 1970.

Ha svolto la sua attività professionale presso l'ospedale di Enna, in qualità di urologo, terminando la sua carriera con l'incarico di Primario di Urologia Endoscopica presso lo stesso ospedale. È stato Presidente dell'Ordine dei Medici di Enna da 1988 al 1990.

È stato inoltre, in tempi diversi, Presidente del Pannathlon e del Kiwanis di Enna.

Ha ricevuto, nel 2017, il premio Leonardo Da Vinci per il lungo impegno nell'ambito delle attività della Federazione Medico-Sportiva Italiana. Alla data del decesso, era Presidente in carica della Sezione di Enna FEDER.S.P.eV. sin dal 16/03/2013.

Ha svolto la sua professione con competenza e zelo non disgiunte dall'attenzione umana verso i pazienti che ha sempre considerato come persone, soprattutto nel momento della loro fragilità.



Persona buona, pacata, disponibile con tutti, con la sua scomparsa lascia un vuoto incolmabile non solo per la sua famiglia, in quanto marito, padre e nonno esemplare, ma anche per tutti i colleghi, amici e conoscenti a cui mancherà la sua signorilità, il suo garbo e la sua piacevole compagnia. Il suo ricordo resterà sempre vivo in tutti. Un vero gentiluomo.

Il consiglio del notaio

La dichiarazione di successione telematica

a cura di Chiarastella Massari

La dichiarazione di successione è un documento fiscale che si presenta all'Agenzia delle Entrate in caso di decesso di una persona, per evidenziare chi sono gli eredi e di cosa è composta l'eredità e per pagare le imposte e le tasse previste dalla legge.

In passato questa dichiarazione era un modulo cartaceo con più quadri che si poteva compilare manualmente e depositare all'Agenzia delle Entrate del luogo dell'ultima residenza del defunto. Da qualche anno la dichiarazione è solo digitale: più precisamente c'è un programma fornito online dall'Agenzia delle Entrate sul quale si fanno confluire i dati dei soggetti che ereditano e dei beni che cadono in successione e quindi la presentazione avviene solo in modalità telematica. Come fare allora?

Per chi ha confidenza con l'informatica, dopo avere scaricato il software sul proprio computer e compilato la successione, deve esportare il file su un pen drive e fissare un appuntamento con l'ufficio successioni: quindi consegnerà la pratica telematica di successione racchiusa in quel file al funzionario dell'Agenzia delle Entrate che lo seguirà per dare istruzioni sul pagamento e la registrazione della successione.

Siccome questo iter è abbastanza complesso, perché il software non è di facile utilizzo, vi sono delle alternative da considerare.

L'Agenzia delle Entrate ha consentito ad alcune categorie di soggetti di fare da intermediari qua-

lificati per la presentazione delle dichiarazioni di successione telematiche.

Ci sono infatti alcuni Notai, Commercialisti e Avvocati che si sono accreditati con l'Agenzia delle Entrate entrando in un apposito elenco di soggetti abilitati.

Ci sono poi alcuni CAF che hanno ottenuto questa abilitazione. Quindi si dovrà trovare un professionista qualificato o un CAF che possano essere disponibili all'invio della successione telematica. Va precisato che il termine per la presentazione è di un anno dal decesso del defunto, se non si vuole incorrere in sanzioni.

All'intermediario scelto si dovranno portare poi i documenti degli eredi e del defunto, il certificato di morte, lo stato di famiglia storico del de cuius (da cui si può far capire i legami di parentela per ricostruire l'albero genealogico), i documenti relativi agli immobili del defunto (visura /atto di proprietà) e quelli inerenti i conti correnti bancari/postali con il saldo alla data del decesso.

L'intermediario poi calcolerà l'importo da pagare a titolo di imposte, importo che gli dovrete versare in quanto vostro sostituto di imposta prima dell'invio della dichiarazione.

Una volta inviata, l'Agenzia delle Entrate controlla la compilazione e il conteggio delle imposte e la conferma o chiede una rettifica. In caso di conferma, addebita l'importo delle imposte e restituisce la dichiarazione con i dati di registrazione (numero, data di presentazione e volume) sempre in modalità telematica.

Successivamente se ci sono immobili, la dichiarazione dovrà essere inviata al Catasto per il cambio dell'intestazione a favore dell'erede (la cosiddetta voltura catastale). Quindi a chiusura della successione, nella visura catastale vi sarà il nome dell'erede quale nuovo titolare dell'immobile.

Questo è a grandi linee il nuovo iter della successione telematica.

Per approfondimenti sarà opportuno chiedere al vostro professionista o Caf incaricato della compilazione o direttamente all'Agenzia delle Entrate, in caso di compilazione fai-da-te.

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 la gioia di chi trova lavoro o sa di non rischiare di perderlo o fa il lavoro che ha sempre desiderato. Perché il lavoro è l'elisir di lunga vita, è la pietra filosofale di chiunque in tutti i tempi, ma in particolare adesso che trovarlo è diventato difficile e perderlo così frequente. Lavoro raro ma, proprio per questo, sempre più prezioso. L'abitudine al lavoro modera gli eccessi, induce il bisogno, il gusto dell'ordine, quindi il lavoro ha anche una valenza educativa. Il lavoro è il più importante fattore di socializzazione nelle società complesse, è la principale fonte di sostentamento per tutti, nobilita chiunque, anche chi svolge un lavoro umile.

Proprio il far parte di un sistema sociale dà un'identità a chi lavora, a chi mette le proprie conoscenze e competenze al servizio del prossimo perché *sapere e sapere fare* comporta il *sapere essere*.

Il lavoro, per dirla con Voltaire, allontana la noia, il vizio e il bisogno, ma sicuramente non *"rappresenta l'attività di chi non trova niente di meglio da fare"* (Oscar Wilde)

anche se all'ozio e all'arte del praticarlo Herman Hesse ha dedicato un intero libro. Ma nel suo libro Hesse non si riferiva certo ai disonesti che abbandonano l'ufficio per recarsi al bar, al supermercato o in palestra. Per questi ultimi non si può parlare di ozio creativo ma solo di danno alla comunità e di furto dello stipendio. Che il lavoro sia importante lo sanno tutti, che chi non lavora non mangia si dice dalla notte dei tempi. L'origine del proverbio pare sia ebraica, in latino: *"Si quis non vult operari, nec manducet"*. Non sempre quest'affermazione risponde a verità, perché da sempre esistono i parassiti che vivono a spese di qualcun altro o, più semplicemente gli eredi di grandi o meno grandi patrimoni.

Ma davvero è bello potersi permettere di vivere senza lavorare? No, se non per qualche periodo di necessario riposo o al momento del pensionamento. E, per alcuni, neppure allora.

Per molti il lavoro è il binario in cui muoversi per non deragliare. Un punto fermo. Un porto sicuro. Una porta che si apre tutti i giorni e li riempie di significato.

Molti progressi nell'innovazione o nel miglioramento delle produzioni preesistenti si ottengono lavorando in gruppo. Fare squadra, lavorare in team valorizza le singole persone e ottimizza il lavoro. Nella sua più moderna declinazione il lavoro di gruppo consiste nel lavorare l'uno per l'altro e non solo

l'uno con l'altro. Se la conoscenza e la competenza sono costruzione o ricostruzione, nel lavoro in team costruzione e ricostruzione da individuali diventano sociali. Lavorando insieme ci si controlla reciprocamente, si scelgono insieme le strategie da utilizzare, si verificano insieme i risultati ottenuti, l'apporto del singolo lavoratore non viene nascosto dal gruppo, non si perde nell'insieme ma si sviluppa e si evidenzia a partire dal miglioramento della coscienza di sé e delle proprie potenzialità che possono nascere e nascono solo dal e col confronto. Dal confronto, infatti, nascono nuovi stimoli e nuove idee. Moderne e quanto mai paradigmatiche della positività dei lavori di gruppo sono le start-up di giovani brillanti e preparati che entrano con successo e con la forza delle loro idee nel mondo del lavoro.

I costumi si evolvono, il mondo cambia, ma i bisogni non cambiano. Poter provvedere a sé stessi, sentirsi utili agli altri attraverso il proprio lavoro è un bisogno primario, oggi come nei tempi antichi, perché, oggi come allora, *"labor omnia vincit"*, "il lavoro vince ogni cosa" come ci insegna Virgilio nelle Georgiche in una celebrazione quasi religiosa del lavoro che condensa il messaggio di tutto il poema virgiliano.

Nero come la speranza di riavere un lavoro perduto a causa del disastro pandemico che, in-

sieme a tante vite, ha spazzato via, negli ultimi 13 mesi, nel lungo periodo in cui siamo rimasti chiusi in casa, mezzo milione di posti di lavoro di lavoratori precari e non solo di quelli. Il Sars Covid 2 ha cristallizzato la polarizzazione del lavoro in due categorie: lavoro povero e lavoro di qualità. Servono investimenti nella formazione, che può avvicinare le due categorie diminuendo progressivamente il lavoro povero a favore di quello di qualità.

Ma intanto i posti di lavoro diminuiscono nonostante il blocco dei licenziamenti che, di recente, è stato di nuovo prorogato. Importante nelle fabbriche e non solo sarebbe ripristinare la staffetta generazionale che tanto benessere e tanta serenità ha dato alle famiglie italiane in passato.

Una volta finito il blocco molti perderanno il lavoro e a questo il nuovo governo deve provvedere per tempo attraverso misure richieste da sindacati e associazioni di categorie produttive. Ad essere penalizzate sono state soprattutto le donne. Le ultime a trovare lavoro, le prime a perderlo. Le poche che lo hanno mantenuto hanno fatto in casa lo smart working con i bambini tra i piedi a chiedere con insistenza attenzione, aiuto e interventi di ogni tipo. A restare a casa davanti al pc sono state prescelte, ove possibile, soprattutto le donne a causa dell'obsoleta mentalità che le vede ancora come angeli del focolare. Le donne che avrebbero desiderato un primo o un secondo figlio, con i problemi seri della pandemia hanno rinunciato, altre

hanno rimandato il matrimonio e la possibile maternità sine die. Con il preoccupante consequenziale risultato del calo delle nascite. Dal 1861, dall'Unità d'Italia, le culle non erano mai state vuote come adesso. E questo è gravissimo, perché si prevede, se le cose non cambieranno, un paese senza futuro. Ma, se si rendessero più accessibili le adozioni? Intanto, a sostenere l'economia del Paese, vengono erogati sussidi e ristori ad esercenti di ristoranti e bar, a proprietari di alberghi o di attività turistiche stagionali che non hanno potuto tenere aperto, inaugurare stagioni, lavorare, ma hanno comunque dovuto far fronte, pena la chiusura definitiva, a spese di gestione. Molte attività turistiche, ricreative e commerciali in difficoltà potrebbero essere comprate dalla mafia, pronta ad approfittare dello stato di bisogno di chiunque, ma questa non è una bella prospettiva per nessuno. Né per i gestori, né per lo Stato. Per non parlare dei lavoratori dello spettacolo, spesso precari, che sono stati totalmente dimenticati. L'erogazione dei sussidi, ampia e generalizzata, ha indotto i cronisti dei principali quotidiani a parlare di un'Italia trasformata in "sussidistan" un nuovo paese i cui abitanti, non tutti ma i tanti che non lavorano da un anno e hanno infoltito la categoria dei nuovi poveri, in attesa dei sussidi che comunque tardano ad arrivare, vanno a mettersi in fila alla Caritas o alle sedi delle tante associazioni di volontariato, laiche o religiose, che hanno compensato le carenze e colmato i vuoti che lo

Stato e le regioni non sono riuscite a colmare. Anche per altri paesi europei si può parlare di *sussidistan*, L'Italia non è sola. La pandemia sicuramente è stata ed è un fulmine a ciel sereno, una catastrofe che nessuno poteva prevedere e quindi ha colto impreparati gli abitanti del pianeta.

Ora la speranza si muove su vari fronti: i vaccini stanno a poco a poco arrivando. In tempi record, una ricerca scientifica ultraveloce che non è mai rimasta a guardare li ha prodotti, numerosi e diversi, ma sempre efficaci, negli Stati Uniti. In Inghilterra. Tra i paesi produttori, anche l'Italia avrà presto i suoi vaccini. Il Presidente del Consiglio prevede che l'attesa durerà solo qualche mese. E questa è davvero una bella notizia, anche se ci sarà da aspettare. Stiamo vivendo i disagi e i rallentamenti causati dalla difficoltà nell'approvvigionamento, e dalla mancanza di puntualità di certe case produttrici nel rispettare gli accordi presi a Bruxelles per tutti i paesi UE.

E la speranza? Nella transizione ecologica che ha un nuovo ministero dedicato. E poi, a fronte di progetti adeguati che l'Italia deve presentare all'Unione Europea, arriveranno presto molte risorse. Con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza PNRR, con i 209 miliardi assegnati al nostro paese abbiamo la straordinaria occasione per investimenti che potrebbero garantire un futuro migliore alle prossime generazioni, se ci saranno come ci auguriamo. Ci sarà, perché è possibile, una vera transizione ecologica.

L'arte del mal sottile

a cura di
Antonio Di Gregorio

ERRATA-CORRIGE

Si ripubblica il testo integrale corretto in quanto la precedente pubblicazione di gennaio-febbraio era errata.

KATHERINE MANSFIELD

In anni relativamente recenti ci abituiamo a vedere cortei di femministe che giustamente manifestavano per la parità dei diritti. Può sembrare incredibile, ma fino a qualche decennio fa nella civile Europa non erano rari i Paesi dove le donne non potevano neanche votare. Quelle manifestazioni di protesta, non disgiunte da una certa violenza coreografica, impressionavano poco lungo le strade di città abituate a vedere ben altro e in una società già ampiamente modernizzata. Proviamo invece ad immaginare quegli atteggiamenti di rottura ambientati nell'Inghilterra bacchettona di inizio Novecento ed avremo un'idea abbastanza precisa della violenza femminista di Katherine Mansfield. Amori maschili e femminili, convivenza senza matrimonio, matrimoni lampo, insofferenza a qualsiasi convenzione, un aborto, lunghe parentesi di vita bohemienne, una forte personalità, una ribelle. Ce n'è a sufficienza



per considerare questa scrittrice una donna troppo grande per la sua epoca. Grande e centrale inoltre è la figura femminile in quasi tutti i suoi racconti. Ma Katherine Mansfield fu anche debole, indifesa, bisognosa di conforto e di comprensione durante i lunghi anni passati in compagnia di quella tisi che afferrò il suo giovane corpo e la sua anima inquieta fino alla consumazione totale in un gran flotto di sangue. Katherine Beauchamp era nata a Wellington, in Nuova Zelanda il 4 Ottobre 1888, ma a venti anni fuggì a Londra, per appagare la sua grande voglia di vivere, insieme con una coetanea, Ida Baker, che fu sempre al suo fianco nei momenti brutti e con la quale stabilì un complesso rapporto di amicizia e un forte legame sentimentale. Il suo primo marito fu un cantante lirico tale Bowden che essa lasciò il giorno stesso del matrimonio. Convisse a lungo e poi sposò il critico John Middleton Murry, il classico inglese fred-dino, che spesso la lasciò sola,

specie durante la malattia, ma che ebbe il merito di pubblicare, dopo la morte della scrittrice, i suoi splendidi Diari e centinaia di Lettere, preziosa testimonianza del suo immenso talento, non inferiore a quella dei famosi Racconti. Katherine Mansfield (questo è il nome d'arte che si scelse) occupa un posto di grande rilievo per l'articolazione della scrittura dei racconti. Ispirata dal suo autore preferito, Anton Cechov, trasformò gli schemi narrativi del naturalismo francese, modernizzando in stile novecentesco l'impostazione del racconto che spesso ambientava in luoghi chiusi ed in un breve spazio di tempo, utilizzando anche il flashback.

In un primo momento la critica non fu generosa con lei, considerandola una scrittrice minore, di racconti appunto, o marginale, perché proveniente da una colonia dell'Impero britannico o perché troppo imitatrice di Cechov. Ma quando nel 1945 uscì l'edizione completa dei suoi scritti tutti i dubbi sparirono e la sua grandezza in letteratura ebbe la giusta collocazione. Il suo capolavoro è considerato *Festa in giardino* (1922). Virginia Woolf confessò che l'unica scrittrice di cui era gelosa era stato proprio la Mansfield. Dal 1917 la tisi la costrinse a girare i sanatori di mezza Europa e nel 1922 tentò anche l'ultima cura presso l'Istituto per

lo Sviluppo Armonioso dell’Uomo, gestito dal russo Gorge Gurdejjeff a Fontainbleu, basato su medicinali come la musica, la danza e il contatto con la natura. I ciarlatani in medicina sono una razza antica e dura a morire. Fu tutto inutile. Katherine Mansfield morì per imponente emottisi nel gennaio 1923. Parlò spesso della sua malattia, specie nei diari e non

mancò di chiedere il miracolo di essere salvata, pur essendo al suo fianco: *“la Malinconia, per infermiera la Disperazione, la Sofferenza come servitore”*. Essa disperatamente non voleva morire. Nella consunzione progressiva aveva momenti di abbandono e sensazioni profonde di impotenza, a non conobbe mai la rassegnazione totale. Ed in questo fu

aiutata dalla consapevolezza di aver vissuto comunque una parte non piccola della sua vita così come aveva voluto, strappandola agli schemi preordinati preparati per lei da un destino infame. Osò parlare anche di felicità, sempre a modo suo: *“La felicità è come quando si inghiotte improvvisamente uno spicchio splendente di sole nel pomeriggio”*.



Storia della medicina

a cura di
Antonio Di Gregorio

ROBERT KOCH

Il 24 Marzo 1882 Robert Koch in una memorabile seduta della Società di Fisiologia di Berlino annunciò e fornì la prova di aver scoperto il bacillo tubercolare. Dopo secoli di buio pressoché totale nella lotta alla tubercolosi iniziava così la nuova era quella della conoscenza e dell'indagine, presupposti indispensabili per la sconfitta della malattia. Ricordare Koch solo per il suo inestimabile contributo nel campo della tubercolosi sarebbe riduttivo. Il rigoroso metodo scientifico, l'inventività, la padronanza della tecnica ed i suoi molteplici interessi nella Medicina gli valsero nel 1905 il Premio Nobel. Egli nacque l'11 Dicembre 1843 a Klausthal, nella regione mineraria dei monti Harz, terzo di tredici figli. Suo padre era minatore capo. Ma la sua laboriosità e la sua applicazione presto lo portarono a diventare ispettore capo di tutta la rete mineraria influenzando e stimolando con suo esempio il figlio che, molto dotato e intelligente, a cinque anni aveva già imparato a leggere e a scrivere correttamente. Frequentò con gran profitto gli studi secondari e si iscrisse all'Università a Matematica, ma dopo pochi mesi passò a Medicina laureandosi *maxima cum laude* nel 1866 a Göttingen. Partecipò nel 1870 alla guerra franco prussiana e nel 1872 divenne medico igienista a Wollestein. Ebbe occasione di studiare ad Amburgo un'epidemia di colera, riuscendo a vedere al micro-



scopio i vibrioni. I mezzi a disposizione non erano molti, ma le sue capacità di indagine già facevano intravedere immancabili successi. Attrezzò a laboratorio una parte del suo piccolo ambulatorio, compreso uno stabulario e presto ottenne la sua prima grande scoperta: l'osservazione e l'isolamento del germe del carbonchio, completando uno studio che presentò all'Università di Breslavia nel 1875, quasi contemporaneamente a Pasteur che nel 1887 preparò poi un vaccino specifico. Per meglio vedere i microbi Koch per primo adottò al microscopio una macchina fotografica, ottenendo ottime immagini ed affinando le tecniche di indagine batteriologica. Nel 1876 si trasferì a Berlino come Consigliere di Stato per la Sanità, avendo a disposizione certamente più mezzi e avvalendosi dell'aiuto di un assistente del calibro di Loeffler. Definì la patogenesi dell'erisipela, identificando stafilococchi e streptococchi. Quando decise di dedicare le sue attenzioni alla tubercolosi, questa malattia era causa di un settimo della mortalità. Per un periodo di circa sette od otto mesi Koch trattò il materiale patologico con diversi tipi di colorazione per individuare il germe responsabile, ma il risultato lo ottenne solo quando pensò

di aggiungere un mordente al colorante. Aggiunse il 10% di lisciva di potassio ad una soluzione alcolica di blu di metilene diluita in acqua distillata. Dopo un giorno lavò il preparato e lo colorò con una soluzione concentrata di vesuvina. Scoprì i bacilli "sotto forma di bastoncini colorati in blu, lunghi circa un terzo del diametro di un globulo rosso, che spiccavano sullo sfondo giallo brunastro degli altri elementi presenti nel preparato che avevano ritenuto la vesuvina, simili ai bacilli della lebbra, ma alquanto più snelli e con estremità affilate". Perfezionò la sua scoperta isolando questi bacilli da altri, coltivandoli e provocando con essi la malattia negli animali da esperimento. Definì perciò i famosi postulati che sono alla base di ogni seria ricerca batteriologica:

- 1) I microorganismi devono essere ritrovati in tutti gli individui affetti dalla stessa malattia.
- 2) I germi devono poter essere isolati in coltura pura.
- 3) I germi isolati iniettati in animali recettivi devono produrre in essi la malattia.

In seguito Koch viaggiò a lungo in Egitto e in India, fornendo un contributo determinante nello studio del colera e dell'enterite tropicale. Nel 1885 fu chiamato dall'Università di Berlino a dirigere l'Istituto di Igiene. Venne in Italia dove scambiò con **Giambattista Grassi** le sue esperienze sullo studio della malattia e nel 1908 arrivò anche in Giappone, preceduto da fama ed accolto trionfalmente. La sera del 27 Maggio del 1910 a Baden-Baden per un collasso cardiaco cessò di vivere un gigante della scienza, uno dei padri della microbiologia.

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

a cura di
Antonino Arcoraci

INDIFFERENZA

Antonio Gramsci, nel 1917 ha scritto: *odio gli indifferenti... Chi vive veramente non può non essere cittadino e partigiano. Chiama l'indifferenza: abulia, parassitismo, vigliaccheria, non vita... un peso morto della storia... L'indifferente opera passivamente, ma opera...; è materia bruta che strozza l'intelligenza... che abdica alla sua volontà...;*

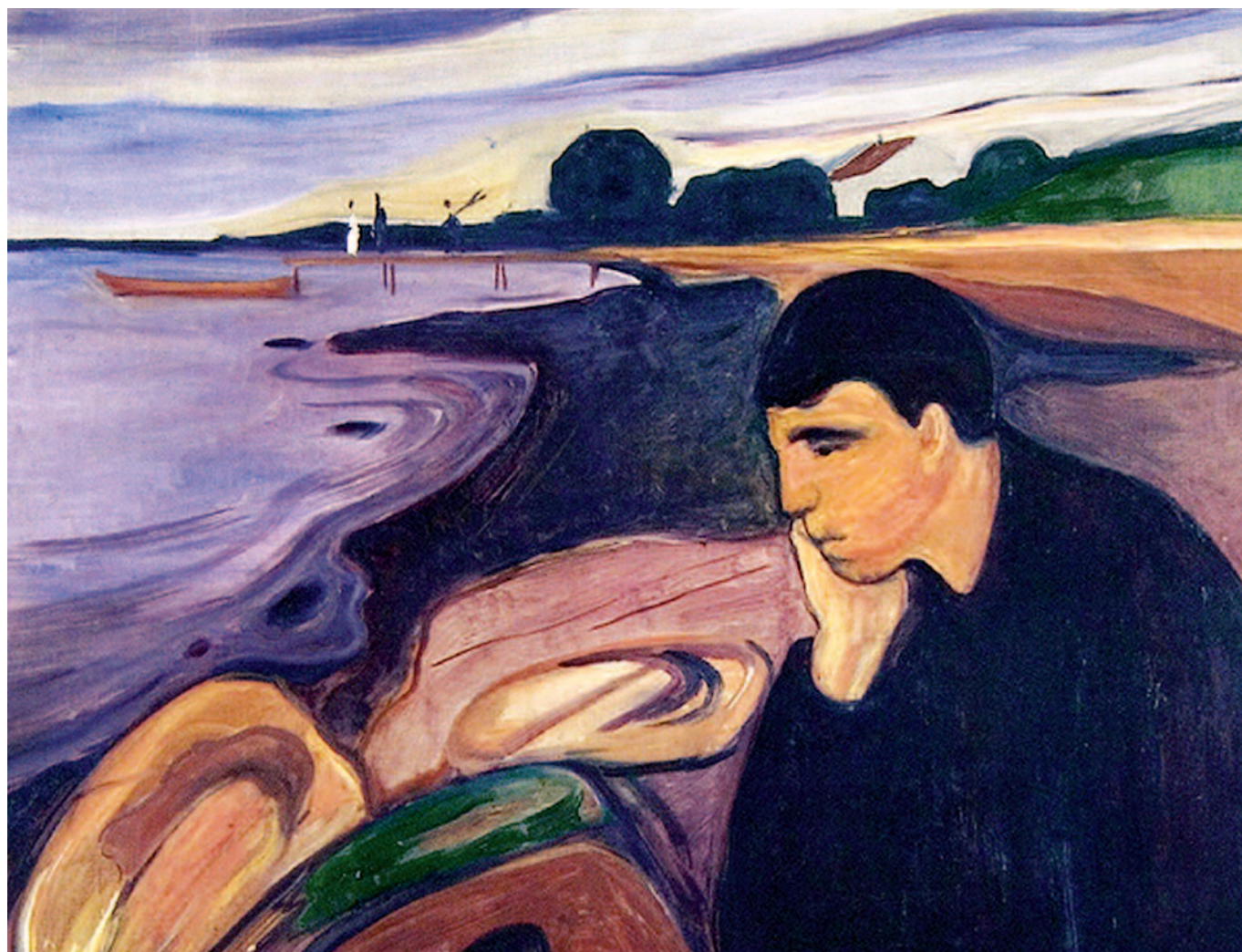
non si preoccupa... e considera fatalità ciò travolgere tutto e tutti. Alcuni piagnucolano pietosamente, altri bestemmiano oscenamente, ma nessuno o pochi si domandano: se avessi fatto anch'io il mio dovere, se avessi cercato di far valere la mia volontà, sarebbe successo ciò che è successo?

In filosofia, l'indifferenza è uno stato tranquillo dell'animo che, di fronte a un oggetto/evento, non prova... desiderio né repulsione; di fronte all'esigenza di una decisione volontaria, non propende più per l'uno che

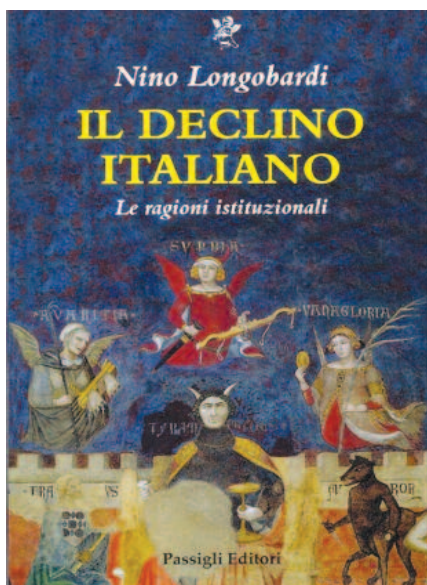
per l'altro termine di un'alternativa.

L'indifferente... manca di interesse o di entusiasmo. A volte può sembrare apatico. Ed è in ragione dell'indifferenza, come ha detto il Negus Hailè Selassie che l'inattività di coloro che avrebbero potuto agire... il silenzio... rende possibile il trionfo del male.

Ciò che avviene, non avviene tanto perché alcuni vogliono che avvenga, quanto perché la massa degli uomini abdica alla sua volontà, lascia fare, lascia aggruppare i nodi che poi solo la spada potrà tagliare... (Antonio Gramsci).



Nati per scrivere

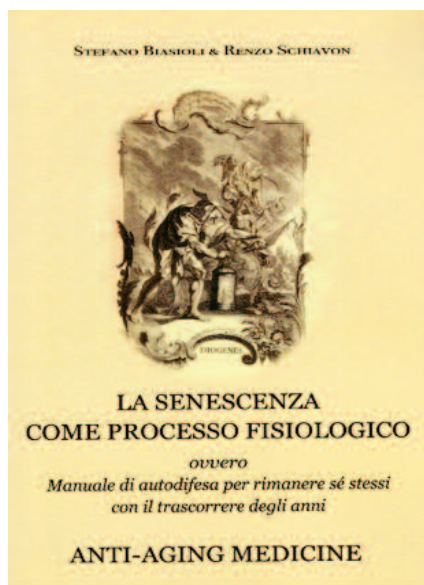


IL DECLINO ITALIANO *Le ragioni istituzionali* di Nino Longobardi

Questo lavoro intende rivolgersi a un pubblico ampio, non solo agli studiosi delle istituzioni.

L'importanza dei temi trattati, la decisiva incidenza di essi sui progetti di vita, i diritti e le aspettative dei cittadini hanno infatti suscitato un'ambizione ulteriore.

È quella di mettere alla portata del lettore non specialista i temi istituzionali, anche i più complessi, rendendoli agevolmente comprensibili senza rinunciare al necessario rigore.



LA SENESCENZA COME PROCESSO FISIOLÓGICO ovvero *Manuale di autodifesa per rimanere sé stessi con il trascorrere degli anni*

di Stefano Biasioli
& Renzo Schiavon

Gli Autori di questo volume sono due clinici "curiosi" che hanno trascorso la loro vita ospedaliera e post-ospedaliera mescolando sempre la pratica quotidiana con la ricerca clinica. In questi tempi di COVID-19, gli autori hanno scritto questo volume sull'invecchiamento, suddividendolo in tre parti: la prima dedicata a nozioni generali, di facile lettura. La seconda a interessanti dettagli, non sempre facilmente reperibili. Una terza parte, infine, riguarda alcuni allegati, tecnici ma interessanti, perché non di facile reperibilità.



UN NONNO MEDICO RACCONTA Tra sogno e realtà - tredici storie non comuni - di Salvatore Sisinni

Raccontare è come rivivere situazioni, ritrovare luoghi del passato e del presente, e, soprattutto, vedere o rivedere, guardandole negli occhi, dal vivo o in una foto, magari ingiallita dal tempo, persone scomparse o viventi, di ieri o di oggi.

Raccontare, in una parola, vuol dire emozionarsi. E chi non si emoziona non vive.

L'autore si augura che i suoi affezionati lettori, leggendo questi racconti, si emozionino e incantati da essi dilatino al massimo il tempo della loro esistenza. Buona lettura!

PUNTUALIZZAZIONE:

Nel precedente numero di Azione Sanitaria n. 2, marzo/aprile, è stata pubblicata la recensione del libro "Autopsia del matrimonio" di Anastasia Carcello. Si precisa che tale recensione è stata redatta dalla giornalista e scrittrice, Dottoressa Rory Previti, nostra preziosa autrice della rubrica "Rosso e Nero - il Blog".

Lettera al giornale

Squinzano, 22 aprile 2021

“**Q**ui siamo tutti incazzati” è un’espressione popolare significativa per esprimere la propria rabbia per qualcosa che non va, ma la si dice per lo più dagli uomini intenti a chiacchierare in un bar o tra due persone, sempre di sesso maschile, in una conversazione telefonica privata. Il vocabolario Zingarelli 2017 definisce la parola “incazzato” volgare. Ma l’espressione è indecorosa, se viene pronunciata, invece, in una trasmissione televisiva della domenica pomeriggio, seguita da milioni di telespettatori, qual è “domenica in”. È successo il 18 aprile scorso, all’inizio della trasmissione, quando Mara Venier, denominata da sempre “la signora della domenica” - io la chiamerei la “signora padrona della domenica” -, intervistando un bravissimo luminare dell’ospedale “Spallanzani” di Roma che, dopo aver spiegato chiaramente tanti aspetti di questa pandemia, ancora in atto, rivolgeva l’invito a vaccinarsi. Lei, per dargli - come si suol dire - “manforte”, cioè per sottolineare e ribadire l’invito a vaccinarsi senza aver paura aggiungeva testualmente: “Perché qui siamo tutti incazzati”. Espressione niente affatto elegante in quel contesto e, poi, pronunciata da una donna. Ora, credo si possa dire che per questa pandemia tante categorie di persone pos-

sono essere “incazzate” (imprenditori, ristoratori, proprietari di bar e pizzerie, tanti lavoratori dello spettacolo, parrucchieri, barbieri, estetiste, ecc.) ma proprio lei no. Perché la pandemia, suppongo, non le ha ridotto di un solo euro il lauto compenso per ogni puntata del suo programma (alla cui conduzione pare abbia fatto ormai l’abbonamento) non solo, ma non le ha impedito di conservare ed esibire un look perfetto, mentre ha usufruito gratuitamente, penso ancora, del personale di “mamma Rai”, specializzato nel “trucco e parrucco”. Non credo proprio che prima di andare in trasmissione, si sia lavati i capelli in casa da sola o, sempre da sola, si sia truccato il viso, gli occhi o si sia dato il colore ai capelli lucidi e lisci. E, allora, perché parlare in quel modo? Non sarebbe stato più prudente tacere e far parlare solo l’esperto infettivologo dello “Spallanzani”? Se si pensa, poi, che pochi giorni prima in varie città d’Italia i parrucchieri, in segno di garbata e civile protesta, hanno tirato su le saracinesche dei loro negozi e, in camice bianco, sull’uscio degli stessi, hanno incrociato le braccia. Perché, allora, non farli lavorare costringendoli, pene severe in caso di trasgressione, ad osservare rigorosamente le norme fondamentali anti-Covid, per quanto possibile, evitando che nel salone ci sia più di una persona in attesa. E, poi, mi chiedo e chiedo come facciano tanti uomini poli-

tici, che si presentano con capelli ordinati e, soprattutto, con la barbeta, oggi tanto di moda, trattata, almeno una volta la settimana, “a punta di rasoio”. Due sono le possibilità: la prima, che abbiano una moglie molto brava ad usare il rasoio (che si può acquistare facilmente negli appositi negozi); la seconda, che si servano di barbieri disposti a lavorare in nero. E così questo provvedimento del Governo, che ha chiuso i negozi dei barbieri e dei parrucchieri, ha allungato la lista dei “falsi” disoccupati, favorendo, in tal modo, la piccola evasione fiscale. Come, del resto, ha fatto qualche anno fa, l’istituzione del reddito di cittadinanza. Molti lavoratori, falsamente disoccupati, lo prendono e, nel contempo, lavorano in nero, percependo denaro in contante, non tracciabile e non tassabile. Alla faccia dei tanti “veri” lavoratori che sono destinati o a non aprire più i loro negozi e a trovare un altro mestiere (e non è facile) o, addirittura, a dichiarare fallimento. Gli indennizzi - i cosiddetti “ristori” - quando arriveranno - se arriveranno - saranno semplicemente i classici “pannicelli caldi” sicuramente non sufficienti a sedare la loro amarezza, per non dire rabbia. Essi dovrebbero veramente “incazzarsi” in questo periodo di crisi sanitaria ed economica, che non si sa quando finirà.

Salvatore Sisinni

Lettere al Presidente



Caro Presidente,
sono un medico pensionato e divorziato da molti anni.
In caso di decesso la mia ex-moglie avrà diritto alla pensione di reversibilità?
Attendo una tua risposta e ti saluto cordialmente.

Caro Collega,

il superstite divorziato può ottenere la pensione soltanto se è titolare di assegno di divorzio e solo nel caso in cui il consorte deceduto era già titolare di pensione propria al momento della sentenza di divorzio.

Inoltre il trattamento potrà essere riconosciuto per intero se il coniuge deceduto non aveva contratto nuovo matrimonio (in questa ipotesi il trattamento previdenziale spetterà pro-quota ad entrambi i coniugi tenendo conto della durata dei singoli matrimoni).

Per quanto riguarda l'assegno divorzile lo stesso deve essere attuale al momento del decesso, quindi non può essere considerato valido quello erogato in un'unica soluzione prima del decesso.

Cordiali saluti

Caro Presidente,
sono un medico di medicina generale molto vicino al pensionamento.
Compirò, infatti, 68 anni il prossimo 5 giugno.
Quando dovrò cessare l'attività? Da quando decorrerà la mia pensione?
Ti sono grato per le informazioni che mi fornirai e ti invio cordiali saluti.

Caro Collega,

per non perdere il compenso di giugno è opportuno cessare l'attività alla fine dello stesso mese.

Non sei infatti obbligato a cessare proprio al compimento degli anni. La pensione decorrerà dal mese successivo (luglio).

Ti ricordo che il medico convenzionato deve dare un preavviso alla ASL di appartenenza 60 giorni prima della cessazione.

Ti saluto cordialmente

VITA delle SEZIONI

CHIETI

In data 22/3/2021, il Comitato provinciale FEDER.S.P.eV. di Chieti-Pescara si riunisce per eleggere il nuovo Presidente, essendo deceduto il precedente, dott. Paolo Perenze, in data 13 aprile 2020. Sono presenti e con delega i seguenti componenti:

Dr. Lucio Frisoli

Vice Presidente (con delega alla Segretaria)

Sig.ra Isabella Chiucchiuini Matteucci

Segretaria

Sig.ra Domenica Troilo

Tesoriera

Sig.ra Maria Teresa Chiucchiuini

componente

Sig.ra Vittorina Calabrese

componente

Dr. Sandro Bruno

componente (assente giustificato)

I medesimi si sono riuniti presso l'abitazione della Segretaria Sig.ra Isabella Chiucchiuini Matteucci in una stanza molto ampia che ha permesso di rispettare le norme anti covid, dal momento che la sala dell'Ordine dei Medici della provincia per la pandemia non poteva essere utilizzata. All'unanimità i presenti hanno condiviso di nominare quale nuovo Presidente della FEDER.S.P.eV. di Chieti Alessandro Di Felice, già primario ospedaliero di Medicina nucleare e Radioterapia metabolica dell'Ospedale Renzetti di Lanciano (Ch). Il suddetto

dr. Alessandro Di Felice, presente alla riunione, accetta l'incarico e ringrazia il Consiglio per la fiducia accordatagli.

Il presente verbale è stato firmato da tutti i componenti il Consiglio provinciale.

Alessandro Di Felice

MODENA

Attività della sezione

ANNO 2019

20/02

Consiglio Nazionale - Partecipazione

22/02

Partecipazione al Convegno di Reggio Emilia presso l'Ordine dei Medici alla presenza del Presidente nazionale Prof. Michele Poerio.

13/03

Consiglio di Bilancio presso la sede dell'Ordine dei Medici.

21/03

Celebrazione S. messa a suffragio dei Soci defunti.

14/04

Assemblea elettiva presso la sede dell'Ordine dei Medici. Al termine delle votazioni la riunione degli eletti ha distribuito così le cariche:

Eletti per il C.D.P.

Presidente effettivo

Dott. Giacinto Loconte

Vice Presidente Vicario

Dott. Francesco Di Fidio

Vice Presidente

Dott. Pierluigi Neri

Tesoriera

Sig.ra Raffaella Cerfogli

Segretaria

Sig.ra Gilda Di Prisco

Consigliere

Dott. Nicolino d'Autilia

Consigliere

Dott. Pierluigi Forghieri

Eletti per il Collegio dei Revisori dei conti

Presidente

Dott.ssa Anna Maria Bolognani

Revisore effettivo

Sig.ra Mariolina Nava

Revisore effettivo

Sig.ra Lara Mantovani Uguzzoni

Supplente

Sig.ra Paola Colli

28-30/04

Partecipazione al Congresso Nazionale di Firenze.

09/05

Gita a Valeggio al Parco Sigurtà e minicrociera nella valle del Mincio e Lago Superiore a Mantova.

22/05

Consiglio del C.D.P. presso la sede dell'Ordine dei Medici.

19/06

Consiglio del C.D.P. presso la sede dell'Ordine dei Medici.

23/09

Gita alle cave di marmo di Carrara e visita alla Villa Puccini a Torre del Lago.

20/10

Consiglio del C.D.P. presso la sede dell'Ordine dei Medici.

26/10

Meeting intersezionale a Modena con visita a Palazzo Ducale, attuale Accademia Militare.

24/11

Assemblea ordinaria dei Soci presso la sede dell'Ordine dei Medici.

ANNO 2020

20/01 Consiglio di Bilancio presso la sede dell'Ordine dei Medici

Raffaella Cerfogli

TREVISO

Ho il piacere di comunicare che il giorno 17 marzo alle ore 17 la sezione di Treviso si è riunita sulla piattaforma "zoom" per una videoconferenza in tema di Covid.

Piuttosto che affrontare il problema dal punto di vista dottrinale o epidemiologico, abbiamo dato un taglio di tipo pratico, confidenziale, sfruttando l'esperienza che tre nostri colleghi hanno dovuto maturare sul campo, uno come paziente, un altro in qualità di responsabile di una RSA e l'ultimo come direttore sanitario di una associazione di primo soccorso. Da qui il titolo "Esperienza Covid sul campo".

Il dottor Martinello Pio, medico di famiglia, con la relazione "Da medico a... paziente" ha condiviso con noi in modo toccante la sua sofferta esperienza di paziente, che ha necessitato di un ricovero ospedaliero per 10 giorni, descrivendoci il dramma della solitudine, dell'angoscia, della paura di non farcela.

Il dottor Pomiato Franco, vicepresidente del "Centro Servizi della Persona Domenico Sartor di Castelfranco Veneto" ci ha presentato questo centro di residenza per anziani, che rappresenta una eccellenza del territorio, e ci ha illustrato le strategie messe in atto per limitare i contagi e, in controtendenza rispetto alle altre RSA, diventare presto zona "covid-free" senza l'alto numero di decessi registrato altrove.

Ha successivamente documentato con immagini eloquenti la realizzazione della “stanza degli abbracci”, attraverso cui gli ospiti hanno potuto fruire di questo meraviglioso strumento terapeutico che è l’abbraccio.

Il dottor Tabaccanti Sandro, direttore sanitario della ONLUS “Prealpi Soccorso” di Vittorio Veneto ha infine presentato le criticità in periodo di Covid per le associazioni di volontariato del primo soccorso,

sprovviste di tutto all’inizio della pandemia e quindi costrette ad inventarsi sempre qualcosa per essere di supporto in un periodo in cui c’era bisogno di tutti. La riunione si è conclusa alle ore 18.45 dopo una discussione interessante, che ha coinvolto gran parte dei partecipanti. particolarmente numerosi, inclusi alcuni Soci della sezione di Belluno.

Vincenzo Calìò

CONVENZIONI E SERVIZI

CENTRO PRENOTAZIONI BETTOJA HOTELS

Numero Verde: 800860004
Fax: +39 06 4824976
E-mail: commerciale@bettojahotels.it
www.bettojahotels.it

CONVENZIONE CON LA DIREZIONE DELL'HOTEL "LE SEQUOIE" A CARSOLO (AQ):

tel. 0863997961 - fax 0863909124
e mail: info@lesequoie.it - sito: www.lesequoie.it
L'Hotel Le Sequoie dispone di moderne camere dotate di ogni comfort compresa connessione Internet ad alta velocità in modalità WI-FI. Inoltre l'hotel dispone di campi di calciotto e calcetto, di tennis al coperto ed all'aperto e vaste aree verdi usufruibili con 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 gli esami audiometrici e, sull'acquisto di nuovi apparecchi acustici sarà applicato uno sconto del 20% dal prezzo del listino.
UDILIFE srl Piazza Conca D'Oro 22 - 00141 Roma telefono 0688812301

UNIVERSITÀ TELEMATICA PEGASO

Presidente: dott. Danilo Iervolino
sito web: www.unipegaso.it

UPTER (Università popolare della terza età) che organizza corsi di aggiornamento e di approfondimento su i più svariati argomenti. La sede centrale (esistono anche numerose sedi decentrate) si trova a Palazzo Englefield, Via 4 Novembre 157 - 00187 Roma tel. 066920431. Mostrando le tessere di iscrizione alla FEDER.S.P.eV. si ottiene uno sconto del 10% sul prezzo del corso scelto.

AVIS

Tutti gli associati FEDER.S.P.eV.-Confedir-CISAL potranno usufruire delle tariffe speciali dedicate ad uso personale in modo semplice e immediato.
Cisal codice associati: CISAL ASSOCIATI - AWD E553001 - sito web: www.avisautonoleggio.it
Centro Prenotazioni: 199 100133

ARTEMISIA BLU CARD (per i romani)

La tessera dà diritto, tranne accordi particolari con alcuni enti, ai segg. sconti:
- 10% sulla Fertilità di Coppia
- 15% sulla Diagnostica Strumentale
- 20% Esami di Laboratorio
sito web: www.artemisiam.it

AUXOLOGICO

Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico
A seguito di accordi intercorsi tra la Fondazione "Istituto Auxologico Italiano" e la Federspev è stata sottoscritta una convenzione, a decorrere dal 1 aprile 2019, per gli iscritti alla Federazione e i loro familiari. Per informazioni rivolgersi a **Stefania Bosu**: 02.619112241 - Cell. 335.5802728 - s.bosu@auxologico.it
Per i listini consultare il sito www.federspev.it - CONVENZIONI E SERVIZI.

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.assimedicis.it - E-mail: info@assimedicis.it

TERME DI SUIO

La FEDER.S.P.eV. ha sottoscritto una convenzione con le terme di Suio riservata ai propri iscritti. Per ulteriori info consultare il nostro sito.

CONSULENZA FINANZIARIA:

La FEDER.S.P.eV. ha sottoscritto una convenzione per la consulenza finanziaria con un professionista del settore bancario.
Gli iscritti interessati potranno telefonare a Donatella Peccerillo cellulare: 335.8161412, telefono fisso 06.684861, e-mail: donatella.peccerillo@spininvest.com

CONSULENZA NOTAIO:

Notaio Chiarastella Massari
Via De Luca 16 - Molfetta - tel. 080 3973189
Disponibilità ad un consulto telefonico per gli associati: il *mercoledì* ed il *venerdì* dalle ore 10,00 alle ore 12,00 e il *martedì* dalle ore 19,00 alle ore 20,00.
Per consulti scritti:
notaiochiarastellamassari@gmail.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
L'avvocato Palombi è disponibile a venire in sede previo appuntamento telefonico

ORARI DI UFFICIO:

L'ufficio è aperto tutti i giorni, eccetto il sabato dalle ore 9,00 alle ore 14,00 e dalle 14,30 alle 17,00.

POSTA ELETTRONICA:

federspev@tiscali.it - segreteria@federspev.it

SITO INTERNET: www.federspev.it

AZIONE SANITARIA

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 maggio 2021

