

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° 4 - luglio-agosto 2021 • ANNO XXXVIII

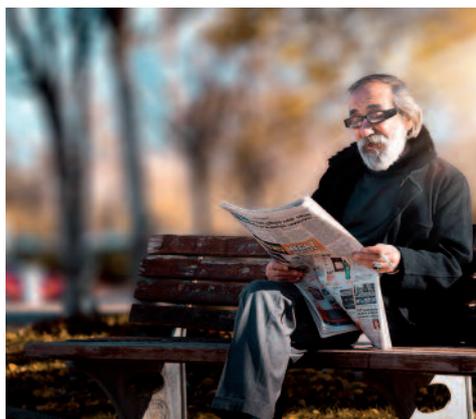
"NON SOLI, MA SOLIDALI"

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



PNRR e Sanità

In questo numero



PNRR e Sanità a cura di Michele Poerio	03
PNRR e Sanità: dopo il 2026 ci sarà un secondo step fino al 2030? a cura di Pietro Gonella, Stefano Biasioli e Michele Poerio	05
Vecchio, anziano o giovane di tarda età? a cura di Marco Perelli Ercolini	09
Giuramento di integrità scientifica tra "falsari" e "bari" in laboratorio e clinica a cura di Nicola Simonetti	11
Il Presidente Poerio presenta alla FEDER.S.P.eV. l'UDIR, una giovane ma già affermata associazione di presidi a cura di Michele Poerio	14
Finanza e politica / L'urgenza del Recovery chiede di accantonare ddl Zan e ius Soli a cura di Giuseppe Pennisi	16
2021-2030 "Decennio ONU dell'invecchiamento in buona salute" a cura di Antonino Arcoraci	18
Protocollo di cura per le complicazioni polmonari da infezione da Covid 19 a cura di Gian Battista Ceresa	22
A proposito del vaccino Astrazeneca a cura di Sergio Gagliardo	23
Un programma che aiuta a risolvere i problemi a cura di Piero De Giacomo	23
Ti conosco... mascherina! a cura di Peppino Aceto	24
Le emozioni in tempo di Covid a cura di Anastasia Carcello	26
Prima riunione telematica interregionale a cura di Antonino Arcoraci	31
Covid e EBM a cura di Pier Roberto Dal Monte	32
L'origine degli italiani a cura di Amilcare Manna	35
Se ogni famiglia è un mattone della società. Dalla qualità di detti "mattoni" dipende quella della società a cura di Pier Luigi Lando e Andrea Lando	37
Amore e pace: un anelito universale a cura di Giovanni Brigato	39
Il consiglio del Notaio a cura di Chiarastella Massari	42
Ricordo di Giuseppe Messina	43
Ricordo del dr. Giovanni Colantuoni	43
RUBRICHE	
Rosso & Nero / IL BLOG a cura di Rory Previti	44
L'arte del mal sottile a cura di Antonio Di Gregorio	45
Storia della medicina a cura di Antonio Di Gregorio	46
La senescenza tra massime, aforismi ... a favore e contro a cura di Antonino Arcoraci	48
Nati per scrivere	49
Lettera al giornale	50
Lettere al Presidente	51
Vita delle Sezioni	52

PNRR e Sanità



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

Sono profondamente convinto che Mario Draghi sia uno dei pochi uomini in Italia che può tirarci fuori dalle secche in cui ci siamo arenati e farci riprendere una navigazione relativamente tranquilla in un mare ancora molto agitato.

Condivido, in linea di massima, il suo Pnrr (Piano Nazionale di Rilancio e Resilienza) ma ho molte perplessità sulla parte sanitaria (da vecchio Primario ospedaliero e Direttore di Dipartimento chirurgico che ha convissuto per oltre 40 anni sia con una medicina squisitamente clinico-chirurgica, sia gestionale).

Questo piano individua la casa come “primo luogo di cura”. È rilevante, infatti, l’offerta di assistenza domiciliare per anziani, pazienti fragili o affetti da pluripatologie croniche, assistenza che fino ad oggi è stata pressoché assente, a parte qualche timido tentativo in Veneto e in poche altre regioni.

È incontestabile che l’organizzazione della sanità nel nostro Paese sia stata, fino ad oggi, improntata ad una visione prevalentemente ospedalocentrica.

È stata la caotica gestione delle prime fasi della pandemia ad evidenziare l’importanza di disporre di una organizzazione sanitaria territoriale che potesse individuare precocemente i pazienti affetti da Covid-19, isolarli e curarli a casa nella stra-

grande maggioranza ed inviando in ospedale i casi più gravi.

Nelle nostre università ogni anno si laureano migliaia di infermieri e tecnici che addestrati adeguatamente sono in grado, diretti dai medici specialisti, di eseguire esami diagnostici e somministrare terapie anche complesse direttamente al domicilio del paziente.

Il Piano punta, essenzialmente entro il 2026, sull’assistenza domiciliare, sulle Case di Comunità, sugli ospedali di Comunità, sulla digitalizzazione (telemedicina e non solo), sul potenziamento del **Fascicolo sanitario elettronico**, sulla riforma degli IRCCS, sull’aumento delle borse per la medicina generale e le specializzazioni mediche, sugli ospedali “sicuri e sostenibili” e sulla “sostituzione dei macchinari con l’acquisto di oltre 3.000 grandi apparecchiature ad alto contenuto tecnologico”, sul potenziamento della dotazione di posti letto di terapia intensiva (più 3.500 con uno standard di 0,14 posti letto per 1000 abitanti), e semintensiva (più 4.225 posti letto) **ma non di posti ordinari** la cui dotazione del 3,1 per 1000 abitanti (tra le più basse in Europa) ha determinato la morte di un non indifferente numero di malati.

Ma con quali fondi e senza una radicale rivisitazione dello stato giuridico dei medici dipendenti e dei medici convenzionati?

I fondi previsti per la sanità dal Pnrr ammontano a poco più di 15 mld (8% circa del Fondo europeo) ai quali vanno aggiunti 1,7 mld del **REACT EU** e 2,39 del fondo complementare per un totale di circa 20 mld, pochi se si vuole davvero puntare ad una “sanità sicura e sostenibile”.

Gran parte di questi fondi sono assorbiti dalla medicina territoriale fino ad oggi lasciata alla deriva, ma i circa 5,5 mld destinati alla medicina ospedaliera (che con grandi sa-

crifici e con oltre 350 morti solo fra i medici ha evitato assieme all'encomiabile azione delle forze dell'ordine, un vero e proprio “disgregamento sociale del nostro Paese”), sono assolutamente insufficienti.

Lo stesso ministro della salute aveva, a suo tempo, chiesto 34 mld per gli ospedali (costruiti al 50% in epoca anteguerra) per il loro ammodernamento tecnologico e per l'adeguamento alle normative antisismiche e antincendio (solo per questo ultimo adeguamento i tecnici hanno stimato una spesa di oltre 14 mld).

Ci avviamo da una sanità ospedalocentrica verso una sanità territorio centrica? Mi auguro di no! La perfetta integrazione ospedale-territorio rimane l'unica soluzione per una sanità equa ed universale.

Ma non basta potenziare (male) la rete ospedaliera e appena sufficientemente la rete territoriale. È indispensabile potenziare la dotazione organica soprattutto medica ed infermieristica, senza la

quale sarà vano ogni sforzo di rilancio e di resilienza soprattutto nel mezzogiorno per il quale non è stato previsto un finanziamento aggiuntivo (da noi sempre richiesto) al fine di cercare di colmare, anche parzialmente, il baratro che divide la

sua sanità da quella del centro nord.

Baratro che sarà ulteriormente accentuato dal rilancio nel Def della cosiddetta autonomia regionale differenziata.

A tutto ciò si aggiungono lo scarso finanziamento della ricerca

e le penalizzazioni dei ricercatori a tutt'oggi relegati contrattualmente nei comparti invece che nelle aree dirigenziali (e ci chiediamo perché i migliori fuggono all'estero?).

Oggi il Ssn investe nella ricerca circa lo 0,2% del suo sempre sotto finanziato bilancio (negli ultimi 15-20 anni ha subito tagli per circa 37 mld) mentre l'accordo di Lisbona prevede almeno il 3% (mai realizzato).

Lo stesso identico discorso vale per la prevenzione, cenerentola della medicina, indispensabile per la sostenibilità del Ssn.

Qualcuno ha detto che la montagna di risorse del Pnrr attutirà l'impatto della crisi, certamente non di quella sanitaria!

Quanto scritto finora richiama inevitabilmente la nostra attenzione sul Mes, questo sconosciuto, che con i suoi 37 mld ci consentirebbe di realizzare la vera rivoluzione copernicana della sanità. Cadranno mai i pregiudizi ideologici che ne impediscono l'utilizzo?



PNRR e Sanità: dopo il 2026 ci sarà un secondo step fino al 2030?

a cura di **Pietro Gonella,**
Stefano Biasioli e Michele Poerio

A desso che la Ue ha dato il via libera al PNRR del governo Draghi, riprendiamo il tema delle modifiche da fare al Ssn italiano. Nel precedente nostro articolo abbiamo evidenziato che le novità del Pnrr sono riassumibili in alcuni 4 elementi fondamentali:

- a) “Case della Comunità” (1 ogni 20.000 abitanti) – Standard 3.010.
Ora ne sono attive 459. Ne devono essere attivate, quale primo step, altre 1.288 entro il 2026 per un totale di 1.777 “Case”.
E le restanti 1.233 “Case” per raggiungere lo Standard di 3.010? Saranno attivate entro il 2.030 quale secondo step?
- b) “Ospedali di comunità” (1 ogni 50.000 abitanti) – Standard 1.205.
Ora sono attivi 3.163 posti letto. Devono essere attivati 381 “Ospedali”, per un totale di ulteriori 7.620 posti letto (381 x 20 p.l.), per complessivi 10.783 posti letto quale primo step.
E i restanti 13.317 posti letto per raggiungere lo Standard di 1.205 per un totale complessivo di 24.100 posti letto (1.205 x 20 p.l.), numero che richiede l’attivazione di altri 665 “Ospedali”? Saranno attivati entro il 2.030 quale secondo step?
- c) “Cure domiciliari” (per 1.500.000 abitanti, ovvero il 10% degli over 65). Ora sono seguiti a domicilio circa 702.000 pazienti (il 5,1% degli over 65).

d) “Centrali Operative Territoriali” (1 ogni 100.000 abitanti), quindi 602 in corrispondenza del Territorio di ogni Distretto.

Il Pnrr prevede la completa attivazione dei punti c) e d) in soli 5 anni, dal 2022 al 2026 (quale primo step), mentre, per i punti a) e b) è prevista solo una attivazione parziale/intermedia.

Su quest’ultimo punto ci risulta impensabile, quasi demenziale lasciare incompiuto – a metà strada – il processo di riorganizzazione del sistema sanitario incentrato sulla creazione di diffuse reti/strutture territoriali di prossimità verso i reali e quotidiani bisogni di salute, sia individuali che collettivi.

Per questo abbiamo deciso di mettere nero su bianco e di quantificare non tanto le incomprimibili spese strutturali, ma per definire – una volta per tutte – i costi annuali del personale addetto, personale medico-sanitario e tecnico indispensabile a far funzionare in maniera uniforme sull’intero territorio nazionale le suddette due modalità assistenziali.

La quantificazione di questi costi – relativamente al secondo step – è stata fatta da uno di noi, quale responsabile a suo tempo della gestione del personale del Ssn, con esperienza decennale di Coordinamento dei Direttori Generali di ASL/AULSS. Le tabelle sono reperibili alla fine dell’articolo, strutturate in voci analitiche. Sono basate sul concetto fondamentale che, perché esse funzionino, dovranno disporre di tutto il personale necessario per un “funzionamento corretto alla bisogna”, senza tagli aprioristici dello stesso/dotazione organica.

I bacini territoriali di riferimento e gli standards relativi sono desunti dal Documento presentato

(a porte chiuse!) lo scorso mese di maggio, al Policlinico San Matteo di Pavia, dall'Agenas (Agenzia Nazionale per la Sanità, presieduta dal Dr. Domenico Mantoan).

In sintesi, ecco i costi annuali del personale (inclusi gli oneri riflessi):

- Case di comunità: 1 ogni 20.000 abitanti, ciascuna con 68 figure professionali e con costi annuali pari a 4.190.000 euro/anno. La spesa totale per il previsto Standard di 3.010 case sarebbe quindi di 12,611900 miliardi di euro/anno. Circa 7,5 miliardi di euro/anno sono attualmente già sostenuti dai bilanci delle ASL. Restano pertanto da coprire circa 5 miliardi di euro/anno.

In merito il recovery fund non dà alcuna indicazione di percorso...

- Ospedali di comunità: 1 ogni 50.000 abitanti, ciascuno con 20 posti letto e con 20 operatori; costo annuale del personale = 800.000 euro/ospedale. Con la realizzazione entro il 2030 di altri 13.317 nuovi posti letto per complessivi 24.100 posti letto (in nuove costruzioni o in pre-esistenti ospedali dismessi), si dovrà sostenere un costo di personale sui 964 milioni di euro/anno.

In merito il recovery fund non dà alcuna indicazione di percorso...

Noi, in merito, non possiamo non chiederci: resterà incompiuto il progetto di riorganizzazione del sistema sanitario chiamato a dare risposte a bisogni di salute profondamente diversi da quelli esistenti nel 1978, anno di nascita del Ssn?

Facendo 4 conti, la spesa per il personale sarebbe pari ad almeno 13,5 miliardi di euro/anno. Tenendo conto che 8 miliardi sono attualmente già sostenuti dai bilanci delle ASL, restano almeno 5,5 miliardi di euro/anno che ovviamente andrebbero ad aggiungersi alla spesa annua attualmente sostenuta dal Ssn. Perché, in questo caso, riorganizzazione non significherebbe contenimento della spesa territoriale ma ampliamento della stessa anche attraverso un parziale (quanto

parziale?) trasferimento di risorse dal settore ospedaliero. Ovviamente ciò, per noi, dovrebbe avvenire non a scapito delle strutture ospedaliere emergenziali, messe nettamente in crisi nel 2020-2021, perché sottostimate rispetto alla media europea e rispetto a una pesante emergenza, qual è stata e qual è ancora la pandemia Covid. Al riguardo ci chiediamo se il Governo sia consapevole di questo e quali siano gli intendimenti per il post 2026 per potenziare concretamente i servizi territoriali, così da completare il disegno riformatore previsto dal Pnrr che richiede un finanziamento annuale non inferiore al 7,3% del Pil. Infine concludiamo tenendo a riconfermare con forza:

- che resta da scrivere senza ulteriori indugi l'enorme capitolo degli aspetti contrattuali di tutto il personale sanitario;
- che, in merito al punto relativo ai medici di famiglia (MMG), la pensiamo esattamente come il Professor Remuzzi: vanno trasformati in medici dipendenti, abbandonando l'atipica figura attuale di "medici convenzionati", autogestiti. Già, un bel macigno, questo...;
- che occorre sapere che, all'interno del distretto (o a latere?) va totalmente modificata la centrale operativa territoriale (Cot), deputata al coordinamento dei vari servizi territoriali. Il costo del relativo personale è da Noi già stato inserito nella voce c), ma andrebbero calcolati e quantificati a parte i costi relativi a: nuovo hardware, nuovo software, nuovi sistemi di collegamento con le 3 strutture precedentemente citate, per realizzare realmente un pieno collegamento "sanitario" all'interno di una provincia e su base almeno regionale. Ciò richiede innovazione tecnologica, una trasformazione della carta sanitaria da "passiva" (microchip muto) ad "attiva" (microchip caricato delle informazioni cliniche basilari del paziente), personale adeguatamente informato e attivo 24 ore su 24, per 7 giorni alla settimana.

NB) *Di seguito le Tabelle analitiche. A) e B)*



PNRR e SANITÀ

Dopo il 2026 ci sarà un SECONDO STEP al 2030?

A. “Casa della Comunità”

Bacino territoriale di riferimento

- 20.000 abitanti
- STANDARD nr. 3.010 (Numero totale delle Case)

Struttura Unica di Paese/Comune/Frazione/
Rione/Quartiere

Vi trovano impiego i seguenti professionisti:

- Medico Generalista Coordinatore della Casa
- Medici Generalisti – 1 ogni 1.300 abitanti
- Medici Pediatri – 1 ogni 700 minori di età < 14 anni
- Operatori professioni infermieristiche – 1 ogni 1.000 abitanti
- Operatori professioni riabilitative – 1 ogni 3.000 abitanti
- Operatori socio sanitari/OSS – 1 ogni 2.000 abitanti
- Collaboratori/Assistenti amministrativi – 1 ogni 3.000 abitanti
- Assistenti sociali – 1 ogni 3.000 abitanti

Organizzazione e Funzionamento

- Medico Generalista Coordinatore della Casa
- Assistenza garantita per 7 giorni/settimana e per 24 ore/giorno
- Trasformazione graduale – da convenzionato a dipendente – del rapporto di lavoro dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta
- Superamento Guardia Medica Notturna/GMN
- Orario settimanale del personale medico di 38 ore come personale ospedaliero
- Turnistica garantita su 24 ore/giorno da Medici Generalisti e da Operatori Professioni infermieristiche: Mattino/Pomeriggio/Notte – M/P/N
- Servizi
- Punto prelievi
- Diagnostica fine
- Attrezzature e macchinari elettro-medicali
- Infrastrutture informatiche
- Collegamenti on line con data base strutture ospedaliere e territoriali

Per ogni “Casa della comunità”

Unità	Qualifiche	Costo medio annuo con oneri riflessi in €	Costo totale annuo con oneri riflessi in €
1	Medico Generalista Coord. Casa	120.000	120.000
15	Medici Generalisti	120.000	1.800.000
4	Medici Pediatri	120.000	480.000
20	Operatori professioni inferm.	40.000	800.000
6	Operatori professioni riabilitat.	40.000	240.000
10	Operatori socio sanitari/OSS	30.000	300.000
6	Collab./Assist. amministrativi	35.000	210.000
6	Assistenti sociali	40.000	240.000
68	Totale		4.190.000

Per 3.010 “Case della comunità” (SECONDO STEP al 2030?)

Unità	Qualifiche	Costo medio annuo con oneri riflessi in €	Costo totale annuo con oneri riflessi in €
3.010	Dirigente Responsabile Casa	120.000	361.200.000
45.150	Medici Generalisti	120.000	5.418.000.000
12.040	Medici Pediatri	120.000	1.444.800.000
60.200	Operatori professioni inferm.	40.000	2.408.000.000
18.060	Operatori professioni riabilitat.	40.000	722.400.000
130.100	Operatori socio sanitari/OSS	30.000	903.000.000
18.060	Collab./Assist. amministrativi	35.000	632.100.000
18.060	Assistenti sociali	40.000	722.400.000
204.680	Totale		12.611.900.000

B “Ospedale di Comunità”

Bacino territoriale di riferimento

- 50.000 abitanti
- STANDARD nr. 1.205 (Numero totale degli Ospedali)

Struttura

- Ubicata in una nuova Costruzione o, in alternativa,
- Ubicata in un preesistente ospedale dismesso e riconvertito
- Vi trovano impiego Operatori Professioni infermieristiche e riabilitative

Organizzazione e funzionamento

- Assistenza medica garantita per 7 giorni/settimana dai Medici Generalisti su disposizione del Medico Coordinatore delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità
- Assistenza infermieristica garantita per 7 giorni/settimana e per 24 ore /giorno
- Assistenza riabilitativa garantita per 5 giorni/settimana

Per 20 posti letto di “Ospedale di Comunità”

Unità	Qualifiche	Costo medio annuo con oneri riflessi in €	Costo totale annuo con oneri riflessi in €
12	Operatori professioni inferm.	40.000	480.000
8	Operatori professioni riabilitat.	40.000	320.000
20	Totale		800.000

Per 24.100 posti letto di “Ospedali di comunità” (SECONDO STEP al 2030?)

Unità	Qualifiche	Costo medio annuo con oneri riflessi in €	Costo totale annuo con oneri riflessi in €
14.460	Operatori professioni inferm.	40.000	578.400.000
9.640	Operatori professioni riabilitat.	40.000	385.600.000
24.100	Totale		964.000.000

Vecchio, anziano o giovane di tarda età?

a cura di Marco Perelli Ercolini

Purtroppo nel nostro sistema sociale la parola «vecchio» grava sempre più con una certa insistenza, ... con una certa ghettizzazione di persona considerata ormai inutile e pesante per la Società, rintristendola nello sbattergli in faccia una situazione molto avvilente specialmente per chi è consapevole di aver dato al Paese, ai famigliari parte della sua vita nel sacrificio del proprio dovere; col bollo dell'età, quasi emarginandolo, gli si vuole impedire di vivere ancora una vita sociale, togliendogli uno scopo di vita, uccidendolo psicologicamente. Nessuno lo dice, ma è chiaro quello che viene scritto dietro le quinte: è scomodo, inutile, costoso e chi più ne ha, ne metta ... e nessuno ricorda quello che ha fatto o i sacrifici ... e vengono dimenticati i diritti conseguenziali ai doveri ottemperati.

L'anziano, anche quello sano, presenta propri problemi diversi da quelli dell'adulto sano, che la nostra Società non può, né deve ignorare, ma deve affrontare secondo le reali necessità.

... la vecchiaia non è una malattia e la definizione di anziano non è rapportabile ad una quantificazione di età, ma con certi atteggiamenti della nostra Società si può rendere vecchio il giovane, mentre con altre impostazioni si potrebbe mantenere giovane l'anziano ...

Se si vuole affrontare fattivamente il problema anziani in fase esplosiva vanno ottemperate quelle richieste di assistenza e programmazione socio-sanitarie sempre accantonate per mancate vere e proprie politiche sociali in materia. Carenze economiche, isolamento e abbandono. Un tempo la vecchiaia era la fase della saggezza e dell'equilibrio morale e l'anziano era la memoria storica della Società, il custode della tradizione e il detentore di un patrimonio di esperienza professionale tramandabile alle generazioni future, oggi invece la cultura tende a delinearlo come un «*soggetto inattivo*» in quanto economicamente non più produttivo, ma spesso necessario, per non dire indispensabile nel ménage familiare per accudire i nipoti quando i genitori lavorano, sostenere i figli e i nipoti, in ristrettezze economiche, in carenza delle strutture sociali: in passato l'anziano era considerato un patrimonio culturale e di esperienze, oggi nel sistema consumistico è visto solo come un costo sociale.

Bisogna uscire da una visione al massimo volontaristica, al peggio politico-burocratica, dell'assistenza all'anziano, riconoscendogli la coscienza e lo scopo di una sua indipendenza di vita dignitosa nel contesto sociale cui, in passato, ha vissuto attivamente, mattone prezioso del sistema della quotidianità sociale.

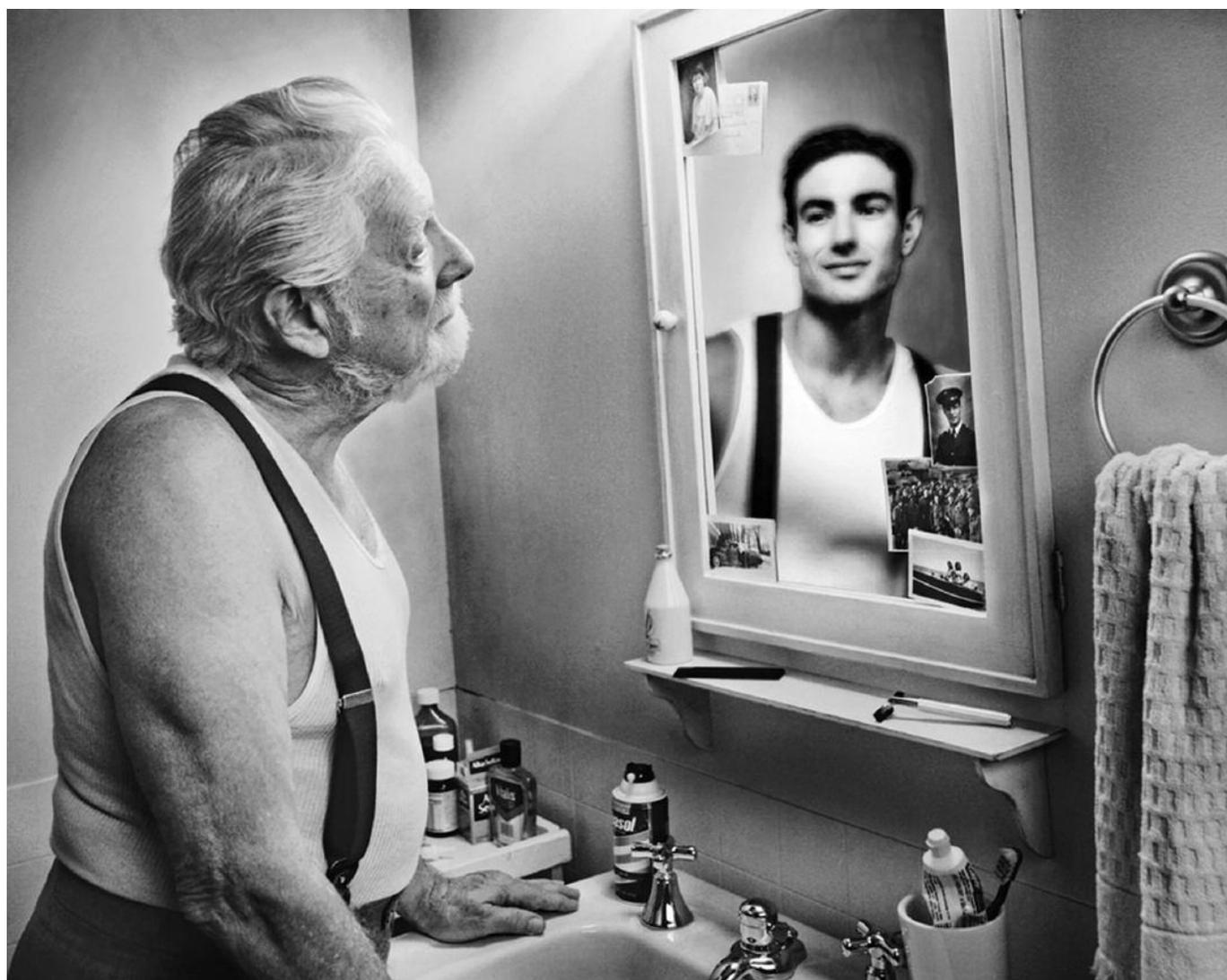
Ma quanto invece non sono le colpe degli Amministratori della nostra Società nell'illudere i giovani, rapinando invece i vecchi?

Questo non deve avvenire e una Società evoluta non deve permettere che l'anziano sia considerato un pezzo inutile della Società. Dunque un appello ai politici perché, con più fatti e meno pa-

role, affrontino le soluzioni dei problemi rivolti all'anziano, non al vecchio o alla terza età, per non contribuire alla trasformazione di questa fascia di persone, numericamente sempre più considerevole, in un esercito di perdenti o, peggio, di considerati come *«inutili»*.

L'età *«matura»* è tutt'altro che uno stato passivo e di fatto il sentirsi anziano non deve coincidere con il superamento di una soglia anagrafica: la vecchiaia può essere una seconda proficua gio-

vinezza, in cui i VIP dei così detti *«Grandi vecchi»*, debbono essere la minoranza perchè la maggioranza possiamo, dobbiamo essere noi...noi giovani di tarda età!!! ... che non portiamo via niente a nessuno perchè nell'età lavorativa abbiamo costruito le necessità per un dignitoso post-lavorativo e, inoltre, continuiamo a colmare i buchi di un sociale che manca, sì cari amici...siamo anche i migliori ammortizzatori sociali in ambito familiare.



Giuramento di integrità scientifica tra “falsari” e “bari” in laboratorio e clinica

a cura di Nicola Simonetti

Il giuramento di Ippocrate non basta più. I tempi incalzano e si rende più che mai urgente instaurare e richiedere il “giuramento di integrità scientifica”.

“È possibile che l’annuncio di questo momento di solennità, nuovo nel regno della scienza, vi sia sfuggito, poiché - scrive Joel Saget / AFP (Sciences et Avenir) - la legge sulla programmazione della ricerca è stata pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale francese il 24 dicembre 2020 (la data si rende complice della poca conoscenza). All’articolo 18, detta legge specifica che chiunque abbia completato una tesi deve, “al termine della difesa, prestare giuramento impegnandosi a rispettare i principi e le esigenze dell’integrità scientifica... Promuovere e proteggere una cultura condivisa di integrità scientifica.

Nella scienza - si chiede l’A. - non sarebbero più rispettati l’onestà e il rigore nell’attività di ricerca? Soprattutto dai nuovi entranti? Dobbiamo credere che i tempi presenti siano travagliati. Perché è appena uscito anche un rapporto sull’argomento, a nome dell’Ufficio parlamentare per la valutazione delle scelte scientifiche e tecnologiche (OPECST). Promuovere e tutelare una cultura condivisa dell’integrità scientifica, questo il titolo delle 134 pagine che il deputato Pierre Henriot e il senatore Pierre Ouzoulias hanno presentato il 4 marzo al Palais-Bourbon. Questo per dire le loro paure.

Il deputato matematico Cedric Villani, presidente dell’OPECST, parla di “sempre più casi di cattiva condotta. Come ex scienziato, confesseremo qui le nostre perplessità. Perché scegliere un’attività nobile dove le parole chiave di verità, veridicità, prova, metodo, maestria, fatti, nient’altro che fatti regnano sovrani ... se, alla fine, è frodare? Non siamo ingenui. La pressione per pubblicare è terribile! Come resistere alla tentazione? Stigmatizzata per anni dall’espressione “pubblicare o perire”, la deriva si traduce in una moltiplicazione di articoli che forniscono prove di interessanti risultati di laboratorio o sul campo. Questa si chiama salsiccia. Riviste e siti web come quelli di Sciences et Avenir-La Recherche, che cerca le loro fonti anche dagli scienziati, ha dovuto imparare a diffidare di loro come la peste”.

“La stragrande maggioranza dei ricercatori è virtuosa” assicura il rapporto parlamentare.

All’arrivo, il truffatore che ha manipolato i suoi dati, abbellito le sue illustrazioni, hackerato i suoi articoli e ingannato i suoi coetanei ... vedrà aumentare il suo numero di citazioni, e quindi la sua visibilità, come quella del suo laboratorio, quando non è quella da l’intera università o la sua istituzione, o anche l’intero paese. Questo aiuta anche con la raccolta di fondi, l’ottenimento di borse di studio e altri contratti. Solo che l’inganno può danneggiare questa bella reputazione internazionale, anche se “la stragrande maggioranza dei ricercatori è virtuosa”, assicura il rapporto parlamentare. Qui barare non è giocare come in

una finzione di Marcel Carnè, con sentimenti esaltati. Questa è la realtà dell'accresciuta concorrenza globale, in cui la ragione non dovrebbe essere vittima di bullismo. Consacrare l'integrità scientifica nella legge aiuterà davvero a resistere?"

L'epistemologa Isabelle Stengers propone "una low Science. Bisogna rallentare il ritmo della produzione scientifica perché si abbia il tempo di interrogarsi sul ruolo della ricerca nella società". Agli errori ("utili come il pane e spesso anche belli" diceva Gianni Rodari) si sommano le truffe che Luca Perri, astrofisico, descrive in due libri ("Errori galattici" - DeAgostini ed. e "Astrobufale" (Rizzoli ed.).

La prima "bufala" tramandata (a ben cercare molte altre l'hanno preceduta) sarebbe del 1783 quando Giuseppe Gioeni d'Angiò (Catania, 12 maggio 1743 - Catania, 6 dicembre 1822), appena nominato professore di Storia naturale e Botanica nell'Università della propria città di nascita, pubblica un libro nel quale descrive, con particolari ed illustrazioni di pregio, vita e miracoli di un mollusco marino per il quale egli propone la denominazione "Gioenia sicula". E lo fa così bene che L'Enciclopedia francese ne fa menzione tra le proprie pagine e Catania gli intitola una strada cittadina.

Nel 1824 fu fondata con un suo lascito l'Accademia *Gioenia di Scienze Naturali*, con finalità di ricerca scientifica e la sua città natale gli dedicò una via, un monumento ed una lapide.

Peccato che la "Gioenia" altro non era che un parto distocico della fantasia dell'accademico catanese. Ci vollero, però, 16 anni per scoprire l'inganno.

A distanza di tempo, nel 2013, Enrico Bucci scrive un libro "Cattivi scienziati" (Add ed) che raccoglie casi di frodi scientifiche tra le quali spicca quello del prof. Yoshitaka Fujii, docente di anestesia nell'università di Tokio, che può vantare

il maggior numero di articoli scientifici ritirati perché risultati falsi: su 212 pubblicati, (1993-2011) ritirati 172 perché contenenti dati - ictu oculi - falsificati (non replicabili) e ricerche inventate del tutto.

E non sono questi i soli falsari. Un conteggio eseguito consultando Web of Science indica: fino al 15 aprile 2015, risultano ritirati 9.987 articoli che risalgono a 20.000 Autori a cui carico si rileva almeno un caso di frode scientifica.



QUI NACQUE E MORÌ
NELLA CASA PATRIZIA DEI SUOI
GIUSEPPE GIOENI D'ANGIÒ
PRINCIPE DEI NATURALISTI ITALIANI
DEL SECOLO XVIII
LUME E DECORO DEL PATRIO ATENEO
12 maggio 1743 - 6 settembre 1822

Un'autodafè richiesto, da Daniel Faneli, ricercatore della Stanford University, a molti Autori affermati ha rilevato che il 2% (180.000) ha risposto che, almeno una volta, essi avevano creato/falsificati i dati.

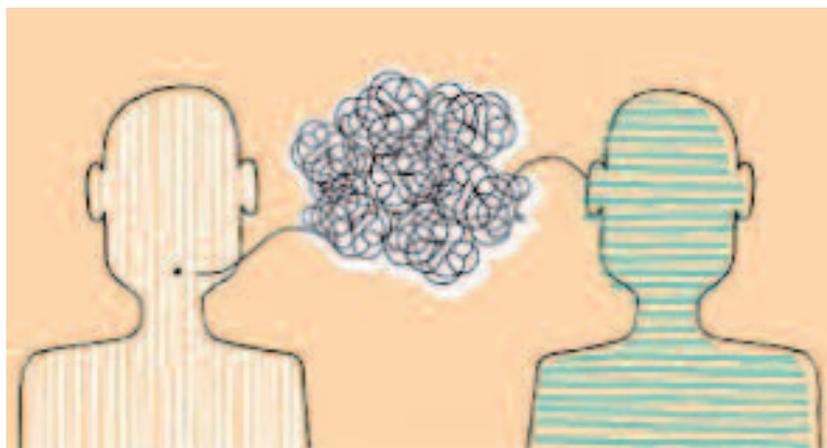
L'Espresso del 15 ottobre 2015, pag. 96 (Sandro Iannaccone), riassume: "8.987 gli articoli ritrattati di cui 70% per frode; 20.000 i ricercatori ufficialmente coinvolti in frode scientifica; 1.290.000 i ricercatori (34% del totale) coinvolti in casi di falsificazione; 3 su 100 gli articoli scientifici manipolati".

David Goodstein (Dedalo ed. Bari, 2012), nel volume "Il Nobel e l'impostore", fa una valida disamina del problema (egli insegnava Etica della ricerca scientifica al California Institute of Technology) e denuncia casi reali di frodi, dalla fusione fredda ai superconduttori organici, ecc.

Godiee F. e Wager E. in BMJ (2012. 344) e Tvare A. in BMJ, 2011. 343) riferiscono di una metanalisi che rilevava che il 14% dei ricercatori era a conoscenza delle frodi fatte da colleghi e non lo avevano denunciato e che, nel 2011, sono stati ritirati più di 400 lavori scientifici che presentavano chiari esempi di manipolazione dei dati clinici. "È verosimile - commenta Malcom Green, ai vertici dell'Imperial College di Londra - che, per ogni caso riconosciuto di frode, ce ne sia una dozzina o più non scoperta".

Nel 2016 Deng-Pyou Han dell'Iowa State University (Usa) è stato condannato a 57 mesi di prigione ed a 7,1 milioni di dollari di ammenda per aver falsificato prove cliniche sul vaccino contro l'aids.

Come non ricordare, infine, la "poliacqua" (quarto stato dell'acqua) dello scienziato russo Nikolai Fedyakin che, negli anni sessanta, in piena guerra per la supremazia di Stati Uniti-Russia, appassionò ricercatori, economisti e politici. Ci vollero 8 anni di studi, oltre 2.000 arti-



coli scientifici per scoprire che sarebbe bastato lavare bene le provette per accorgersi che si trattava solo di acqua "sporca", molto contaminata da sali.

Un errore dovuto agli strumenti di misura precipitò nel ridicolo alcuni ricercatori italiani tesi a dimostrare, nel 2011, che i neutrini viaggiano più velocemente della luce: si trattava di un errore dovuto agli strumenti di misura.

Un po' come il ferro negli spinaci, errore dovuto allo spostamento a destra causale di una virgola.

Da citare l'errore di traduzione dall'italiano all'inglese dell'astronomo Giovanni Schiaparelli che tradusse i canali di Marte come "canals" (sta ad indicare quelli artificiali) invece che "channels" (canali naturali). Ne nacque una ricerca a trovare chi li aveva costruiti quei "canals" maltradotti e fu il boom dei supposti Marziani.

E, last but not least, la favola dei raggi N del fisico francese René Prosper Blondlot che, poco dopo la scoperta dei raggi X, affermò di aver individuato questo nuovo tipo di radiazioni (N) che egli solo e qualche altro, credulone o impostore tipo "compare" non sappiamo, riuscivano a vedere, anche quando, durante l'esperimento in laboratorio, Robert Wood aveva sottratto un pezzo importante della strumentazione che, secondo lo "scopritore", permetteva di vedere questi famosi raggi altri.

Il Presidente Poerio presenta alla FEDER.S.P.eV. l'UDIR, una giovane ma già affermata associazione di presidi

Care colleghe e cari colleghi,

il mio intento è quello di farvi conoscere le diverse organizzazioni sindacali aderenti a CONFEDIR, come la nostra FEDERSPEV, di cui come già sapete sono il Segretario Generale.

UDIR è un'associazione nazionale sindacale che rappresenta i dirigenti scolastici dell'area della dirigenza dell'istruzione e della ricerca, aderente alla CONFEDIR, con iscritti su tutto il territorio nazionale. Nel 2018, a due anni dalla sua fondazione, registrava il 3% della rappresentatività, oggi, forte dei 500 iscritti punta al raggiungimento della soglia del 5% di rappresentanza che sarà certificata dall'Aran con la chiusura della rilevazione delle deleghe del prossimo dicembre.

Marcello Pacifico, segretario organizzativo della

CONFEDIR, è l'attuale presidente di UDIR, confermato al recente congresso nazionale.

UDIR persegue il proprio scopo sociale di valorizzazione e tutela professionale di tutta la dirigenza pubblica dell'area dell'istruzione e della ricerca attraverso iniziative sindacali, formative, culturali, servizi di consulenza, di assistenza legale, caf e patronato.

In questi quattro anni di attività sindacale, UDIR si è distinta per aver rimesso al centro del dibattito dell'opinione pubblica **il ruolo del dirigente scolastico**. La retribuzione, la responsabilità e la resilienza rappresentano un programma politico da perseguire per poter:

- ottenere la perequazione interna ed esterna tra i dirigenti scolastici assunti prima e dopo





Sottoscrizione Patto per l'innovazione del lavoro pubblico e la coesione sociale con il Ministro della Funzione Pubblica On. Renato Brunetta

il 2011 e tra questi e gli altri dirigenti delle funzioni centrali e periferiche dello Stato;

- salvaguardare la figura del preside quale datore di lavoro non proprietario dell'immobile in tema di sicurezza;
- ridefinire il numero degli organici in maniera tale da utilizzare le istituzioni scolastiche autonome quale primo volano per il rilancio del Paese.

Se in Parlamento, attraverso proposte di legge ed emendamenti ai decreti legge, **UDIR** ha trovato ascolto attraverso una specifica proposta di legge sulla modifica del Testo Unico sulla sicurezza nei luoghi di lavoro, l'allargamento agli idonei della graduatoria di merito dell'ultimo concorso a dirigente scolastico, la riapertura di 380 scuole autonome sopra i 500 alunni, un primo aumento delle risorse del FUN, in Tribunale, invece, ha ottenuto la partecipazione dei dirigenti degli Istituti comprensivi quali presidenti di commissione di esame di Stato, la tutela nei del personale in possesso dei requisiti previsti dalla legge 104/92 e dei vincitori dell'ultimo concorso a dirigente scolastico. Tra le battaglie legali ancora attuali, cui è ancora possibile aderire, si segnalano, peraltro, quelle per:

- il riconoscimento del salario accessorio negato a seguito dell'illegittimo taglio del FUN operato nell'ultimo quinquennio (Tar Lazio);

- il riconoscimento della RIA, assegno ad personam non più attribuito dal 2011 (Cassazione);
- la mobilità dei dirigenti scolastici che hanno presentato domanda di trasferimento da una regione all'altra (Giudice del lavoro).

Le annuali scuole estive, inoltre, testimoniano l'importanza del sindacato affidata agli eventi formativi che settimanalmente si susseguono per mantenere un confronto aperto e diretto con i dirigenti scolastici operanti nel territorio e le altre istituzioni dello Stato. Quotidianamente la segreteria nazionale di **UDIR** offre un servizio di consulenza che è in grado grazie ai suoi esperti di orientare, coadiuvare, sostenere il lavoro sempre più difficile quanto prezioso di ciascun dirigente scolastico. Concludo questa presentazione chiedendo a Voi tutti di sostenere questa associazione con i presidi di vostra conoscenza, associazione il cui operato unitamente al suo giovane Presidente Marcello Pacifico è molto apprezzato.

il Presidente Michele Poerio

CONTATTI: **udir**

Indirizzo mail: segreteria@udir.it

0917098362 - 3356503850 - 3371165504

3317713481 Servizio e Consulenza Whatsapp

Sito web: www.udir.it

Sedi e contatti Regionali:

<https://www.udir.it/contatti/dove-siamo.html>

L'urgenza del Recovery chiede di accantonare ddl Zan e ius Soli

a cura di **Giuseppe Pennisi**

La piena attuazione del Pnrr è un compito difficile che chiede un impegno di tutta la maggioranza. Alcuni temi devono quindi passare in secondo piano.

Da poco più di due settimane, il Piano nazionale di ripresa e resilienza è a Bruxelles, dove la Commissione europea (che, comunque, aveva interragito con le amministrazioni italiane durante l'ultima fase di redazione del documento) lo sta analizzando in stretta interlocuzione con il ministero dell'Economia e delle Finanze.

È l'inizio di un lungo cammino per giungere, prima, all'approvazione del Recovery da parte dell'organo deliberante (il Consiglio dei Capi di Stato e di Governo dell'Unione europea), e poi all'attuazione delle riforme e alla realizzazione dei progetti, secondo il cronoprogramma indicato. È un percorso difficile, tanto più che le leggi delega (o in certi casi di particolare urgenza, i decreti legge) per le riforme devono essere approvati dal Parlamento entro la fine dell'anno in modo da potere essere attuate, in gran misura, nei prossimi due anni e incidere sulla crescita e sulla redditività degli investimenti.

Il Ministro della Giustizia Marta Cartabia ha lanciato un appello forte: non è chiaro quanto sia stato recepito, soprattutto dalla magistratura che, dalle cronache sui giornali, appare avviluppata in tutt'altri problemi. Il decreto legge sulla semplificazione dovrebbe essere approvato que-

sta settimana dal Consiglio dei ministri. Non solo la magistratura, ma anche gran parte dell'opinione pubblica, della stampa e – quello che è più grave – del Parlamento paiono avere allentato la tensione sul Pnrr (specialmente sulle riforme istituzionali e strutturali che esso comporta) e sembrano pensare che, inviato il documento a Bruxelles, il capitolo sia chiuso e ora si debbano attendere i finanziamenti. Le previsioni relativamente rosee della Commissione europea, secondo cui alla fine del 2023, il Pil tornerebbe ai livelli del 2019, non sono state lette con attenzione: esse ipotizzano che le riforme e la prima fase degli investimenti del Pnrr faranno da motore alla crescita che sarebbe circa del 4% l'anno. Ritornare al Pil del 2019 significa, poi, essere di nuovo ai livelli del 2000 perché per un ventennio l'Italia ha registrato una crescita impercettibile mentre nonostante la demografia e la crisi finanziaria del 2008-2009 gli altri Paesi dell'Ue crescevano a tassi del 2% l'anno circa. Un arretramento relativo della posizione italiana di circa il 24%.

Manca, soprattutto, la consapevolezza che senza le riforme delineate nella versione del Pnrr predisposta dal Governo Draghi, e quasi ignorate nelle due precedenti, si tornerà non solo a crescita rasoterra, ma soprattutto verso il caos finanziario. Il debito pubblico è ormai al 160% del Pil e senza una crescita stimolata dalle riforme non potrà che continuare ad aumentare e, quindi, a non essere ritenuto sostenibile dai mercati finanziari. Da un lato, i tassi



L'Aula di Palazzo Madama

d'interesse internazionali stanno mostrando incrementi (anche se per ora leggeri). Da un altro, prima o poi, verranno re-introdotte regole per la stabilità nell'unione monetaria e per gli aiuti di Stato nell'Ue: non saranno necessariamente identiche alle precedenti, ma in un'area valutaria non ottimale (come l'Unione monetaria europea) sono necessarie per il funzionamento della moneta unica. Queste due determinanti potrebbero fare esplodere la situazione italiana e portare a una crisi peggiore di quella del 2011-2012 che potrebbe comportare anche un'uscita dalla moneta unica con una perdita del reddito e del patrimonio di circa il 30% per tutti gli italiani.

Le riforme del Pnrr (e, in misura minore, gli investimenti) sono l'ultimo treno per la ripresa del Paese (dando una spinta alle imprese italiane a

investire e a quelle straniere a venire ad operare in Italia) o l'ultima spiaggia prima di una catastrofe che potrebbe portarci a una situazione latinoamericana: aumento della rabbia sociale e del populismo con relative politiche economiche peroniste o quasi.

In questo quadro, pare inconsulto parlare di "nuova missione" o "nuova visione" per il Governo Draghi: il Pnrr è di per sé un compito difficilissimo che richiede tutta l'attenzione e tutte le energie disponibili. Anche solamente aggiungere temi divisi come l'approvazione del disegno di legge Zan o la preparazione di un provvedimento sulla cittadinanza imperniato sullo ius soli sono diversivi divisivi e pericolosi perché inducono a uscire da quello che, con il controllo della pandemia, è il compito principale, ove non unico, di Governo e Parlamento.

2021-2030

“Decennio ONU dell’invecchiamento in buona salute”

a cura di Antonino Arcoraci

L'Assemblea Generale dell'ONU, senza voto, il 14 dicembre 2020, ha adottato la risoluzione A/75/L.47 che proclama il 2021-2030 come The United Nations Decade of Healthy Ageing, il “Decennio delle Nazioni Unite dell’Invecchiamento in Buona Salute”. Lo ha pubblicato il 7 gennaio 2021 e lo ha fatto a seguito dell’approvazione del Decennio da parte dell’Assemblea Mondiale della Sanità motivato dalla preoccupazione che, malgrado sia previsto l’invecchiamento della popolazione, si conosca il suo ritmo accelerato e il modo in cui si invecchia, il “mondo” non si prepara a sufficienza a rispondere in maniera adeguata al diritto e al bisogno delle persone anziane.

L'ONU con questa risoluzione, riconosce che l'invecchiamento con le sue implicazioni fisiche e mentali, interferisce sui sistemi sanitari nazionali, sulla società a partire dal mercato del lavoro e finanziario, sulla domanda di beni e servizi, sull'istruzione, sull'alloggio e sull'assistenza a lungo termine delle persone avanti negli anni. L'ONU si preoccupa e, partendo dal presupposto che tra il 2019 e il 2030, il numero di persone di età pari o superiore a 60 anni crescerà del 38%, che il numero degli anziani supererà il numero globale dei giovani, vuole sottolineare il problema e mostrare il suo interesse per le persone anziane: vuole proteggerle, vuole garantirle nella dignità, nel diritto compreso quello del godere e a

lungo, dello stato di salute fisico e mentale. **Prende** iniziative mirate e si da un decennio per pensare e agire. Adotta il concetto di healthy ageing - la prevenzione in ogni fase della vita - come nuova prospettiva di longevità e benessere e, dato che non è possibile bloccare l'invecchiamento, programma per coloro che ne godranno, un invecchiamento in salute, attivo, per il bene del singolo, della comunità tutta, dell'economia delle nazioni e per la società.

Punta su “salute, partecipazione e sicurezza”: tre pilastri dell'invecchiamento attivo già al centro dell'attenzione dell'Oms e delle politiche sociali dei vari governi sin dal 2002; sul consolidamento del quadro istituzionale e sul ruolo decisionale del Parlamento dei vari paesi; sulla necessità di accelerare la capacità di dare risposte rapide, di agire e, in maniera particolare frenare le gravi minacce sanitarie con la promozione della salute attraverso un sistema coordinato e finalizzato alla prevenzione, alla diagnostica, alla terapia e al recupero. **Chiede** collaborazione agli organismi delle Nazioni Unite, alle organizzazioni internazionali, all'OMS, ai governi, alle organizzazioni regionali, alla società civile, al settore privato, al mondo accademico e ai media. **Incoraggia** e sostiene gli obiettivi. **Accoglie** con favore l'iniziativa per il “Decennio dell’Invecchiamento in Buona Salute” proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità: il framework teorico sull'invecchiamento sano sotto l'aspetto sanitario anche nel cambiamento fisiologico e psico-sociale, lo studio mondiale sulle condi-

zioni di invecchiamento e sulle buone pratiche al quale contribuiscono 100 differenti organizzazioni con 350 studi di caso in 55 paesi in tutto il mondo. Vi partecipa anche l'Auser, associazione di volontariato e di promozione che si proietta come "buona pratica internazionale e finestra sul mondo" per proporre cultura con incontri on-line di geopolitica e politiche internazionali. Soprattutto come presenza amica delle "persone anziane" che considera protagoniste e risorsa anche se sole e fragili.

L'obiettivo è:

- 1) **affrontare** le principali cause alla base dei problemi di salute, che siano essi legati agli stili di vita personali o a fattori economico-ambientali (inquinamento da pesticidi, metalli pesanti, interferenti endocrini). In particolare: ambiente, trasporti, agricoltura).
- 2) **creare** una stretta collaborazione tra tutte le parti interessate perché ci sia attenzione, interesse, trasparenza.
- 3) **proporre** a tutte le nazioni quanto è già istituzionalizzato a livello UE in tema di consultazione pubblica sulle questioni sanitarie che si poggiano, come scrive Maria Enza Giannetto, sui trattati di Maastricht del 1992, di Amsterdam del 1997, di Lisbona 2007, sull'istituzione dell'anno europeo per l'invecchiamento attivo, sul programma di sanità pubblica dell'UE per il periodo 2003-2008, su quello per la salute 2009-2013 e sul terzo programma per la salute 2014-2020.
- 4) **sostenere** politiche che rafforzino il concetto di sanità efficiente, che "garantiscono un livello elevato di protezione della salute umana".

L'OMS lascia la responsabilità primaria per la tutela della salute, agli Stati aderenti e porta come esempio l'UE che ha già attuato, con successo, la politica globale, mediante la strategia sanitaria, «Salute per la crescita», il programma

d'azione (2014-2020), ha gestito il Fondo sociale europeo Plus (FSE+), continua a sostenere finanziariamente il periodo programmato 2021-2027. L'Articolo 168 TFUE e l'articolo 114 TFUE sono stati approvati dalla Corte di giustizia.

Sempre, l'ONU riconosce le cinque "abilità" base da cui partire e misurare l'invecchiamento in buona salute proposte dall'Oms e pubblicate nel Report *Baseline for the Decade of Healthy Ageing*. Per affrontare nei prossimi 10 anni, la popolazione sempre più longeva, mette: al punto 1: **la salute al centro** di tutte le politiche codificate con il trattato dell'Unione nella Carta dei diritti fondamentali fondate sulle sinergie tra i vari settori politici e mirate alla strategia: *Dal produttore al consumatore, inquinamento zero, integrazione dei finanziamenti* per la salute pubblica nel Fondo sociale europeo Plus (FSE+). Al punto 2: la **prevenzione delle malattie** e la promozione della salute, specie per le neoplasie, a partire dallo screening; l'azione congiunta dell'UE sulla salute e sul benessere mentale, sulle malattie trasmissibili per le quali è già in vigore la decisione n. 1082/2013/UE, sul consumo di droghe, di alcool e tabacco, sull'obesità infantile. Al punto 3: i **cambiamenti sociali**, la transizione demografica, l'invecchiamento in particolare per il quale la Commissione Von der Leyen si è già impegnata per elaborare un Libro verde, le crisi migratorie da paesi terzi che impongono un piano sull'integrazione, le disuguaglianze nell'infanzia. Al punto 4: i **medicinali**, a partire dal regolamento sulle sperimentazioni cliniche, sui dispositivi medici e medico-diagnostici in vitro, sulla resistenza antimicrobica. Al punto 5: **l'assistenza sanitaria online** con le nuove tecnologie d'informazione e di comunicazione; la digitalizzazione del settore sanitario già avviata dal 2018 e mirata all'accesso sicuro dei cittadini, dei loro sanitari anche a livello transfrontaliero; la valorizzazione della medicina di genere e della medicina personalizzata.

Di questi punti l'ONU fa "un obiettivo universale che diventa anche un diritto universale" da conquistare con le "regole d'oro".

Longevità, infatti, non fa necessariamente rima con invecchiare in salute. Le prove e gli studi dei casi provenienti da tutte le parti del mondo, secondo Anshu Banerjee, direttore del Dipartimento per la Salute materna, neonatale, infantile e adolescenziale e Invecchiamento dell'Oms, forniranno gli esempi pratici di ciò che esiste e di ciò che può essere fatto in tutti i Paesi, in tutte le latitudini e non solo per le persone anziane. Sempre secondo il Report, oggi, solo un quarto dei Paesi nel mondo compila dati comparabili e utilizzabili per monitorare i progressi globali verso un invecchiamento sano. Solo Cile, Cina, Finlandia, Ghana, India, Qatar, Singapore e Thailandia li utilizzano per migliorare le loro politiche locali e per fare ulteriori programmi migliorativi. L'etiopio Tedros Adhanom Ghebreyesus Direttore Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, considera questo studio "essenziale" per focalizzare le necessità delle persone anziane, le loro priorità; per dare risposte concrete; per facilitare l'approccio "olistico" – globale nell'unione di mente, corpo, ambiente e società – "basato sia sulla cura, che sulla tutela delle persone anziane; sia sulla costruzione di ambienti accoglienti che sulla partecipazione in società eque e inclusive". I dati divisi per precise fasce di età, confrontati con quelli degli altri paesi, aiuteranno ad avere una visione ampia e condivisa di invecchiamento da vivere in salute. Per Ritu Sadana, autrice principale del report e capo dell'Unità Invecchiamento, "il report" sarà punto di riferimento utile per promuovere l'apprendimento in tutti i Paesi... Misurerà i progressi che si faranno per un invecchiamento in buona salute.

L'OMS si è data disponibile a rendere pubbliche le relazioni relative a questi progressi nel 2023, nel 2026 e nel 2029.

Il Parlamento europeo la sostiene. Applica già una politica coerente in materia di sanità pubblica; rafforzerà e promuoverà la politica sanitaria con propri pareri, studi, dibattiti, relazioni, dichiarazioni sulle varie iniziative. Si farà sostenere dalla collaborazione dei paesi aderenti e interessati al problema comune. Ambiente, sanità pubblica, sicurezza alimentare occupano già oltre il 10% dell'intera attività legislativa dell'Istituzione. Tra i fascicoli legislativi adottati di recente c'è il nuovo regolamento sulle sperimentazioni cliniche, sui dispositivi medici e sui dispositivi medico-diagnostici in vitro, sull'assistenza sanitaria transfrontaliera. Ci sono le direttive sui prodotti del tabacco e sulle decisioni prese per i programmi di finanziamento. C'è anche la parte sostanziale del pacchetto Green Deal europeo (COM (2019) 640) con l'obiettivo "inquinamento zero"; c'è la norma per la sostenibilità della catena alimentare e la neutralità climatica.

Anche l'Italia contribuisce al progetto. Lo sostiene con i miliardi di euro staccati dal Recovery Plan da investire sul Servizio sanitario nazionale. Entro il 30 aprile consegnerà all'Europa il piano strategico che prevede l'assistenza di prossimità, la telemedicina, la digitalizzazione, la ricerca. Se ne è parlato durante il terzo Live di SaniTask, appuntamento mensile di SaniTask, iniziativa editoriale di Sics sostenuta da AlfaSigma che approfondisce i temi più importanti che interessano il management sanitario a tutti i livelli. Purtroppo, secondo gli esperti, la bozza del piano presentato è troppo generica, manca di obiettivi precisi da raggiungere. Per Francesco Ripa di Meana, presidente Fiaso, per rilanciare il Ssn massimizzando il value for money, cioè il ritorno in termini di salute delle risorse investite, è necessario riprogrammare a partire dalle aziende sanitarie in maniera da avere una "operatività veloce".

Anche Nino Cartabellotta, presidente di Fondazione Gimbe vede molte criticità nel documento, lo trova carente nella designazione delle “risorse da dedicare a ciascuna voce”, non vede chiara “la ripartizione tra le Regioni” e il sistema di monitoraggio delle spese”. Sulla stessa lunghezza d’onda è Francesco Saverio Mennini, presidente della Sihta (Società italiana di Health technology assessment) perché, a suo avviso, non è bene specificato l’accesso precoce alle tecnologie e all’ammodernamento tecnologico specifico e mirato.

L’impressione diffusa, secondo Michela Perrone, è che “il Piano è composto da una serie di contenitori che vanno riempiti di contenuto” e che si rischia di sperperare “una somma che probabilmente la sanità italiana non rivedrà mai (e che dovrà restituire per i due terzi)”.

Per il “Decennio delle Nazioni Unite dell’Invecchiamento in Buona Salute”, Luciano Pletti, vicepresidente della Card, propone “tempestività”, “investimento” e una “governance in grado di programmare, di mettere in campo in poco tempo gli interventi”. Luca Caterino di Federsanità Anci Toscana lo sostiene: sottolinea la necessità di potenziare il rapporto tra sistema sa-

nitario, sociale e assistenziale. Lo considera un “bisogno” che deve partire dalla formazione degli operatori della sanità e dalla formulazione della cartella clinica integrata da mettere a disposizione di tutti coloro che si occupano dell’assistenza alla persona.

Alla luce delle tante informazioni, le iniziative non mancano. L’imput lanciato dalle Nazioni Unite trova sensibili tutti e a tutti i livelli: dal locale al mondiale. Il fine è giusto e condiviso. Non tutte le nazioni però risponderanno alla stessa maniera e nei tempi stabiliti. 10 anni solo apparentemente sono tanti e *L’uomo invecchia spontaneamente, per legge di natura*, come ha scritto Nicolò Rosario Lombardo. Il suo modo di invecchiare dipende da come egli stesso sa gestirsi e, molto di più, dipende da quanto fa su di lui l’ambiente che lo circonda. L’uomo invecchia nel sistema e risente del sistema. Da questo trae il giovamento e da questo è condizionato per tutto ciò che gli è nocivo.

Io sono me più il mio ambiente dice Josè Ortega Y Gasset e Ron Hubbard aggiunge: *ogni persona è l’effetto dell’ambiente che lo circonda...ogni persona è capace di avere effetto sull’ambiente che lo circonda.*



Protocollo di cura per le complicazioni polmonari da infezione da Covid 19

a cura di **Gian Battista Ceresa**

Premessa

Gli anticorpi, naturali o indotti, contro agenti infettivi virali o batterici, non eliminano da soli la malattia correlata alla loro presenza nell'organismo umano.

L'anticorpo si lega all'agente infettivo formando un **immunocomplesso** che viene inglobato e distrutto da macrofagi e globuli bianchi.

Le capacità di distruzione da parte di tali cellule di difesa sono molto alte: una sola di queste cellule può inglobare, lisare e rendere inattive centinaia di migliaia di agenti infettivi.

Utilizzo clinico

La somministrazione di solo plasma di soggetti "guariti" dall'infezione da Covid 19 non comporta la somministrazione di leucociti e macrofagi ma solo la soluzione, nel plasma degli anticorpi del soggetto guarito.

La somministrazione di anticorpi monoclonali è di molecole specifiche che possono portare alla formazione dell'immunocomplesso legandosi al virus: il completamento della difesa prevede che l'immunocomplesso venga inglobato, lisato e distrutto da globuli bianchi e macrofagi; ma globuli bianchi e macrofagi del soggetto vittima di una infezione letale da coronavirus, non hanno dimostrato evidentemente tale capacità e il soggetto soccombe invaso dal virus, (una sola particella virale induce

la produzione di centomila altre particelle uguali infettive). I rilievi statistici recenti non soddisfano nel numero e nella evidenza che la sola trasfusione di plasma e/o anticorpi monoclonali possa portare a un significativo numero di guariti dall'infezione.

La proposta è di somministrare sangue intero fresco da donatore guarito

Questo metodo ha comportato la guarigione rapida di tre casi di meningite acuta. Non è più stato utilizzato per salvare pazienti colpiti da questa o altre infezioni acute in forma letale e viene qui riproposta.

La quantità di sangue intero fresco da trasfondere può essere di soli 300-350 ml. per volta, somministrando il sangue ogni 6-8 ore.

Il risultato si valuta nelle 24 ore con l'auspicabile miglioramento delle condizioni cliniche e dei rilievi strumentali delle complicazioni respiratorie, potendo ottenere la riduzione significativa dei decessi da complicazioni polmonari dell'infezione da Covid 19.

Un registro locale, regionale, nazionale dei malati "guariti" dall'infezione da Covid 19: volontari selezionati idonei alla donazione di sangue intero fresco con un loro tasso sierologico adeguato di anticorpi IGG e IGM, può essere consultato e utilizzato per le trasfusioni "salva vita".

In considerazione del fatto che l'infezione pandemica da Covid 19 perdurerà nel pianeta per anni, vi è il tempo per organizzare registri, scambi di informazioni internazionali, interdisciplinari, selezioni, statistiche e verifiche cliniche.

A proposito del vaccino AstraZeneca

a cura di Sergio Gagliardo

Si fa presente che una malattia ereditaria come la trombofilia (caratterizzata da tromboflebiti ricorrenti, disturbi della coagulazione, raramente embolie polmonari, aborti ripetuti, eclampsia, morte intrauterina del feto) può determinare un pericoloso sinergismo con la sommini-

strazione del vaccino. Occorre informare adeguatamente il paziente, il medico curante e il vaccinatore, dal momento che, trattandosi appunto di una malattia genetica di cui non sempre si è consapevoli, i sintomi possono non essere presenti in maniera evidente. Pertanto si proceda al vaccino dopo aver effettuato questo tipo di analisi insieme al medico curante, valutando l'anamnesi e poi eventualmente i parametri di coagulazione del sangue.

Un programma che aiuta a risolvere i problemi

a cura di Piero De Giacomo

Quando abbiamo un problema da risolvere possiamo seguire diverse strade: chiedere consigli agli esperti, agli amici, informarsi sulla rete, ecc. Fra queste possibilità ne abbiamo introdotta una consistente in un programma o meglio un form che è stato creato sulla base di una teoria della mente definita "Modello Pragmatico Elementare", nata A Bari alla fine degli anni 70 ad opera di un informatico, Prof. Alberto Silvestri, e dal sottoscritto, insieme a numerosi collaboratori informatici e psichiatri. La teoria è stata oggetto di numerosi articoli su riviste scientifiche e libri nazionali e internazionali, relazioni a congressi, oltre che su quotidiani (Gazzetta del Mezzogiorno, etc.), programmi TV e sul canale You Tube e viene utilizzata con successo in ambito clinico, artistico e lavorativo.

Il form è stato presentato all'Accademia pugliese delle Scienze il 18 dicembre 2020. Hanno collaborato alla sua realizzazione Piero De Giacomo, Rosa Anna Pucciarelli, Vincenzo Costa, Marisa Me-gna, Andrea De Giacomo.

Il form prevede che il problema venga incanalato in sedici percorsi mentali e si osserva come questo incanalamento agisce nella direzione della soluzione. Ad esempio se si crea un vuoto mentale e poi si pensa alla soluzione del problema compare qualcosa a cui non avevamo pensato? Se si crea un atteggiamento di mediazione mentale compare qualcosa che può aiutare nella soluzione? Oppure se si pensa all'opposto compare una soluzione? Oppure se si trasforma il problema in una metafora del problema che cosa accade?

Si tratta di una specie di gioco con la nostra mente che possiamo ripetere più volte al giorno. La pratica e l'impegno aiuterà a potenziare la capacità di trovare nuovi percorsi problem solving e di accrescere la creatività.

Provate voi stessi ad armarvi di spirito creativo e ad utilizzare il programma che è disponibile gratuitamente al seguente indirizzo web www.pierodegiacomo.com. Al termine del percorso sarà anche possibile ricevere un file o una e-mail contenente le vostre risposte. I vostri commenti contribuiranno allo sviluppo futuro del programma.

Piero De Giacomo, già direttore clinica psichiatrica università di Bari.

Ti conosco... mascherina!

a cura di Peppino Aceto

Questa metafora (che chiosa una nota commedia di E. De Filippo) sarà capitato, a ciascuno di noi, di rivolgerla a qualcuno che provava a mascherare la propria identità o nascondere qualche segreto. Ebbene, non avremmo mai pensato che, un giorno, la mascherina sarebbe diventata un capo quotidiano del nostro abbigliamento! Ma, quale è stato il percorso storico della stessa, nel corso dei secoli? Le prime notizie risalgono al 1° secolo, quando Plinio il Vecchio (23-79 d.C.) descrisse l'uso di pelli di vescica animale per proteggere i lavoratori delle miniere romane, dalla polvere di piombo rosso. Nel 13° secolo, Marco Polo raccontava come i servi della Corte di Kubil Khan (Imperatore mongolo) si coprissero il naso e la bocca con un panno di seta e filo d'oro, quando servivano il cibo. E, ancora, nel XVI sec. Leonardo da Vinci suggeriva ai marinai di proteggersi, con un panno immerso in acqua, dall'arma tossica fatta di polvere, progettata da lui stesso. Nel 1400 durante la peste nera, alcuni dipinti rinascimentali mostrano figure che fanno uso di fazzoletti per proteggersi il volto. Ancora, più evidenti, nel 1720, a Marsiglia, epicentro della peste bubbonica, quadri che mostrano figure di becchini che per proteggersi dai miasmi della pestilenza usavano una stoffa avvolta intorno alla bocca e al naso. E, come non ricordare, nel 1630, durante la peste "manzoniana", i cosiddetti medici della peste, che per la loro "bardatura" professionale, si possono considerare antesignani dei nostri, attuali, operatori sanitari. Essi si caratterizzavano per la maschera provvista di un becco adunco, contenente erbe profumate come rosmarino e timo, e, talvolta, spugne imbevute di aceto, per impedire che potessero respirare i miasmi provenienti dal Lazzaretto. Ma, quando nacque l'idea di utilizzare la mascherina, dapprima in sala operatoria, e successivamente, come protezione, in caso di epide-



Il medico della peste

mie? A, questo proposito, è opportuno ricordare che, nel 1867, il chirurgo scozzese Joseph Lister intuì che l'acido fenico, utilizzato per eliminare gli odori del liquame, risultava efficace per disinfettare non solo le ferite post-operatorie (salvo a provocare modeste bruciature della pelle), ma anche il campo operatorio, ivi compresi gli strumenti di lavoro, tramite un dispositivo che nebulizzava il disinfettante. In tal modo, si evitava lo sviluppo di quei germi che Pasteur aveva appena scoperto l'esistenza, e che, alcuni anni dopo, il batteriologo Carl Flugge dimostrò essere responsabili nel veicolare, per via aerea, alcune malattie, attraverso l'emissione da parte del soggetto malato, di goccioline di saliva o muchi dal naso. Nel 1897, il chirurgo austriaco Mikuliz Radecki, sulla scorta di queste espe-

rienze, ipotizza di usare una semplice garza per evitare che le goccioline cadano sul campo operatorio. Finalmente, nel 1897, il chirurgo francese Paul Berger inizia ad indossare la mascherina chirurgica per proteggersi dalle goccioline respiratorie, che, tuttavia, non sono adatte a filtrare l'aria, a differenza delle mascherine respiratorie, che permettono una chiusura ermetica (quelle che, oggi, vanno sotto il nome di FFP1- P2e P3), la cui origine risale al 1910, allorché, durante la pestilenza polmonare della Mancuria, il chirurgo malese WuTen-Teh, perfezionò e promosse l'utilizzo di una mascherina "respiratoria", impiegando insieme al cotone e garze, strati di tessuto per filtrare le inalazioni. Il risultato fu tale che, nel 1918, durante l'epidemia della "Spagnola", il solo uso della mascherina ridusse il contagio del 15-20%, e gli Stati che lo resero obbligatorio ebbero un'incidenza dello stesso, diverso. Di conseguenza, nel settembre dello stesso anno, l'Ufficio di Sanità Pubblica degli Stati Uniti, permise di far indossare la mascherina al personale medico-infermieristico, anche al di fuori degli ospedali, pur sollevando molte critiche, in proposito. Tuttavia, confortato da uno stu-

dio di due scienziati - Doust e Lyon - che migliorarono, in efficacia, la qualità delle mascherine, sovrapponendo tre strati di mussolina (una sorta di cotone a trama molto fitta), il Ministero della Marina Militare degli Stati Uniti scelse di testare l'efficacia delle mascherine, facendole indossare a ventotto marinai di una base militare, affetti da influenza e bronchiti, invitandoli a tossire su di una piastra di coltura, dapprima a volto protetto, e, una seconda volta, a volto scoperto. Il risultato fu che ben il 97% di colture raccolte con il soggetto protetto dalla mascherina, ebbe un esito negativo rispetto all'altro test. E, fu così, che la mascherina si impose non solo nelle sale operatorie di tutto l'Occidente, ma l'idea di "sconfinare" dalle stesse per essere utilizzate anche dai civili, durante le epidemie, si fece sempre più strada, nonostante alcune perplessità. A conclusione di questa rivisitazione storica della mascherina, ci si augura di "uscire fuori" da questa pandemia, e poter rivolgersi ad un occasionale interlocutore con un "Ti conosco ... mascherina", sicuri che dietro la stessa, reale o figurata che sia, non si nasconda un sospetto contagiante di Covid-19!



Le emozioni in tempo di Covid

a cura di **Anastasia Carcello**

Parlando di emozioni bisogna premettere che ogni essere umano nel corso della vita è soggetto ad emozioni più o meno intense causate da eventi imprevisti ed improvvisi. L'intensità e il tipo di emozione provate dipendono, oltre che dalla sensibilità ed emotività individuale, dal percorso personale fin dall'infanzia, dalle esperienze in famiglia, in campo sentimentale, professionale e sociale, inclusi il condizionamento culturale e religioso propri di ciascun individuo.

Ognuno di noi interpreta e decodifica gli ostacoli e le difficoltà della vita con reazioni emotive diverse, dalla rabbia al senso di frustrazione e solitudine che alterano l'equilibrio psico-fisico, indispensabile per la salute ed il benessere.

Essere consapevoli delle proprie emozioni consente di accettarle senza il bisogno di evitarle, fuggendo dalle situazioni che le scatenano o che potrebbero scatenarle.

In tempo di covid le molte emozioni provocate dalla pandemia e dai decreti per contenerla hanno determinato reazioni e manifestazioni diverse anche in relazione all'età anagrafica, un adolescente o un giovane adulto sperimenta emozioni e reazioni differenti da un anziano o da un bambino, anche tra donna ed uomo si rilevano aspetti emotivi diversi.

Pensavamo di aver affrontato e superato il peggio con il primo Lockdown, facendo i conti con la paura del contagio e della morte lontano di nostri cari, ma si continuava a sperare in una rapida risoluzione del quadro pandemico.

Eccoci qui, dopo un anno, con una terza ondata di contagi, arricchita da altre varianti virali provenienti da Paesi distanti dal nostro, che ci fanno rivivere le emozioni negative già sperimentate, ma che hanno ridotto la speranza di una rapida scomparsa della pandemia.

La minaccia delle tre nuove varianti (inglese, brasiliana e sud-africana) ha incrementato il timore della morte e l'incertezza del futuro, perché per di più questa volta sono colpiti soggetti giovani, compresa l'infanzia.

L'esperienza delle emozioni affrontate e vissute in prima persona nella quarantena di un anno fa non ha prodotto le stesse reazioni nella popolazione, soprattutto nei giovani.

Questo è comprensibile se consideriamo la diversità individuale, ognuno di noi è diverso dall'altro, anche nell'ambito della stessa famiglia. Siamo individui unici sia nell'assetto immunitario che nella risposta agli stessi eventi traumatici.

Assistiamo ad una incredibile varietà di reazioni emotive e comportamentali, soprattutto da parte di giovani adulti, che sfidando non solo le norme prudenziali ma anche il virus e le sue varianti, favoriscono il contagio. In tali soggetti prevale la negazione, non solo confutando il virus o professandosi no-vax, ma negando la possibilità del contagio e la fragilità del corpo umano di fronte ad un agente virale di cui non si sa ancora come debellarlo definitivamente. Sono convinti di essere talmente forti e sicuri che non si ammaleranno mai! La negazione della realtà ha contribuito a riempire le rianimazioni di pazienti più giovani della prima ondata.

Il bombardamento costante di notizie allarmanti ad opera dei media che diffondono energia nega-

tiva, l'emergenza sanitaria per la carenza di personale medico ed infermieristico (richiamano perfino i medici in pensione), la differente programmazione vaccinale nelle regioni del nostro Paese e la comparsa di alcune morti dopo vaccinazione con Astra Zeneca, ha ingigantito le emozioni forti e contrastanti, inclusa la sfiducia nell'azione dei vaccini.

Analizzando più da vicino le emozioni occorre dar loro un nome ed un movente, imparando a riconoscerle e accettarle senza esserne sopraffatti, inoltre bisogna far tesoro di quei turbamenti insorti durante la prima ondata, come ad esempio l'intolleranza verso le reazioni emotive delle persone che convivevano con noi. Spesso oltre all'irritazione scatenavano diverbi che da poco conto si trasformavano in vere liti. Non si era consapevoli che le emozioni non dette, identiche alle nostre, sono fuoco sotto la cenere pronte a bruciare alla prima parola ritenuta fuori luogo.

Il diffuso malessere impalpabile, quanto reale, in questa nuova recrudescenza dei contagi, porta insofferenza per le nuove restrizioni, annulla ogni possibile programma di spostamento, riduce drasticamente le normali attività lavorative e impedisce la pianificazione di una ripresa, a causa dell'impossibilità di stabilire una data precisa al ritorno della normalità.

Manca molto la libertà di frequentare parenti e amici ma soprattutto la possibilità di abbracciare le persone che amiamo e condividere con loro i tradizionali pranzi delle feste comandate.

Avendo già sperimentato la difficoltà di essere prigionieri nella propria casa, si avverte l'intolleranza di ritornare agli "arresti domiciliari" per l'impossibilità di gestire la propria vita secondo le consuete abitudini, di nuovo modificate. Si vive in un'attesa di risoluzione globale della pandemia, sospesa nella mente di tutti, che rischia di svanire ad ogni comunicato ufficiale dei nuovi contagi e dei decessi.

Quali sono le emozioni che nascono e si radicano in questo periodo protratto di covid?

La tristezza e l'inquietudine per questa calamità ingestibile che fa vivere nel disagio e nella preoccupazione, malgrado le battute, l'ironia e i video circolanti sui cellulari per strappare un sorriso forzato.

L'ansia per il contagio porta all'isolamento a volte eccessivo, se include la riduzione dei contatti telefonici o attraverso la rete. In questo periodo di segregazione aumenta il senso di solitudine con conseguente abbassamento del tono dell'umore e si ingigantiscono i timori, presagendo un futuro senza via d'uscita.

La paura di essere ricoverati in una rianimazione in condizioni critiche, l'impossibilità di vedere i propri cari anche nell'ultimo momento della vita terrena, significa morire da soli, malgrado sia presente il personale sanitario impegnato a sottrarre al virus un'ennesima vittima.

Nessuno si augura di morire in questa maniera, il solo pensiero porta molta angoscia, pure se si teme che tale sorte possa toccare ad un nostro familiare.

Impotenza, sconfitta, rabbia, odio, bisogno di vendetta ed altre emozioni roventi fremono nel cuore di chi vuole cercare i responsabili della pandemia, senza rendersi conto che pur trovando i veri capri espiatori non servirebbe ad annullare immediatamente i contagi virali.

Le notizie contraddittorie trasmesse dai media attraverso interviste di esperti in varie branche della medicina e l'impennata della curva dei contagi fanno emergere una palese sfiducia nella scienza medica, nella farmacoterapia, nelle direttive del ministero della Salute e perfino nell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Risulta difficile riconoscere i limiti delle scienze umane, della tecnologia avanzata e della ricerca in campo bio-medico, da cui continuiamo ad aspettarci la sconfitta definitiva del covid e va-

rianti. Questa sfiducia alimenta apprensioni ed emozioni a polarità negativa per il timore del contagio e della malattia che porta a morte troppo facilmente, soprattutto le persone anziane e fragili per la presenza di comorbidità. L'ansia è maggiore nelle persone che hanno già perso un caro nel primo lockdown e nelle donne con familiari anziani e figli, specialmente se in tenera età.

Il disagio non contenuto di un bambino o di un adolescente scatena disturbi comportamentali più o meno gravi, a volte nemmeno compresi dai familiari che li interpretano come capricci o ribellione alle nuove norme di vita familiare. La mancanza della socialità scolastica, il difficile adattamento alla DAD (Didattica a distanza) e la privazione delle attività sportive di squadra o individuali, in palestra o all'aperto, con istruttori e compagni, hanno contribuito alla manifestazione di sintomi da disadattamento, variabili da soggetto a soggetto. I genitori dovrebbero sempre chiedere un parere al pediatra o ad un neuropsichiatra infantile prima di etichettare "capricci" un comportamento patologico.

Le risposte emotive degli adulti derivano in gran parte dalla professione esercitata: un lavoratore in proprio, come ad esempio i ristoratori, teme, oltre al contagio, la disfatta economica se costretto a chiudere o ridurre troppo l'attività.

Alcuni uomini adulti, apparentemente normali, esplodono la propria rabbia sulle donne che pensavano di amare, scaricandola con brutalità e violenza fino al femminicidio, il cui numero non è diminuito in quarantena, durante la quale si sperava che le intolleranze coniugali o tra conviventi fossero sopite dalla paura del virus.

Gli anziani, i più fragili, hanno già pagato un alto tributo, non solo nelle RSA, all'esordio del coronavirus, quando nei primi giorni della quarantena non si sapeva di dover separare i positivi da chi non era contagiato, di conseguenza questa

terza ondata di contagi aumenta il timore della morte in solitudine.

Durante la prima quarantena e senza interruzione si è avuto l'incremento dei suicidi, non solo in pazienti con depressione già nota, ma anche in adulti disperati per l'improvviso fallimento economico, sopraffatti dalla disperazione per non essere più capaci di garantire un dignitoso benessere alla famiglia. Indirettamente il covid ha contribuito ad aumentarne il numero per l'aggravarsi di uno stato depressivo latente o per la paura di non saper affrontare le conseguenze di un virus così temibile.



CONSIGLI PER AFFRONTARE LE EMOZIONI IN PERIODO DI COVID

- 1) Condividere le emozioni, le preoccupazioni e l'inquietudine con gli altri, familiari, amici, colleghi, vicini di casa e persone sconosciute incontrate per caso al supermercato o in farmacia (indossando la mascherina e mantenendo la giusta distanza). Parlare apertamente dei timori e dei pensieri inquietanti fa star bene, ridimensiona l'intensità emotiva e fa scoprire che tutti siamo nella stessa barca, dove remare guardando avanti per superare insieme questo lungo periodo di immobilismo.

- 2) Tenersi informati con intelligenza, senza lasciarsi trasportare dalle emozioni negative evocate dai mass media, che spesso amplificano l'aspetto allarmistico delle notizie, manipolate a tale scopo.
Mantenere la distanza dalla rabbia sottintesa quando si denunciano nei vari TG, con toni di condanna, i trasgressori delle normative per contenere il contagio.
Le fonti di informazione più sicure reperibili in rete sono: il Ministero della Salute, l'Assessorato della Salute e l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità).
- 3) Se possibile mantenere le proprie abitudini di vita, nel rispetto delle regole sanitarie. La prigionia forzata induce a pensare di avere molto tempo a disposizione e poca voglia di pianificare le ore della giornata, con tendenza a rinviare sempre all'indomani un compito non urgente. Il tempo comunque passa, sia se siamo felici che infelici, sia se programiamo gli impegni o oziamo davanti alla TV, per questo bisogna sfruttare le proprie competenze e riprendere gli hobby che ci fanno sentire bene. Per riempire le ore e tenere la mente occupata, è una buona norma attivarsi con la manualità (cucito, ricamo, maglia ecc), il bricolage, la pittura e la scrittura oppure ordinare per settori la casa facendo più spazio.
- 4) Curare l'alimentazione, evitando di ripetere gli errori del primo lockdown, durante il quale era notevolmente aumentato il consumo dei carboidrati e degli alcolici che predispongono alle note malattie cardio-metaboliche. Pertanto si consiglia di fare la spesa con intelligenza preferendo vegetali e frutta di stagione, cereali integrali, e proteine (carne bianca o pesce), senza riempire il frigo di spezza-fame calorici. Importante bere molta acqua durante il giorno per una corretta idratazione, evitando bibite gasate o zuccherate.
- 5) Riservare un lasso di tempo al mattino e al pomeriggio per fare attività fisica in casa, magari seguendo programmi mirati in rete, o ballando al suono del ritmo gradito oppure una passeggiata all'aperto, se possibile.
- 6) Ritagliarsi momenti di svago quotidiano come ascoltare musica o leggere.
- 7) Evitare la solitudine sociale sfruttando la rete per video-chiamate e cercando di comunicare ogni giorno con i parenti e le persone amiche attraverso messaggi, WhatsApp ecc.
- 8) Sconsigliato utilizzare alcol, droga e fumo per contrastare lo stress emotivo.
- 9) Se ci rendiamo conto di essere sopraffatti dall'ansia o da altre emozioni perturbanti è utile consultare uno specialista (psicologo, psicoterapeuta o psichiatra) lasciandosi guidare nella scelta dal proprio medico di base. Non c'è salute fisica se manca la salute mentale, quest'ultima coinvolta nelle difese immunitarie e la PNEI (Psico-Neuro-Endocrino-Immunologia) lo ha evidenziato molto bene.
- 10) Essere consapevoli del proprio livello di rischio, per le adeguate misure precauzionali, tenendo conto che non sono solo i pazienti oncologici o con malattie cardio-metaboliche, vascolari ed immunitarie ad essere soggetti fragili, ma anche il sovrappeso e l'obesità sono fattori che aumentano il rischio di contagio.
- 11) Fare del bene al prossimo: aiutare fattivamente qualcuno in serie difficoltà economica (amici, conoscenti, ecc) senza sbandierarlo ai quattro venti, crea uno stato di serenità che solo chi lo ha fatto gratuitamente e con cuore sincero lo ha provato. A volte non è importante la quantità di quello che si dona, ma è come lo si fa, può essere particolarmente gradito e gratificante con-

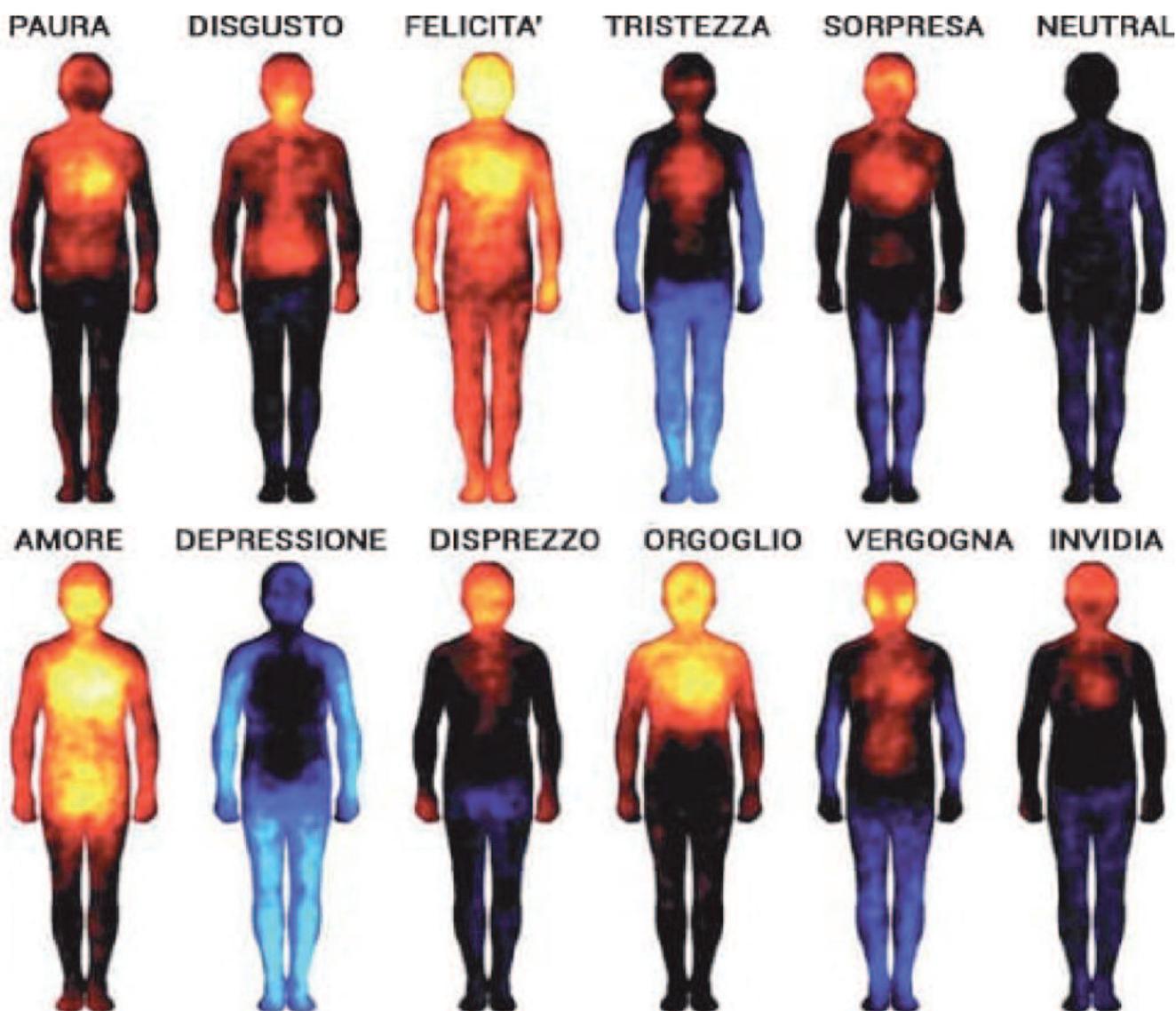
dividere anche un piatto tipico col vicino di casa.

- 12) Infine ognuno deve rammentare altri periodi difficili nella propria vita, ormai superati, come per esempio una malattia grave improvvisa, un lutto, un incidente stradale, dissesti finanziari, catastrofi atmosferiche, movimenti tellurici, ecc.

Non dimentichiamo i nostri nonni e nonne che hanno vissuto l'incubo dell'ultima guerra mondiale ed hanno affrontato il dopoguerra senza risorse economiche senza perdere la speranza di un domani migliore. Molti di loro hanno scelto con coraggio perfino l'emigrazione in Paesi lontani senza conoscerne la

lingua. Il ricordo delle nostre radici contribuisce a ridimensionare l'ansia e a guardare con fiducia il futuro.

Prendiamoci cura di noi stessi evitando i pensieri ripetitivi negativi, attivando le risorse interiori che ognuno possiede e ricordiamo il consiglio di S. Francesco: è dando che si riceve! Confortare con parole adeguate ed essere solidali con il prossimo o condividere quel poco che si può con chi ne ha bisogno, torna indietro raddoppiato, non solo in termini concreti ma anche immateriali innalzando il tono dell'umore e stimolando la produzione di endorfine, responsabili del benessere.



Prima riunione telematica interregionale

a cura di Antonino Arcoraci

Cari amici,
il presidente Poerio, giorno 11 marzo, ha condotto il primo incontro telematico interregionale con la presenza dei presidenti delle Sezioni siciliane, calabresi, e sarde. Hanno preso parte come invitati, anche alcuni associati. Lo scopo è stato: riprendere i contatti e aprire al nuovo modo di incontro tra la Presidenza nazionale e le Sezioni; utilizzare il nuovo sistema per vedersi e anche a distanza, discutere in forma allargata, i problemi nazionali e locali.

Dopo il suo saluto, il Presidente informa che, su ricorso FEDER.S.P.eV., il TAR del Lazio ha sentenziato la cancellazione dal piano pandemico, della frase **se le risorse sono scarse, privilegiare i pazienti che possono trarne maggior beneficio** e che, sempre su pressione della FEDER.S.P.eV., il Ministero del lavoro, nominerà una Commissione di cui farà parte la stessa FEDER.S.P.eV., per studiare il modo **di separare l'assistenza dalla previdenza**.

Un successo la prima notizia, perché sottolinea l'importanza della deontologia medica, dell'etica, dei principi costituzionali riportati all'articolo 32 della Costituzione che recita: *La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti... cittadini italiani e stranieri... senza differenza di età, di genere o di razza*; un riconoscimento la seconda, perché valida l'aspetto sindacale della FEDER.S.P.eV nella trattazione dell'annoso problema delle pen-

sioni che vanno svincolate dal peso dell'assistenza.

Il Presidente ha comunicato inoltre che il Congresso nazionale, quest'anno elettivo e organizzato a Verona, in ragione delle restrizioni Covid, sarà spostato in autunno. Non gli è possibile stabilire la data perché questa potrebbe slittare ancora. Il C.D. a livello nazionale resta operativo fino alle nuove elezioni. A livello Regionale e a livello di Provincia, dà alle Sezioni in scadenza di mandato, la piena disponibilità di scegliere tra una votazione nel rispetto del distanziamento e della privacy e il rinvio mantenendo il pieno potere decisionale fino alla ripresa della condizione di "normalità".

Durante l'incontro si è parlato di crisi dell'associazionismo, problema non solo della FEDER.S.P.eV.. Antonino Arcoraci ha letto alcune delle risposte pervenute a seguito della *lettera aperta* pubblicata su Azione Sanitaria *per una FEDER.S.P.eV. che si rinnova... gli associati consigliano*, Armanda Cortellezzi di Varese e Ninny Mantineo di Messina hanno aggiunto il loro contributo. Gangemi di Trapani, Saccà di Catanzaro e Surrenti di Caltanissetta, hanno parlato delle loro realtà locali.

A conclusione della riunione, tutti i convenuti si sono complimentati con il Presidente per l'iniziativa che è stata definita *importante* e *necessaria*: partendo dal Sud e toccando tutte le regioni d'Italia, in questo momento di chiusura, ha consentito e consente il colloquio aperto tra il Presidente nazionale e le Sezioni.

È stata una bella occasione: ha dato la possibilità a tante persone di vedersi, di scambiarsi un sorriso, di sentirsi ... insieme.

Covid e EBM

a cura di Pier Roberto Dal Monte

Riportiamo l'articolo redazionale comparso nel numero di maggio u.s. di *Nature** con le considerazioni, e con qualche rilettura, sull'uso della Medicina basata sulle Evidenze, nel quale rivedendo le basi del sistema per migliorare la concretezza clinica particolarmente nei confronti dell'inaspettata pandemia, si indicano le modalità per non farci trovare in futuro impreparati per qualsiasi nuova e tragica evenienza. Articolo nel quale si dimostra come la raccolta dei dati di efficacia dei vari mezzi diagnostico-terapeutici clinici applicati, basati sull'esperienza finora usati, durante dell'infezione Sars 2 Covid19, dalla sua origine ai suoi effetti, hanno mostrato in gran parte la loro fallacia e che ogni modalità di intervento deve essere rivista e riorganizzata, servendosi, impiegando nuove tecniche di raccolta ed elaborazione dei dati: proponendo in definitiva l'avvento di una nuova EBM o Cochrane, su base informativo/informatico più sicura e duttile dell'attuale o, come da più parti si chiede, procedere ad una "agile" evidence based medicine. Superando anche il dualismo tra Medicina basata sulla Esperienza e la Medicina basata sull'Evidenza.

(*) Nature | Fix medicine's evidence pipeline.
Vol 593 | 13 May 2021

Come rivedere l'afflusso di dati aggiornati nella Medicina Basata sull'Evidenza

La pandemia ha generato troppi studi e revisioni cliniche infondate per cui si pone un cambiamento necessario per garantire al consesso umano i dati probanti di alta qualità medica di cui ha bisogno.

L'anno scorso e quello che stiamo ancora vivendo è stato turbolento per Archie Cochrane, nonostante fosse morto da più di 30 anni fa. Il medico scozzese, figura fondamentale nella storia della medicina, già quando fu prigioniero dei Tedeschi nell'isola di Creta e responsabile medico (poiché sapeva il tedesco) di un campo di prigionia, mise in dubbio il modo standard in cui decidono i medici come trattare le malattie - che era basata in gran parte sulla loro opinione o personale esperienza. Ritornata la pace estendendo i suoi studi nel 1970 Cochrane propose che le decisioni mediche dovrebbe essere basate su prove rigorose - in particolare su studi controllati randomizzati o trials - e successivamente ha stimolato la nostra categoria professionale a costruire con questi dati, utili piattaforme clinico-diagnostiche. Probabilmente miliardi di persone vivono oggi hanno beneficiato di queste fondamentali idee, essendo Cochrane ed altri suoi seguaci pionieristicamente gli ispiratori e fondatori del movimento poi chiamato Medicina Basata sull'Evidenza, nota internazionalmente come EBM, su cui si basano le decisioni mediche correnti e gran parte delle linee guida. Nel 1993, è stata fondata una vera rete internazionale nota come Cochrane Collaboration (ora chiamata solo Cochrane); questo gruppo e altri lo hanno creato,

assemblando una vasta “biblioteca” di revisioni sistematiche in medicina e altre discipline, la base delle esperienze basate evidenze che ha contribuito a salvare molte vite umane.

La pandemia COVID-19 è stata ed è ancora, in questa visione, uno dei più grandi test sulla pratica clinica finalizzata e ha dimostrato come l’attuale sistema “evidenziale” non sia all’altezza di un’emergenza globale in rapida evoluzione. Ovviamente ci sono state enormi vittorie: i trial randomizzati controllati sono stati fondamentali per testare la sicurezza e l’efficacia di alcuni farmaci durante il corso della malattia, così come e soprattutto quelli sui vaccini, i quali ci porteranno ad uscire dalla pandemia. Ma come si è dimostrato dalla pubblicazione di numerosissimi articoli su tutti gli effetti del virus, la sua prevenzione e terapia, la pandemia ha anche provocato molti tentativi clinici sperimentali i quali o perché erano basati su troppo piccoli numeri per produrre risultati efficaci o perché anche l’ondata di revisioni sistematiche erano spesso di bassa qualità, ripetitivi e rapidamente obsoleti, alla fine per lo più si sono dimostrati – sebbene molti siano stati anche pubblicati su molti giornali o prestigiose riviste di alto profilo culturale – del tutto inutili o anche fallaci.

È venuto il tempo di cambiare ed è importante che ricercatori, medici e gli *Opinion Leader* mondiali valutino più attentamente cosa ha e cosa non ha funzionato e perché ciò è successo, e formulare raccomandazioni per utili al cambiamento. Si deve riparare a questo inutile afflusso di dati, trials inesatti e di notizie incontrollate in modo che sia più incidente, o meglio in grado di fornire tempestivamente dati di alta qualità, non solo per una prossima deprecabile pandemia, ma per le emergenze sanitarie quotidiane, dalla malaria alle malattie cardiovascolari o anche alle neoplasie.

Un’ottima opportunità arriverà in ottobre, in occasione di un incontro dei Leader della salute glo-

bale organizzato dalla Cochrane e dall’Organizzazione mondiale della sanità (OMS), così come altri membri del gruppo chiamato COVID-END (COVID-19 Evidence Network per supportare il processo decisionale). I responsabili di COVID-END stanno anche pianificando di riunire in una Commissione globale di leader di pensiero medico e non solo per valutare il modo migliore per fornire testimonianze per affrontare anche le sfide sociali, come i cambiamenti climatici e le disuguaglianze, che vanno ben oltre la salute, ma che ne sono anche determinanti. Questo gruppo ha un’opportunità unica per perfezionare, riimmaginare e riingegnerizzare le procedure per le generazioni presenti e future, fornire l’uso di metodologie basate sulla ricerca e quindi garantire che il nostro mondo futuro sia meglio uniformato dalla razionalità e dai fatti concreti. Continuare fermamente sui principi fondamentali della Medicina basata sull’Evidenza, ma far sì che i processi che la improntano si evolvano. Quando il Cochrane Collaboration è stato costituito, i suoi fondatori sapevano che le revisioni dei processi devono essere aggiornate regolarmente con le ultime ricerche sebbene, in pratica, ciò è spesso difficile a causa della natura impegnativa delle ricerche e dalla rapidità della sintesi richiesta ai dati della letteratura. Nuovi metodi possono aiutare. Un esempio ci viene dato da una ricerca australiana che ha pubblicato una revisione sistematica ogni due settimane di dati riferentesi al virus, eseguita da un team esperto e con ampio uso di sistemi automatizzati dei dati che ha collaborato per produrre rapidamente revisioni sistematiche “viventi e agili” su potenziali terapie COVID-19, aggiornate man mano che uscivano i nuovi studi. I ricercatori dovrebbero pertanto valutare dapprima quali i metodi migliori per generare revisioni rapide su quelli efficaci per prendere poi le decisioni sui settori sui quali vale la pena investire la ricerca. La pandemia ha dimo-

strato che studi clinici ampi e coordinati che abbracciano i sistemi informatizzati delle strutture ospedaliere e sanitarie in genere che testano più trattamenti attivi su una qualsiasi seria condizione morbosa, offrono un ottimo modo per includere un numero sufficiente di pazienti per fornire conclusioni definitive su ciò che funziona e cosa no. Lo studio RECOVERY Trial (Randomised evaluation of Covid-19 Therapy) del Regno Unito ed il simile processo SOLIDARIETY dell'OMS ne sono un esemplare approccio.

Questi accanto all'ondata di altri studi, per certi versi incontenibile, potrebbe essere una potente ed irripetibile eredità della pandemia, se questo modello fosse ampiamente adottato su base continuativa e fornire i numeri necessari per i trials utili anche in molte altre condizioni sanitarie. Ciò avrebbe il vantaggio aggiuntivo di coinvolgere molti medici e ricercatori, aiutandoli a istruirli avvantaggiando chi ha un *trial* ben progettato – e quindi garantire che vengono meno quelli che siano stati mal progettati^{**}. È importante che nei diversi Paesi si richiedano e si finanzino i cambiamenti e tutti questi sforzi devono includere le diverse prospettive che

provengono dai pazienti, dagli specialisti dai cittadini e dai decisori politici. Ciò contribuirà a garantire che tutte le ricerche o i *trials* siano equamente disponibili, e che la serietà ed onestà nelle loro valutazioni incontrino le esigenze delle comunità in tutto il mondo, piuttosto che servire solo aggiungere ai ricercatori più documenti che promuovano la carriera. Per questi risultati saranno necessarie organizzazioni, come Cochrane atte a porre uno sguardo attento alle loro procedure ed essere disposti a cambiamenti attivi. Esiste tuttavia il pericolo che dominata, almeno si spera, la pandemia tutti siano così desiderosi di tornare a vivere, come per il passato, e dimenticare il trauma con una contrazione progressiva dei mezzi necessari per riflettere e migliorare ed agire. Ma l'appello di Archie Cochrane di 50 anni fa che le decisioni cliniche e non solo siano basate sulla rigorosa valutazione dei fatti vale a dire dei trials appare più importante che mai e, anche se stanchi e vagamente depressi come siamo, dobbiamo metterci al lavoro in modo che possiamo sin da ora fornire evidenze migliori e più rapide per una inauspicata prossima volta.

(**) Evidence-based medicine and COVID-19: what to believe and when to change | Emergency Medicine Journal (bmj.com) 10. 12. 2020

L'origine degli italiani

a cura di Amilcare Manna

La nascita del popolo italiano si fa risalire di solito a una data simbolica, il 476 d. C., anno che gli storici indicano come la fine dell'Impero Romano d'Occidente con la deposizione dell'ultimo imperatore Romolo Augustolo da parte del barbaro Odoacre. In realtà, il proto italiano si era già emancipato dai Romani assumendo caratteristiche ereditate dai barbari: individualismo, scarso rispetto per la cosa pubblica, poca capacità organizzativa e, soprattutto, la tendenza a trascurare qualunque ragionamento analitico a favore di un pensiero frammentario e superstizioso.

All'italiano dei secoli successivi, tuttavia, sarebbe risultata un'ardua impresa combinare romanità e barbarie, i simboli del Bene e del Male, della Civiltà e dell'Inciviltà, del Futuro e del Passato. Su quelle componenti nacque la nuova anima dell'Italiano che sarebbe divenuta celebre non più per i successi militari e l'efficienza amministrativa, ma per le capacità mercantili e artistiche, lo spirito di avventura, la caratteristica di privatizzare il pubblico e pubblicizzare il privato. Un popolo che conservò un culto astratto per il diritto, pronto ad ogni momento a violarlo, la retorica degli antichi allori militari guardandosi bene dal volerli imitare e, incapace di conservare il meglio e il peggio dei nostri antenati, si accontentò del "medium" (*in medio stat virtus*).

Solo quando il processo di omologazione e di sintesi fra romanità e barbarie fu terminato, intorno alla fine dell'VIII secolo, si cominciò ad indicare gli abitanti a Sud delle Alpi come "Italici". Lo stesso nome che, prima ancora della nascita di

Roma, definiva antichi popoli centromeridionali come gli Umbri, i Sabini, i Campani, i Lucani, gli Irpini, i Sanniti.

Il nome Italia inizialmente indicava solo la punta della Calabria, poi si estese a tutta la penisola, ovvero ai territori a Sud dei fiumi Magra e Rubicone; infine, con Augusto, anche a quelli della Gallia Cisalpina, l'attuale Italia settentrionale. Il nome viene da "Vituli", figli del dio Toro, quindi italiani significa "torelli", origine ideale per compiacere la vantata virilità nazionale.

Tuttavia, per capire la genesi storica degli Italiani, oltre ai Romani e ai barbari, bisogna considerare un'altra componente che rese possibile l'operazione e che da allora non ha più smesso di influire sulla nostra formazione e la nostra storia: la Chiesa.

Italiani e Chiesa vanno avanti da 2000 anni influenzandosi a vicenda, scambiandosi ruoli e responsabilità, al punto che sarebbe impossibile fare la storia degli Italiani senza fare al contempo la storia della chiesa e viceversa. Quest'ultima avrebbe potuto fare degli Italiani un esempio di virtù, ma invece li indusse a praticare una doppia morale o addirittura ad essere "senza religione e cattivi" come li definì Niccolò Machiavelli.

Dissipiamo però subito un dubbio che potrebbe sorgere; quanto detto finora non vuole assolutamente negare le numerose caratteristiche eccellenti che da sempre costituiscono l'identità e il mito degli italiani: genio, fantasia, creatività, caratteristiche tanto note da averne fatto un grande popolo al quale l'umanità deve moltissimo: al contrario le esalta per contrasto, cercando tuttavia di non cadere nell'agiografia e nell'esaltazione. Affermare che gli Italiani abbiano rielaborato in maniera "singolare" i caratteri dei romani,



dei barbari e degli uomini di Chiesa non vuol dire smentirne la fantasia, il gusto, la genialità che li hanno resi famosi da sempre: significa invece uscire dal moralismo, vizio diffuso tra chi si occupa di storia.

È normale che i popoli ricordino e tramandino solo il meglio del proprio passato, dei propri avi: ma senza quegli avi e quel passato la loro vicenda e il perché si trovino a quel punto della loro storia, sarebbe incomprensibile. Giudicare il passato con gli occhi del presente è il modo più sbagliato per interpretare gli eventi. Se vogliamo comprendere lo spirito profondo degli Italiani, dobbiamo sforzarci di compier un cammino retrospettivo e assumere un principio fondamentale: nella storia “bene” e “male”, “positivo” e “negativo”, “giusto” e “sbagliato” non esistono, rappresentano solo concetti astratti, devianti e mistificanti. Evidenziare i caratteri negativi degli Italiani è forse l'unico modo per rendere loro, finalmente, giustizia. Fermo restando l'assunto che le caratteristiche considerate deteriori dalla tradizione e dalla retorica sono l'altra faccia di quella positiva: riconosciamo che stiamo parlando di un popolo eccezionale che detesta la noia e la banalità e che fa della fantasia e della genialità la propria ragione di vita. Furono proprio queste ca-

ratteristiche considerate negative: l'individualismo, l'insofferenza a qualsiasi regola, associate all'assenza di uno stato nazionale e la suddivisione in staterelli, città e corporazioni che nel XIV secolo favorirono uno sviluppo culturale senza pari. In seguito lo chiamarono Rinascimento, perché fu come un rinascere allo splendore romano dopo secoli di dominazione straniera, “barbara”. Fu un breve, eccezionale momento di luce che consentì il concentrarsi in Italia di un numero incredibile di ingegni che per-

mise al Paese di superare ogni altro in Europa e di divenire un faro che illuminò tutto il mondo e che tuttora possiamo ammirare.

Fu un vero miracolo e gli Italiani divennero famosi e invidiati per la loro capacità di scoprire e realizzare insuperabili modelli artistici, letterari, scientifici che fecero subito moda e cominciarono ad essere imitati in tutto il mondo.

Il popolo italiano non ebbe però la possibilità di godere dei vantaggi dell'emancipazione legati alla Riforma Luterana. Subì però tutte le ritorsioni e le vessazioni dovute alla controriforma che, con il Concilio di Trento, indetto da Papa Paolo III Farnese, istituì l'Inquisizione che riportò il mondo indietro di secoli e produsse migliaia di vittime. Tutta l'evoluzione della Gens Italica non fu mai quindi dovuta a movimenti di massa, ma sempre e comunque ad iniziative individuali o di élite.

Non si sentirono gli effetti dell'Illuminismo e della Rivoluzione francese se non quando furono imposti da Napoleone che, a sua volta, istituì una nuova dittatura e una nuova dominazione. Con la sua caduta e con il Trattato di Vienna nel 1815, il Principe di Metternich impose all'Italia una nuova restaurazione e un dominio ancora più oppressivo e avilente che sfociò poi nei moti carbonari e nel Risorgimento.

Se ogni famiglia è un mattone della società. Dalla qualità di detti “mattoni” dipende quella della società

a cura di Pier Luigi Lando
e Andrea Lando

È comunemente nota l’analogia tra un mattone per la costruzione di un’abitazione e la famiglia come fondamentale struttura della società umana. La concezione di questa agenzia primaria come mattone della società che risale ad Aristotele: è stata ripresa, anche di recente, da diversi pensatori. Quella, altrettanto antica di mediatrice tra il biologico e il culturale, con la locuzione di *cinghia di trasmissione culturale* è riportata nel lavoro di Pier Luigi Lando: **“ECOLOGIA DELLA FAMIGLIA” V.**, (da pg.18 a 61, periodico: dell’Istituto di Medicina Sociale di Roma, n. 2 – mar. – apr. 1984).

La constatazione del fallimento di tutti gli interventi tesi a cambiare in meglio la modalità secondo cui si è sviluppata la nostra storia ha impegnato, sin dagli anni ’60, la Ricerca Eco-psico-sociale (R. E. P. S.). Tale Ricerca che, così come stanno le cose, sconfinava e rimane nell’utopia, è partita, per appunto, dal presupposto che la qualità “dell’insieme società” dipende dalla qualità dei rapporti tra gli elementi che la compongono. Per quel che riguarda la qualità dei rapporti interpersonali, nonostante i numerosi interventi tesi al fine di migliorarli, essenzialmente, non è cambiato un granché. Per esemplificare, in breve: se ci si allaga la casa perché si è rotto un tubo, se non si chiudesse il rubinetto centrale, a nulla varrebbe chiudere quelli delle

singole fontane. Ebbene, tanti scritti in chiave **REPS** che considerano *il tipo prevalente di famiglia come fonte generatrice di effetti indesiderati e indesiderabili*, si concludono indicando come *cruciale il momento in cui si mette su famiglia*. In effetti, appaiono pregiudicanti rispetto a un’armonica realizzazione della personalità dei figli le *correnti motivazioni*, in fondo, narcisiste, condizionate da suggestioni di valori di mercato e di promozione sociale. Tra i fattori disturbanti i mitici affetti tra i familiari, l’*ambivalenza affettiva* di cui comunemente si parla di *rapporto di amore/odio*. Poiché le relative reazioni anche rabbiose si manifestano verso la persona a cui si tiene di più e da cui si dipende vitalmente, si è indotti a ritenere che si tratti di un messaggio richiedente maggiore attenzione da tale persona e lo sono anche nei confronti di altri in quanto “terzi incomodi”, ossia rivali nella competizione di attenzioni, prestazioni parentali ecc. In effetti, ogni membro del gruppo famiglia si trova in una *duplice (ambivalente) posizione relazionale*, giacché, in quando con un lo bisognevole di cure parentali, non sopporta competitori; ma, se abbastanza evoluto, sarebbe in grado di godere della convivenza connotata da empatica compartecipazione. Se, *pro bono pacis*, condividendo l’attesa di preservare una facciata perbene della famiglia, le “naturali” reazioni di rivalità vengono dissimulate, si potrà avere quella situazione di ipocrisia (alias maschera sociale”) in cui le reazioni socialmente ritenute negative vengono dissimulate e represses nella *pattumiera neuro-psi-*

chica. Tale, condizione relazionale è nota agli addetti come di *pseudo mutualità*. Così come stanno le cose, la conflittualità, pare rimanga subdolamente strisciante in molte famiglie in cui le tensioni da conflittualità non si manifestano esplicitamente, ma si potranno, anche “convertire” (v. su internet: nevrosi o disturbi da conversione) in sintomi psicosomatici.

Insomma, pare che ove vi sia qualcosa da spartire, si rischia conflittualità, sia pure, anzi, forse di più, tra persone care.

Quindi, presa consapevolezza riguardo a un tipo di famiglia in cui i metodi di allevamento della prole, sia pure in buona fede, sono informati a valori pregiudicanti un’armonica evoluzione della

personalità, occorrerebbe che da parte degli *aspiranti genitori, nel ruolo di educatori primari, un tempestivo e, responsabile impegno per l’avvio a soluzione dei quasi sempre presenti problemi acquisiti sin dai primi tempi di vita.*

In definitiva, si ribadisce ancora quanto fatto presente più volte e cioè che il più intimo dei rapporti tra un uomo e una donna diviene, unitamente ai metodi di allevamento, atto di comune responsabilità nei confronti dell’intera comunità umana allorché sia procreativo. Quindi, al momento in cui si passa da una semplice convivenza a quello di metter su famiglia, le nostre scelte in merito assumono la connotazione di atto di pubblico interesse.



Amore e pace: un anelito universale

a cura di Giovanni Brigato

Abbiamo varcato la soglia del III° millennio ed il mondo si trova ancora lacerato da tensioni, violenze e guerre, anche fratricide. Il senso dell'alterità, della comprensione, della tolleranza sembrano scomparsi. Ogni insegnamento cristiano dell'Amore sembra dimenticato, disatteso, obsoleto, financo deriso e relegato all'universo degli ingenui e degli illusi. Il risultato è la violenza, i furti, le rapine, gli stupri, le uccisioni in nome di un Re terreno che sta dominando il mondo: il dio denaro. Non importa come procurarlo; ogni mezzo è giustificato dalla ricerca di un fine: quello del lusso, della ricchezza, del benessere ad ogni costo, alla conquista del superfluo. Certamente anche nei tempi passati regnava ogni tipo di male. Ma oggi, dopo millenni di civiltà e cultura, si è intensificato ed ha ulteriormente esondato dalle sponde della legge. Quante volte inorridiamo di fronte ad eventi che destano stupore, perché offendono il senso di umanità. Spesso superiamo il limite di ferocia che attribuiamo agli animali, quando un atto lo definiamo bestiale. Gli animali obbediscono all'istinto dettato dalla fame e dalla necessità di difendersi. Il nostro comportamento è diverso: con l'aborto uccidiamo bambini solo perché intralciano il nostro modo di vivere, sopprimiamo innocenti solo perché disabili, eliminiamo anziani perché rappresentano un peso inutile.

Ma ogni uomo, che è e si ritiene il re della natura è stato dotato dal creatore di qualche cosa di superiore, di più elevato: possiede la capacità di valutare le proprie azioni, di formulare un ragionamento, di interrogare una coscienza, di confron-

tarsi con il pentimento. Perché? Nel nostro cervello, anche nei confronti dei primati, esiste non solo una differenza quantitativa, ma anche e, specialmente, qualitativa costituita dal neocortex che rappresenta il centro del linguaggio, della coscienza, della valutazione critica, del ragionamento etc. Se così non fosse, dice il neuroscienziato californiano Mike Cazzanica, saremmo soltanto scimpanzé con qualche spruzzo di intelligenza. Addirittura, si legge nel libro di Giovanni Lopresti, verrebbe negata la nostra discendenza da questi primati, sulla base della unicità del DNA e sul risvolto sempre patologico, mai migliorativo, delle mutazioni del patrimonio genetico. Superdotato, quest'uomo, ma troppo spesso il suo intelligenza è usato per prevaricare, per realizzare l'imbroglio, per prevalere, per imporsi con la violenza, per sopprimere la vita, ignorando che ogni istante del nostro esistere è respiro dell'eternità. È il dominio della cultura della morte, è l'orgoglio del libero arbitrio. Allora ricorriamo, se possibile, ai ripari. È giunto il momento di usare il nostro intuito-leggere, per contrapporre la cultura della vita e non disperare di poterla sostituire a quella della morte. È possibile recuperare il senso cristiano dell'amore, fare riemergere il concetto di alterità, frenare gli egoismi e gli egotismi, far rivivere il rispetto per la vita umana, valorizzare il significato della famiglia, far rinascere il senso del Tu fino a farlo confondere con l'io? È difficile certamente (e molte brave persone, in silenzio, tentano di farlo), ma chi non prova è subito perdente. Dobbiamo farlo per i nostri figli, per dire loro come San Paolo: ho combattuto la buona battaglia, ho terminato la corsa, ho conservato la fede. Il nostro auspicio, attraversando le nubi del cielo, giunga là dove domina l'Eterno.

Anziani

a cura di Antonio Molfese

I problema degli anziani, visto in una dimensione globale, è il più scottante del nostro tempo e della nostra realtà sociale in Europa e anche nel mondo. Vivere a lungo è la speranza di ognuno di noi. Le migliori condizioni di vita hanno permesso di allungare notevolmente la durata media della vita e la priorità è dunque non tanto l'obiettivo di far vivere più a lungo, quanto quello di far vivere meglio. Il problema diventerà di sempre maggiore importanza, sia da un punto di vista demografico sia per le implicazioni di carattere socio sanitario, per il fatto che in alcune regioni italiane appare costante il loro incremento e nasce pertanto l'esigenza di una programmazione

socio sanitaria più approfondita in grado di rispondere alle necessità.

La cura della persona anziana si deve prefiggere lo scopo di assicurare e mantenere la sua qualità di vita.

Tale obiettivo potrebbe essere raggiunto attraverso un monitoraggio dei parametri vitali in modo da prevenire le condizioni di scompenso e conservare l'autosufficienza. Una causa facile a verificarsi in una percentuale elevata è la fragilità delle ossa (osteoporosi) che bisogna monitorare con esami specifici e cure adeguate. Assicurazioni di persone anziane non prevedono il rimborso degli esami effettuati (MOC ed esami similari) la qual cosa sembra inconcepibile data l'alta incidenza della malattia. È bene che riguardino in fretta l'elenco delle prestazioni (INTELLIGENTI PAUCA).



Un sommergibilista russo

a cura di Ettore Puglia

Tutto ebbe inizio su un vagone ferroviario. Mi trovavo su una piattaforma ferroviaria di un treno che mi riportava a casa. Ero intento a osservare le manovre che il treno compiva per poter caricare sul traghetto tutte le vetture dirette in Sicilia, essendo arrivati alla stazione di Villa San Giovanni. E mentre osservavo tali manovre, venni interrogato da un signore straniero che mi chiese, in italiano, delle delucidazioni. Rientravo io, dal Raduno bersaglieresco che si era tenuto a Salerno e avevo pernottato nel vagone “cucette” assieme a una famiglia di Ragusa, proveniente da una festa tenuta nel Collegio Militare de la “Nunziata” di Napoli, dove il loro figliolo ne frequentava il liceo, aspirando, un giorno, ad esser un ufficiale dell’Esercito Italiano. Ma questo signore straniero notando il mio cappello piumato bersaglieresco, mi espresse tutta la sua ammirazione (di vecchio soldato) per i Bersaglieri italiani e volle narrarmi parte della sua storia! Questa parte dal 1908, quando, nei primi giorni di dicembre, un tremendo terremoto, con

conseguente maremoto, distrusse Messina e parte delle coste calabresi, propagandosi anche lungo la costa jonica della Sicilia, creando un innumerevole numero di vittime! Messina venne soccorsa per prima dalla flotta russa che si trovava al largo delle coste siciliane e i suoi marinai furono i primi a soccorrere la popolazione messinese! E su una nave zarista, facendo parte della flotta, era imbarcato un Ufficiale che, una volta ripartita da Messina la flotta russa, questa fece tappa nel porto di Napoli. E nella città del Vesuvio, questo Ufficiale russo, conobbe una nobildonna napoletana, Lucia, di cui s’innamorò perdutamente tanto che la impalmò facendone la sua sposa e successivamente la portò nella sua Patria. E questo signore russo che interloquiva con me, sulla piattaforma ferroviaria, era il nipote di questa coppia russo-italiana (napoletana) e mi narrò che era un Ufficiale della marina sommergibilista sovietica in congedo e che si recava ad Augusta dove si sarebbe tenuto il Primo Congresso Internazionale dei Sommergibilisti. E da questo incontro “ferroviario” è nata una splendida amicizia che continua – favorita – dalla moderna tecnica elettronica e dal buon vino siciliano Etna rosso DOC!



Il consiglio del notaio

Il testamento olografo

a cura di Chiarastella Massari

Con l'espressione "testamento olografo" ci si riferisce ad un documento che contiene le ultime volontà di una persona ed è redatto di sua mano. Più precisamente se si vuole attribuire il proprio patrimonio dopo la propria morte in modo libero senza avere interferenze altrui, si può manualmente predisporre una scrittura in cui si indichino le persone a cui si vogliono lasciare i propri beni. Per poter redigere un testamento olografo valido, occorre prima pensare a chi si vorrà prescegliere e cosa si intenda lasciare: sarebbe meglio quindi fare preventivamente uno schema con i soggetti beneficiari e i beni da attribuire.

Quindi è bene utilizzare un foglio abbastanza ampio, su cui poter scrivere in corsivo con una scrittura che sia leggibile: è consigliabile elaborare un testo e poi ricopiarlo senza fare correzioni e cancellature, con un'unica penna e preferibilmente su un unico foglio.

Alla fine del testo va apposta la data e la propria firma con nome e cognome.

Le disposizioni testamentarie non richiedono una forma particolare nella loro stesura. Naturalmente chi redige il testamento deve identificarsi: di solito si adopera questa espressione "lo sottoscritto... (nome e cognome) nel pieno possesso delle mie facoltà mentali, dispongo del mio patrimonio per il tempo successivo alla mia morte nel modo che segue".

Si indicherà poi un lascito particolare (ad esempio: "lascio la mia villa al mare a mio figlio Tizio") se si vuole lasciare solo un bene specifico. Oppure si potrà nominare erede una persona e attribuirle tutto o parte del patrimonio.

Va precisato che non è necessario indicare il beneficiario con nome e cognome e data di nascita: basta infatti nominare la persona in modo che sia comunque individuabile: ad esempio "mia zia

Ottavia" purché in famiglia non vi siano casi di omonimia. Ugualmente per individuare i beni, può essere anche sufficiente indicare l'ubicazione se è un immobile (ad esempio "la mia casa a Bari e la mia villa a Palese"), purché non vi sia possibilità di confusione tra più beni.

La finalità è di fare in modo che nell'indicazione della persona e del bene ci siano elementi sufficienti per risalire alla effettiva volontà di chi fa testamento. Quindi se si vorrà lasciare un quadro o un gioiello sarà necessario dare quanti più dettagli possibili nella descrizione e così con riguardo ad una persona estranea a cui si voglia lasciare qualcosa, sarà bene dare dei riferimenti in più per poterla rintracciare.

Se nel testamento vi sarà una disposizione che non è chiara per il suo contenuto, il testamento resterà comunque valido per le altre disposizioni.

Il testamento viene chiamato "olografo" perché deve essere scritto per intero a mano in corsivo (non a stampatello).

Per quanto riguarda poi le attribuzioni, va detto che occorrerebbe lasciare una parte dell'eredità a favore del coniuge, dei figli e degli ascendenti. Non lasciando loro nulla o meno di quanto prevede la legge, il testamento potrebbe essere impugnato. Il legislatore infatti considera che una parte dell'eredità dovrebbe essere lasciata ai familiari più stretti che restano (coniuge, figli, genitori) per garantirne il sostentamento.

Tuttavia, se essi non rivendicano la propria porzione di eredità con un'azione legale, il testamento resterà comunque valido.

Il testamento olografo può essere poi consegnato ad una persona di fiducia per conservarlo e farlo valere dopo la morte del disponente. Si può anche conservare in una cassaforte, in una cassetta di sicurezza o depositarlo da un Notaio.

Talvolta il Notaio può anche essere interpellato come consulente per aiutare a redigere un testamento olografo, dando delle spiegazioni o dei suggerimenti per la compilazione o facendo da supervisore nella sua stesura, per assicurarne la sua validità.

Quindi non esitate a rivolgervi al vostro Notaio di fiducia per avere ulteriori istruzioni per la redazione di un testamento olografo.

Ricordo di Giuseppe Messina

È recentemente mancato il dott. Giuseppe Messina.

Un ricordo di infinita riconoscenza da tutti i medici per le battaglie sindacali a difesa dei diritti della categoria, per gli articoli di informazione fiscale su *Corriere Medico*; è stato anche all'Enpam e come membro della Consulta dei Medici di Medicina Generale partecipò attivamente nella difesa dei diritti dei medici di famiglia; per diversi anni è stato dapprima Consigliere e quindi Vice-presidente dell'Ordine dei Medici di Milano. Negli ultimi anni come pensionato, iscritto alla FEDER.S.P.eV., partecipò attivamente alle varie attività del Consiglio provinciale di Milano e sino all'ultimo presente nei nostri Congressi.

Grazie, Pippo, da tutti noi.



Ricordo del dr. Giovanni Colantuoni

Un grave lutto ha colpito il nostro sodalizio: ci ha lasciato inaspettatamente il dott. Giovanni Colantuoni: anni 95. Egli, dall'origine fondativa e per molti anni ha retto, da Presidente, la sezione provinciale: l'incarico, abbandonato volontariamente circa un lustro fa, è stato condotto con solerzia e passione, responsabilmente, partecipando ai Consigli nazionali e ai Congressi, sempre adoperandosi a reclutare nuovi iscritti.

Ancora pochi giorni addietro forniva, con entusiasmo e autorevolezza, proposte e rilievi alla sua creatura associativa, con il pensiero affettuoso per i pensionati e le loro famiglie. La vita professionale: un iniziale impegno ospedaliero in divisione medica, lasciato per la medicina di famiglia, con indiscusso credito, per la sua empatia e disponibilità. Importante il ruolo nella igiene pubblica, medicina scolastica e ambientale, poiché titolare dell'Ufficio Sa-



nitario in un importante Comune della provincia, caratterizzato da forte variegata presenza industriale e problematiche correlate. Non si risparmiò. Ha dedicato attenzione alle necessità ordinistiche (per anni Consigliere dell'Ordine Medici) e al Sindacato per la medicina di base, guadagnandosi il rispetto, la gratitudine dei colleghi e la considerazione degli Enti in controparte. Né va dimenticato l'interesse prezioso e fattivo per la medicina dello

sport, a livello provinciale e regionale, con particolare nostalgico orgoglio per la sua presenza professionale a favore della locale squadra di calcio (Vado fbc). Al sopravvenire della Riforma (1978) assunse la funzione di responsabile dell'Igiene pubblica nei primi passi della neonata U.S.L. "savonese", con garanzia della reciprocità collaborativa dei Sanitari dei Comuni afferenti.

Carlo Pongiglione

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.

Nero come il nemico invisibile, nero come me, a cui finalmente, e devo dire che era ora, mi si dà la parola. Io, il coronavirus, il Sars Cov 19, ho parecchie cose da dire.

Avete presente il diavoletto a molla che esce dalla scatola e che continua a lungo a dondolare la testa sul collo? Quel professore anziano col nome di un pennuto da cortile, quello che fa sempre la Cassandra della situazione, senza proprio rendersene conto fa il mio gioco. Se andate a controllare il numero dei complottisti e negazionisti sul sito *neg. compl.com* vedrete che aumenta tutte le volte che l'anziano doc dal nome di pennuto si presenta in tv. E voi pensate che costoro indossino la mascherina o che evitino gli assembramenti, rispettino le distanze, e usino il gel disinfettante? E così io imperverso viepiù.

Per non parlare del colpo di fortuna che ho avuto l'estate scorsa quando, su tutte le reti e a tutte le ore si è presentato un famoso

anestesista milanese, il Prof Zan.... e poi c'è il nome di un insetto che fa cri cri, ah, ecco, ci sono: il Prof Zangrillo. No, non è un entomologo ma l'anestesista dei Paperoni milanesi. Sosteneva, carte alla mano, che io ero clinicamente morto. Io? Ma se sono indistruttibile! Nell'estate brava che ne seguì il mondo si riversò nelle nostre discoteche. Molti gruppi di amici affittarono insieme intere ville con piscina e iniziò il grande divertimento. Risultato? A settembre le terapie intensive si riempirono di nuovo, nessuno cantava più alla finestra, sterminai parecchia gente, soprattutto anziani, soprattutto fragili. Trasformai le case di riposo in lazzaretti. E se parlassimo del piano pandemico? Inesistente, mai aggiornato, riveduto e corretto, nascosto all'Italia, noto all'OMS, insabbiato! Basta, mi taccio perché ho detto e fatto abbastanza e conto di andare avanti! Le mie proteine Spike brillano pronte a trafiggere chiunque. Conto sulla vostra smodata voglia di riempire i ristoranti e le discoteche, la bella stagione mi sarà propizia. Ah, una parolina all'orecchio: vi vaccinate? E io muto. A buon intenditor....

Rosso come la controffensiva sella Scienza, di quella Scienza che in soli 11 mesi è stata in grado di preparare non uno ma

molti vaccini contro la tua sicumera. Sei sfacciato ed arrogante, ma il mondo ti farà presto scomparire. Intanto la Scienza, quella con la S maiuscola vuole riabilitare il pangolino, perché fu l'Homo Sapiens a trasmettere la pandemia. Il povero pangolino è diffuso nelle sterminate pianure boschive della Cina, dove gli abitanti dei numerosi villaggi, molto distanti tra loro e molto distanti dalle città si nutrono di cacciagione. Viene cacciato e mangiato, ma il coronavirus non si trasmette col cibo, produce una grave infezione respiratoria. Il pangolino è una specie di formichiere con le squame. È una specie protetta, ma lasciamo andare e stendiamo pure un velo pietoso sulle ispezioni dell'OMS a Wuhan, città cinese in cui tutto ebbe origine, e alla fine non si è capito se scappasti dal laboratorio in cui forse eri stato creato o altro. O si è capito e non si dice quello che si è capito, o magari l'OMS non parla? Lo capiremo e questo ci aiuterà a debellarti. Intanto come ci difendiamo? Abbiamo miriadi di laboratori di immunologia, infettivologia, virologia, statistica, epidemiologia, in cui brillanti ricercatori ti fanno le pulci. Abbiamo il plasma dei guariti, gli anticorpi monoclonali, i tamponi antigenici e molecolari. Abbiamo molte armi, bestiaccia, smetti di tremare come una foglia e rassegnati: ne hai per poco.

L'arte del mal sottile

a cura di
Antonio Di Gregorio

EDITH SODERGRAN

La breve vita di Edith Sodergran fu tutta poesia e tubercolosi. I pochi uomini che conobbe si interessarono ai suoi scritti e si fermarono lì, non osando proseguire e aggirando l'ostacolo della sua malattia. Le uniche e vere consolazioni per lei furono un cane e un gatto. Eppure questa giovane di enorme talento è la principale rappresentante del modernismo finlandese. Assorbiti gli influssi dei simbolisti francesi, degli espressionisti tedeschi e dei futuristi russi, in particolare di Majakovskij, essa realizzò un nuovo tipo di poesia libera nella struttura e nella scelta dei motivi, liberando il verso dai confini della rima e del ritmo regolare, una poesia modernizzata. Era nata a San Pietroburgo il 4 aprile nel 1892, da una famiglia borghese. Il padre era ingegnere ma morì presto di tubercolosi. E presto, a diciassette anni, si ammalò di tisi anche lei. Passò alcuni anni in ospedali svedesi, quindi fu a lungo in Svizzera e in altri sanatori europei. Studiò Dante e imparò l'italiano, scrisse in tedesco, in svedese e quindi



definitivamente in finnico. Con la Rivoluzione Russa del 1917 la sua famiglia perse i suoi possedimenti e la giovane Sodergran conobbe lunghi periodi di depressione e povertà. Scrivere divenne il suo modo di comunicare e subito non mancarono riconoscimenti della critica, fortemente interessata al suo nuovo stile poetico. *La lira di settembre (1918)*, *l'altare delle rose (1919)* e *l'ombra dell'avvenire (1920)* sono le raccolte più belle e significative, nelle quali ancora si trovano tracce della sua volontà di opporsi alla malattia con flebili speranze. *La terra che non esiste (1925)*, pubblicata postuma, evidenzia invece la sua rassegnazione e la quieta attesa della morte. Scrisse: “A niente come alla morte rassomiglia la vita/è sua sorella. Senza differenze/la prende per mano, le lisci

i capelli, le fai una carezza/ lei ti regala un fiore e ti sorride/ le nascondi la faccia dentro il petto/ e senti la sua voce: andiamo, è l'ora”. La sua più grande estimatrice fu la critica Hagar Olsson, entusiasta delle sue liriche e che mantenne con lei una intima corrispondenza. Edith Sodergran morì a Raivola il 24 giugno 1923 e questa cittadina, dopo la sua morte, per molti anni si trasformò in un luogo di pellegrinaggio di poeti e di ammiratori della sfortunata scrittrice. Essa aveva finito per avere una visione nicciana della vita, ma seppe anche accettare il conforto della religione. Incredibilmente serena attese la fine: “Impariamo ad amare/ le lunghe ore malate dell'esistenza/ gli angusti anni di smania/ quanto i brevi momenti in cui il deserto fiorisce”.

Storia della medicina

a cura di
Antonio Di Gregorio

A PROPOSITO DI PANDEMIE: LA SPAGNOLA

La chiamarono “Spagnola”.
La chiamarono “la madre di tutte le epidemie”.

Fece tra i 50 e i 100 milioni di morti in tutto il mondo, un numero di vittime di gran lunga superiore a quello dei morti in battaglia, durante una guerra per la prima volta definita mondiale. Non ci fu famiglia che evitò di piangere un proprio caro. Non fu di certo una novità.

Nella miserabile storia dell'uomo le tragedie generalizzate di epidemie inesorabili si sono ripetute più volte, anche se a distanza di secoli, quasi a dover svolgere un ruolo imprecisato.

Per secoli si è diffusa l'idea della malattia come punizione divina, oggi ovviamente spazzata via dalla scienza, ma è curioso ricordare come già nel 211 a. C. lo storico Tertulliano affermava nel trattato “De anima”: “onerosi sumus mundo (siamo di peso al mondo)”, individuando in guerre e pestilenze un ruolo di “tonsura” del genere umano, secondo molti necessaria.

La verità è che virus e batteri esistono sulla faccia della terra da tre miliardi di anni, ben prima di

noi uomini, e sono tuttora i padroni del mondo. Di loro non possiamo fare a meno. Il nostro corpo è composto da 10 quadrilioni di cellule ed ospita 100 quadrilioni di batteri e tanti altri milioni di virus.

La spagnola quindi fece rivivere scene di morte di massa già note in precedenza e ben descritte dai loro storici contemporanei.

Lo stesso OMERO nell'Iliade parla del “feral morbo e la gente perìa” nell'accampamento dei greci. TUCIDIDE raccontò anche i particolari anatomico-patologici delle vittime, tra cui Pericle, della peste di ATENE del 430 a.C.

GALENO fu testimone oculare della Peste Antonina che durò trenta anni e fece un numero di vittime tra i 5 e i 30 milioni, cifra per quei tempi senza dubbio terrificante.

PROCOPIO DI CESAREA descrisse la Peste di Giustiniano, del 541 d.C., che tra gli altri falciò papa Pelagio II e fece assurgere al trono di Pietro il famoso Gregorio Magno, che, dicono, riuscì a sconfiggere la peste con le processioni!

BOCCACCIO ne “L'orrido cominciamento” del Decamerone racconta della gravissima Peste Nera del 1348, che uccise la metà della popolazione europea.

ALESSANDRO MANZONI fece della peste del 600 uno di protagonisti del suo romanzo immortale, descrivendo nei parti-

colari scene crude e gonfie di tragedia umana, che coinvolgono ed emozionano ancora oggi il lettore.

La spagnola si scatenò in tutto il mondo tra ottobre 1918 e febbraio 1919. Coinvolse oltre un miliardo di persone, più della metà della popolazione del globo. L'ambiente medico internazionale arrivò a temere per la sopravvivenza stessa della civiltà.

Poi, così come era giunta, la spagnola passò, praticamente senza lasciare tracce. All'epoca l'agente del morbo fu ritenuto l'“Haemophilus influenzae”, isolato a fine Ottocento dal biologo tedesco Richard Pfeifer. Solo nel 1930 fu riconosciuto come di tipo virale. Non molti anni addietro infine fu tipizzato come A-H1N1, sui resti congelati di una vittima dell'Alaska, appartenente alla famiglia Orthomyxovirus, quella di tutti i virus influenzali.

Alla pandemia fu erroneamente dato il nome di “Spagnola”, ma la Spagna non fu la sede di origine, né il Paese più colpito. Tra le vittime però ebbe il suo re Alfonso XIII. Già a febbraio del 1918 negli USA centinaia di persone morivano, con febbre e gravi sintomi respiratori.

Alcuni mesi dopo la strage venne osservata in Francia, Belgio e Germania.

La Spagna ebbe il merito di aver per prima allertato il mondo, in un momento in cui tutti i paesi euro-

pei impegnati in guerra, per ovvi motivi di propaganda, tenevano nascosta la notizia.

Le misure per contenere la pandemia ci sono note, essendo le stesse di quelle che adottiamo oggi per il coronavirus: disinfezioni e chiusura di spazi pubblici, scuole, teatri e confini. Negli USA le multe per chi non indossava le mascherine ammontavano a 100 dollari. Si capì subito che gli assembramenti erano fonte di contagio.

Non mancarono comunque residui di comportamenti medioevali, con vescovi che intensificarono il numero delle messe celebrate e in Spagna la grande ondata arrivò

con i festeggiamenti del patrono S. ISIDRO, confermati con audacia da manicomio.

Studi successivi alla pandemia identificarono il paziente zero in un cuoco di un centro di addestramento militare del Kansas: In Europa quindi il virus ce lo portarono i soldati americani, a conferma del detto che non tutti quelli che vogliono aiutarti lo fanno per il tuo bene.

Anche allora, come oggi col COVID, non mancarono le teorie complottiste.

Curiosa fu quella a carico dell'Aspirina e della produttrice Bayer, tesi basata sul fatto che la Bayer avesse infettato con qualche

germe le compresse di aspirina, farmaco diffusissimo.

Si trattava naturalmente di una carnevalata. L'aspirina però, unico medicamento usato ed abusato durante la pandemia, fece comunque un numero imprecisato di vittime. Emorragie ed edemi polmonari in pazienti che assumevano 4-5 grammi al giorno di aspirina, e anche più, accelerarono la loro dipartita.

Oggi spopola il COVID 19. Sappiamo molto rispetto alla Spagna, ma non sappiamo tutto. Dobbiamo aspettare che la scienza faccia come al solito i suoi passi, piccoli e concreti, per nulla simili a quelli delle processioni.



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

a cura di
Antonino Arcoraci

La **paura** è una emozione primaria dell'uomo. Scaturisce quasi sempre come forma di difesa ragionata, ma può apparire improvvisamente e mostrarsi ogni qualvolta si vive una esperienza sgradevole.

Se contenuta, la paura può anche essere positiva, diventa stimolo per superare l'ostacolo (*problem solving*). Se è ossessiva, può sfociare nella fobia. *L'importante, come ha detto Giovanni Falcone, non è stabilire se uno ha paura o meno, l'importante è saper convivere con la propria paura e non farsi condizionare... perché, e cito le parole di Rita Levi Montalcini, nella vita non bisogna mai rassegnarsi, arrendersi alla mediocrità... alla paura, bensì uscire da quella "zona grigia" in cui tutto è abitudine e rassegnazione passiva.*

La paura è umana, e bisogna combatterla con il coraggio. Paolo Borsellino ripeteva spesso: *è bello morire per ciò in cui si crede; chi ha paura muore ogni giorno, chi non ha paura muore una volta sola.*

È normale avere paura, come è normale piangere. Questo, per Alessandro D'Avenia, *non vuol dire essere vigliacchi, perché nella vita, sono tanti i motivi per avere paura: la paura di sbagliare, di perdere una persona cara, di lasciarsi andare, di crescere, paura del futuro...persino paura di innamorarsi...di morire. La paura governa il genere umano (Saul Bellow). Il suo è il più vasto dei domini...Come forza modellatrice, è seconda solo alla natura stessa.*

Per Napoleone, due sole cose fanno muovere gli uomini: *l'integrità e la paura* e Henry Ford aggiunge: *L'uomo che ha smesso di*

avere paura ha smesso di provare interesse... Una delle più grandi scoperte che un uomo può fare, una delle sue più grandi sorprese, è scoprire che può fare ciò che aveva paura di non poter fare. La paura distrugge l'integrità dell'uomo (Karekin I), la paura uccide la mente (Frank Herbert) e dalla paura di tutti nasce nella tirannide la viltà dei più (Vittorio Alfieri).

Tucidide sostiene: *Atene fu distrutta non dalla peste, ma dalla paura della peste e, nella vita... nella storia vi sono casi in cui non è lecito aver paura. Casi in cui aver paura è immorale e incivile (Oriana Fallaci).*

Nella vita *Non c'è niente di cui avere paura... tranne la paura stessa (Batman Begins).* Noi viviamo nella paura, ed è così che non viviamo (Gautama Buddha). Un proverbio recita: *Una cosa fa spesso più paura che male!*



Nati per scrivere



VORREI PARLARTI ANCORA I ricordi non muoiono

di Salvatore Sisinni

Recensione di
Antonio Luigi Carluccio

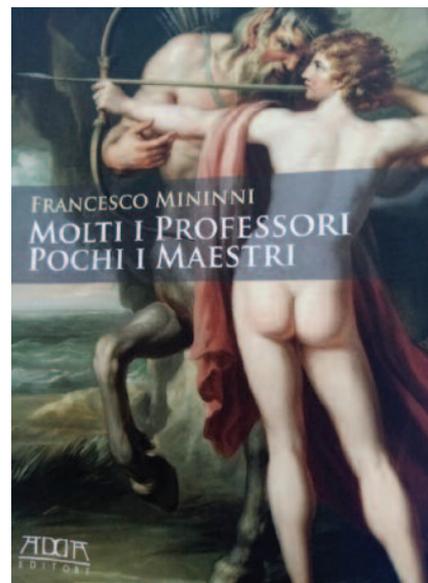
La scrittura come terapia del dolore esistenziale nel caleidoscopio dei ricordi del Dott. Salvatore Sisinni. Umanista della scienza fra i rintocchi del cuore, il medico scrittore, pensiero polivalente nella multiforme poliedricità della sua molteplicità letteraria, raccorda ciò che resta di sé con il mai defunto amore per la moglie, interlocutrice, senza tempo, dei crepuscoli e delle albe fulgenti nel sospirante confiteor dell'anima, che non può mentire, talché l'accorato arpeggio del "vorrei parlarti ancora...", diviene accordo di melodie condivise, duetto, nelle parole, che hanno il sapore del mare e del sale, di precordi motivanti il rasserenante "Verrò a parlarti ancora...". Parafraresi di lacrime aspergenti il complice lettore, il volumetto è uno scrigno di ricordanze innamoranti, non separabili dal lirismo elegiaco di "Ricordi di famiglia: mia madre", pascoliano canto della vita sottratta all'ineluttabilità della morte.



GUIDA GALATTICA PER NONNE E NONNI DEL TERZO MILLENNIO Come affrontare le sfide del futuro insieme ai nipoti

Recensione di
Rory Previti

Mattia Mascher ci conduce per mano nel mondo dei nonni. La coscienza ecologista dell'autore lo muove nella direzione della necessità di rivedere il ruolo dei nonni. Ruolo strutturale e portante in ogni famiglia, ai nonni viene affidata da Mascher una nuova responsabilità. Non da poco. Il mondo, il pianeta, ha bisogno dei giovani. Solo i giovani, infatti, potranno curare i guasti e le ferite che l'uomo ha prodotto soprattutto nell'ultimo secolo. Saccheggia, sfruttamento, nessun rispetto. L'uomo ha imposto al pianeta, prima lievi, poi via via più importanti, ora devastanti modifiche. E chi, se non un nonno può indurre la nascita e il radicamento di una coscienza ecologica nelle nuove generazioni? E perché dovrebbe? Perché nel braccio della Galassia, c'è un piccolo pianeta azzurro che sta soffrendo, un pianeta che le giovani generazioni dovranno salvare con l'aiuto di chi ha saputo affrontare tante sfide nel corso di una lunga vita: i loro nonni.



MOLTI I PROFESSORI POCHI I MAESTRI

di Francesco Mininni

Recensione di
Red.

Storia vera di un volenteroso, talentuoso studente diventato, senza aiuti, otorinolaringoiatra capace, inviato a dirigere un ambulatorio, da aggiunto posticcio a Medicina del Lavoro e basta. Buon diagnosta, autore di ben apprezzati contributi scientifici e di pubblicazioni ad iniziare dal "miglior lavoro scientifico dell'anno" riconosciuto alla sua tesi di laurea nel 1976 dirottato, sic et simpliciter, ad altri. E fu l'inizio del "nulla sarebbe stato facile...". Si è imbattuto in nonmaestri (o non tali per lui) che lo hanno costretto a "imparare pazienza, tolleranza, tenacia" e l'omaggio ai "superiori".

L'autore racconta in un'autobiografia un'esperienza che sa di lotta, lacrime, illusioni, delusioni, sogni, inganni, tradimenti e rivolta. E, poi, la "punizione" immotivata dell'esilio all'ambulatorio. Il sogno svanito... niente università, niente primariato, niente audiologia, solo la responsabilità nei confronti dei pazienti e la struttura semplice come dirigente di primo livello.

Lettera al giornale

Squinzano, 17 giugno 2021

L'URGENZA DI RIVEDERE LA "BASAGLIA" DOPO LA STRAGE DI ARDEA

In una lezione di Medicina legale, nel lontano anno accademico 1964-65, il Direttore dell'Istituto, Folco Dominici, commentando l'autopsia eseguita dal medico-settore, un suo assistente, sul corpo nudo di tre giovani donne, vittime della strada, disse a noi studenti del V anno che quando, in un evento catastrofico, il numero dei morti tocca le tre unità, si parla di strage. Ora la vicenda di Ardea (Roma), verificatasi pochi giorni fa, lasciando tutti (o quasi) increduli e senza parole, corrisponde ad una vera e propria strage. Ma – è questo il punto! – tale strage era stata annunciata e nessuno aveva preso i provvedimenti adeguati e necessari. E questa strage è – se riflettiamo – frutto della legge Basaglia, nata più di quarant'anni fa, sotto la spinta emotiva di un referendum organizzato dal radicale Pannella e compagni di partito, che chiuse i manicomi, in fretta e furia, prima di creare valide e dignitose strutture extra-ospedaliere, sul territorio, dove accogliere tanti ammalati, molti dei quali senza famiglia o molto deteriorati nella personalità, soprattutto dal punto di vista psichico. Nacquero i "repartini" negli ospedali generali con dieci o quindici posti letto (non di più!) che qualcuno, a ragione, definì minimancomi; dove poi si usavano gli stessi metodi di cura di prima (forti dosi di psicofarmaci – camicie di forza chimiche – a dosi cavalline per prevenire la sicura o molto probabile carenza di posti letto, e anche le famigerate fasce di contenzione, al

bisogno, per far fronte alle crisi di violenza, definite pantoclastiche). Tornando al clamoroso caso di Ardea, Andrea Pignani, ingegnere informatico non in attività per disturbi mentali, ha impugnato una pistola irregolarmente detenuta e ha fatto fuoco, uccidendo due fratellini ed un pensionato, Salvatore Ranieri, forse perché era intervenuto a difesa dei due minori (non è ancora chiaro). Il Pignani era stato dimesso dall'ospedale di Ariccia dopo meno di ventiquattro ore. Aveva, quindi, alle spalle, un provvedimento di "Trattamento sanitario obbligatorio" (Tso, in sigla). Per i medici – leggo su "Il Messaggero" di martedì 15 giugno "... necessitava di trattamento non immediato ed era stato affidato al padre". Poi le dichiarazioni – come da copione – del giorno dopo dei politici. Ne riporto una, perché è di una donna medico che è stata anche Ministro della Salute (Partito Democratico), Beatrice Lorenzin: "Subito un piano per la salute mentale, evitiamo altri drammi come questo". Ecco, per insorgere, quasi sia inorriditi, occorre il morto, e non uno solo (tre nel nostro caso). Perché la dottoressa Lorenzin non lo ha fatto quando era alla guida del Ministero, l'istituzione più importante per la salute fisica e mentale? Sono sicuro che Franco Basaglia, se fosse vissuto di più, si sarebbe certamente ricreduto e avrebbe proposto sostanziali provvedimenti di modifica della legge indicata come 180 negli atti parlamentari del tempo ma conosciuta meglio come "legge Basaglia". Una legge che, sì, ridava ai malati mentali una dignità, ma nello stesso tempo, li condannava, in un certo senso, a non curarsi adeguatamente, esponendoli a rischi giudiziari, come nel caso del giovane in-

gegnera di Ardea. È vero che la libertà è terapeutica ma è altrettanto vero che bisogna saperla gestire: che senso ha lasciare libero uno schizofrenico paranoide, allucinato e delirante a tematica persecutoria, che non ha coscienza di malattia? Non si fa il suo bene! E, poi, quella legge ha omesso la dichiarazione, alla base del certificato di richiesta del Trattamento sanitario obbligatorio: "È pericoloso/a per sé e/o per gli altri". Checché se ne dica e checché ne pensino i "basagliani", quelli che Mario Tobino, che conosceva bene i malati di mente perché, oltre a curarli, viveva con loro nell'ospedale psichiatrico di Magliano (Lucca) con fine ironia, tutta toscana, chiamava "novatori". Per chiudere, voglio riportare le espressioni di uno dei Padri della Psichiatria italiana, Giancarlo Reda, pronunciate nel corso di una conferenza in un ospedale, il 27 marzo del 1974: "Quando ci occupiamo dei nostri malati noi dobbiamo sentire e giudicare criticamente la nostra storicità e la loro e chiederci se usiamo della libertà che abbiamo come uomini e come psichiatri per darla, uguale alla nostra, a chi, per colpa di una malattia storica o non storica, l'ha perduta". E ancora: "... non è violenza il trattamento, farmacologico o psicologico che sia, e non lo è nemmeno l'istituzione, se è adeguata". Ah, se queste parole profetiche dell'illustre catetdratico dell'Università di Roma le avessero ascoltate i politici dell'epoca! Quasi sicuramente la "Basaglia" definita già allora da qualcuno "un passo avanti e due indietro" non sarebbe nata o sarebbe stata formulata diversamente. Cordiali saluti

Salvatore Sisinni
Neuropsichiatra

Lettere al Presidente



Caro Presidente,
mia moglie ed io siamo entrambi iscritti soltanto all'Enpam, anche se a Fondi diversi.
Mia moglie è un medico specialista ambulatoriale ed io sono un medico di medicina generale.
Siamo prossimi alla pensione. In caso di reversibilità quale percentuale di pensione spetterebbe al coniuge?

Caro Collega,

la reversibilità delle pensioni Enpam per il coniuge, quando è l'unico beneficiario, è del 70 per cento (il 10 per cento in più di quanto previsto dall'INPS).

Al contrario di quanto accade alle pensioni del settore pubblico, l'Enpam non riduce la pensione in caso di altri redditi del coniuge.

Caro Presidente,
sento spesso parlare di cumulo dei contributi.
Sono pensionato da tempo e ho raggiunto i requisiti, allora previsti, grazie anche ad una costosa ricongiunzione dei contributi.
Ora sarebbe stato diverso? Lo chiede anche per coloro che avrebbero oggi questa possibilità, credo gratuita, in luogo della ricongiunzione dei contributi piuttosto onerosa.
Sono certo che la tua risposta sarà esauriente.
Ti ringrazio e ti invio cordiali saluti.

Caro Collega,

già da alcuni anni, i lavoratori che hanno contribuito in diverse gestioni previdenziali possono cumulare i periodi assicurativi al fine di conseguire la pensione di vecchiaia o anticipata senza dover ricorrere alla ricongiunzione.

Il cumulo è un meccanismo particolare, in aggiunta alla ricongiunzione e alla totalizzazione, per valorizzare la contribuzione accreditata presso più casse della previdenza obbligatoria.

La norma consente al lavoratore la possibilità di cumulare i periodi assicurativi accreditati presso differenti gestioni senza onere a suo carico per il riconoscimento di un'unica pensione da liquidarsi secondo le regole previste da ciascun fondo sulla base delle rispettive retribuzioni di riferimento.

A differenza della ricongiunzione il cumulo non opera alcun trasferimento della contribuzione da una gestione all'altra.

Per accedere al cumulo gli interessati non debbono essere già titolari di un trattamento pensionistico diretto in una delle gestioni interessate dal cumulo stesso.

Cordiali saluti

VITA delle SEZIONI

CALTANISSETTA

Il medico Roberto Leone è stato eletto all'unanimità nuovo presidente per il quadriennio 2021-2024 della sezione di Caltanissetta della FEDER.S.P.eV., la Federazione Nazionale Sanitari Pensionati e Vedove che raggruppa medici, farmacisti e veterinari e tutela gli interessi morali, economici, giuridici, professionali ed assistenziali dei soci.

Roberto Leone, 65 anni, attuale consigliere dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Caltanissetta, subentra alla dottoressa Serafina Surrenti che, al termine dell'assemblea ha ringraziato gli iscritti all'associazione per la fiducia e il sostegno ricevuto nel corso del suo mandato. Sono stati anche eletti i nuovi consiglieri del direttivo: Silvana Castronovo, Rosanna Milisenna, Silvana Di Francesco, Loredana Medico, Angelo Candura e Michele Piangiamore. All'assemblea ha partecipato il presidente della FEDER.S.P.eV. Sicilia, Antonino Arcoraci. Al neo presidente Leone sono giunti gli auguri del presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, Giovanni D'Ippolito, che ha ringraziato la presidentessa uscente Surrenti per l'impegno profuso nelle attività assistenziali e sociali della federazione a sostegno dei medici di tutto il territorio nisseno e per la sua professionalità e umanità nel corso della sua lunga carriera.



CATANZARO

RE ITALO. Ci avviamo ormai, almeno si spera, verso la fine di questa brutta pandemia. Per quanto riguarda la nostra sezione di Catanzaro il COVID in un primo momento ha bloccato tutte le iniziative in cantiere. Dopo

un periodo di smarrimento però abbiamo cominciato a reagire e abbiamo ripreso con qualche attività.

Siamo riusciti a far vaccinare tutti i sanitari pensionati, anche quelli non iscritti FEDER.S.P.eV., con l'intento dichiarato, una volta completato il ciclo di vaccinazione, di metterci a disposizione della nostra ASP e dare una mano nel programma vaccinale.

Da aprile 2021 quindi siamo in prima linea nelle vaccinazioni negli HUB vaccinali di Catanzaro.

Abbiamo preso contatti con le sezioni siciliane e abbiamo deciso di fare degli incontri mensili via meet.

In giugno 2021 il collega Enzo Cimellaro di Lamezia Terme ha relazionato in un Webinar su origini storiche e preistoriche della regione Calabria, su re Italo e sulle origini del nome Italia.

Il dottore Cimellaro ha ricordato come il nome Italia nacque da noi in Calabria ed è legato al re Italo.

Italo, re degli Enotri, aveva conquistato la parte centrale della attuale Calabria che comprendeva l'istmo di Marcellinara (punto più stretto tra il mare Tirreno e mare Jonio). Tutto questo succedeva nel V secolo a.C. e la zona conquistata fu chiamata Italia, così come ricorda Tucidide "quella regione fu chiamata Italia da Italo, re arcade".

Anche Aristotele (384 - 322 a. C.) in due passi della Politica ricorda che "divenne re dell'Enotria un certo Italo, dal quale si sarebbero chiamati, cambiando nome, Itali invece che Enotri".

Virgilio nell'Eneide (libro III vv 286 - 291) fa profetizzare in sogno ad Enea dai suoi antenati Dardano e Lasio, quello che di fatto è un ritorno alle origini:

"una parte d'Europa è, che dà Greci si disse Esperia / antica, bellicosa e fertile terra dagli Enotri colta, prima Enotria nomassi; or, com'è fama, preso d'Italo il nome, Italia è detta. Questa è la terra destinata a noi!". È nostro intendimento riprendere gradualmente ma progressivamente la attività culturale e di servizio verso le persone bisognose, ma anche l'attività ludica e ricreativa.

Natale Saccà

EMILIA ROMAGNA

Elezione Presidente Comitato Direttivo Regione Emilia Romagna a seguito di dimissione del Presidente prof. Silvio Ferri.

Estratto del verbale. I Presidenti e Commissario FEDER.S.P.eV. delle Sezioni Provinciali della Emilia Romagna, si sono riuniti martedì 15 giugno 2021 presso il ristorante "Bolognese", in Bologna, per l'elezione del Presidente del Direttivo FEDER.S.P.eV. della Regione Emilia Romagna, a seguito della dimissione per motivi personali presentata dal prof. Silvio Ferri. Non è presente la Presidente FEDER.S.P.eV. della Sezione di Forlì Cesena sig.ra Rosa Anna GALANZI ved. CICOGNANI,

che ha dato la delega al voto al dott. Giacinto Loconte, Presidente FEDER.S.P.eV. Sezione di Modena. Sono presenti il Segretario del Comitato Direttivo FEDER.S.P.eV. Emilia Romagna Stefano Naldi ed il Tesoriere FEDER.S.P.eV. Bologna Angelo Di Dio. Il professor Silvio Ferri conferma a tutti i presenti le sue dimissioni irrevocabili da Presidente del Comitato Direttivo FEDER.S.P.eV. della Regione Emilia Romagna. Il Presidente FEDER.S.P.eV. della Sezione di Bologna professor Pier Roberto Dal Monte conferma la comunicazione della dimissione e la vacanza della carica dal giugno 2019, evidenza che stante la condizione di pandemia è stato possibile convocare la riunione per l'elezione solo in data odierna. Per questo chiede di poter acquisire le candidature a norma dell'art. 17 dello Statuto e del regolamento FEDER.S.P.eV. vigenti e di seguito riportati:

STATUTO: COMITATO DIRETTIVO REGIONALE - Art. 17 1) I Presidenti delle Sezioni provinciali della Regione ed i componenti del C.D.N. della Regione stessa costituiscono il C.D.R.. I componenti eleggono, al loro interno, il Presidente, il Vice Presidente e il Segretario-Tesoriere. È facoltà del C.D.R. nominare un Comitato esecutivo regionale.

REGOLAMENTO: COMITATO DIRETTIVO REGIONALE (Art. 17 Statuto)

1) Il Comitato Esecutivo Nazionale o il Presidente Nazionale affida l'incarico di costituire il C.D.R. al Presidente Provinciale della città Capoluogo di Regione trasmettendogli nel contempo l'elenco nominativo dei componenti di diritto il C.D.R. come risulta dagli atti ufficiali esistenti presso la Segreteria centrale della FEDER.S.P.eV.. Domenico Cucinotta propone come candidato il Presidente FEDER.S.P.eV. di Reggio Emilia, Salvatore de Franco. De Franco precisa che l'attuale elezione è indetta per coprire pro-tempore la carica di Presidente del Comitato Direttivo Regionale Emilia Romagna fino alla scadenza temporale del mandato elettorale, vale a dire il 2022, essendo stata rinviata la tornata elettorale FEDER.S.P.eV. causa pandemia. Il Presidente Pier Roberto Dal Monte verificata l'unica candidatura chiede ai Presidenti e Commissario delle Sezioni di procedere al voto. Il dott. Salvatore de Franco viene eletto all'unanimità Presidente del Comitato Direttivo Regionale della FEDER.S.P.eV. Emilia Romagna. Al termine Il dott. Salvatore de Franco ringrazia della fiducia espressa, ribadisce che la carica di Segretario-Tesoriere ricoperta da Stefano Naldi, supportato da Angelo Di Dio, Tesoriere FEDER.S.P.eV. Bologna e cointestatario del conto regionale, sono operanti fino al rinnovo determinato dalla prossima tornata elettorale. Omissis.... Angelo Di Dio interviene come Tesoriere di FEDER.S.P.eV. Bologna, il cui conto corrente ricomprende i movimenti del Comitato Direttivo Emilia Romagna, per evidenziare che il budget del Comitato Direttivo Regionale è

pari a 0,52 € a Socio, con un ammontare annuo intorno ai 420,00 € e che del 2020 non ci sono risorse disponibili. Le risorse regionali 2020/21 saranno verificate con il bilancio che il Tesoriere di FEDER.S.P.eV. Bologna appronterà quanto prima, dopo aver acquisito i riscontri bancari richiesti, e che provvederà ad inviarlo alla Tesoreria Nazionale. Omissis....

Il Presidente Salvatore de Franco ringrazia tutti per la presenza, la fiducia espressa e rimanda alle prossime attività programmate.

Bologna, 15 giugno 2021 - Il Verbalizzatore Angelo Di Dio
- Il Presidente Salvatore de Franco

PALERMO

Il 3 giugno il Direttivo provinciale di Palermo si è riunito a Villa Magnisi, ospite dell'Ordine dei Medici, per trascorrere insieme una piacevole serata.

L'incontro ha rappresentato un vero e proprio evento, considerando che da molti mesi ci si è incontrati e si è lavorato solo on-line.

Ci si augura che d'ora in avanti si potranno riprendere tutte le attività sociali, in presenza, che hanno tenuto insieme il gruppo di iscritti all'Associazione".

Letizia Molino



PAVIA

Il giorno 7 giugno 2021 si è riunita presso l'Ordine dei Medici di Pavia l'Assemblea degli iscritti FEDER.S.P.eV. (Federazione Nazionale Sanitari Pensionati e Vedove) per l'elezione del nuovo Consiglio direttivo che è risultato così composto:

PRESIDENTE:

Dott. Bruno MAZZACANE

VICE PRESIDENTE:

Dott. Giovanni BELLONI

SEGRETARIO:

Dott. Marco BOTTA

TESORIERE:

Dott. Alfonso Luigi CIOTTA

CONSIGLIERE:

Dott. Camillo CEBRELLI

REVISORE DEI CONTI EFFETTIVI:

Dott. Ercole ZUCCA

Bruno Mazzacane

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.artemisia.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 luglio 2021

