

# AZIONE SANITARIA



**ORGANO DI INFORMAZIONE DEL SINDACATO DEI PENSIONATI SANITARI**

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

**MEDICI - VETERINARI - FARMACISTI**

N° 3 - maggio-giugno 2020 • ANNO XXXVII

**"NON SOLI, MA SOLIDALI"**

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



## **Emergenza COVID-19 e Costituzione**

# In questo numero



Emergenza Covid-19 e Costituzione a cura di Michele Poerio	03
Attuale SSN - Tolto il velo, ma... a cura di Marco Perelli Ercolini	07
A futura memoria a cura di Stefano Biasoli	09
L'Europa che tutti vogliamo non è questa a cura di Leonardo Petroni	12
Burnout e cardiopatie a cura di Nicola Simonetti	13
Assistenza sanitaria, ricchezza educativa ed efficienza della Regione debbono coesistere per sconfiggere la pandemia? a cura di Antonio Molfese	21
Come è nata la ricerca ecopsicosociale a cura di Pier Luigi Lando	22
La malattia del vento a cura di Peppino Aceto	24
Divisione familiare a cura di Nicola Simonetti	25
Due poveri e un "social" a cura di G.B. Ceresa	27
Uomo e ambiente a cura di Andrea e Luca dal Bo' Zanon e Giovanni Brigato	28
Il consiglio del Notaio a cura di Chiarastella Massari	31
Rimini: saluto di fine mandato della Sig.ra Carmen Marini Spanedda a cura di Carmen Marini Spanedda	32
<b>RUBRICHE</b>	
Rosso & Nero / IL BLOG a cura di Rory Previti	33
L'arte del mal sottile a cura di Antonio Di Gregorio	35
Storia della medicina a cura di Antonio Di Gregorio	36
La senescenza tra massime, aforismi ... a favore e contro a cura di Antonino Arcoraci	37
Lettere al giornale	38
Lettere al Presidente	39
Vita delle Sezioni	40

# Emergenza Covid-19 e Costituzione

---

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

---



**N**ella fase 2 dell'emergenza si ventila l'ipotesi discriminatoria nei confronti degli over 65-70enni secondo cui a questi soggetti (circa 14 milioni) verrebbe irrogata la pena (è la giusta definizione) degli arresti domiciliari fino a dicembre prossimo.

In Francia è stato proposto ufficialmente da un consulente scientifico del Presidente Macron tale Jean François Delfraissy. Saranno compresi anche i giovani con patologie gravi e gli obesi, ha aggiunto un ministro.

Da parte sua la Presidente della Commissione europea Ursula Von der Leyen in una intervista al quotidiano tedesco Bild non solo ha invitato gli italiani ad "aspettare a prenotare le ferie", scatenando l'ira di Vittorio Sgarbi che l'ha definita "una totale deprendente", ma ha proposto anche di prolungare il lockdown degli anziani alla fine dell'anno. Francamente preferisco la Ursula Von der Leyen del 31 marzo quando ha dichiarato "l'Unione europea è fondata sui valori di libertà, di democrazia, di Stato di diritto e di rispetto dei diritti dell'uomo. Questi valori ci sono comuni. Noi dobbiamo rispettarli e difenderli anche in questi tempi difficili".

Ma come conciliare – gentile signora Ursula – questi valori con le sue dichiarazioni di cui sopra? Evidentemente è stata influenzata da Terenzio che a suo tempo scrisse "Senectus ipsa est mor-

bus" (la vecchiaia stessa è una malattia). Ma a distanza di qualche migliaio di anni può essere ancora valida una tale affermazione?

Nell'ultimo Congresso nazionale di Geriatria e Gerontologia è stato sostenuto che un 75enne di oggi ha la forma fisica e cognitiva di un 55enne del 1980 e il 65enne ha la forma fisica e cognitiva del 40-45enne del 1980. I progressi della scienza nel corso del secolo appena passato e nei decenni del nuovo che stiamo vivendo, sono stati straordinari; per non parlare dei progressi compiuti dalla medicina che hanno del miracoloso.

Non vorrei che le numerosissime commissioni scientifiche (15!) consulenti del Governo con i loro altrettanti numerosi componenti (oltre 450! Addirittura una è costituita da 72 membri!) siano rimaste ancorate al XIX secolo! Questi signori dovrebbero sapere:

- 1) che gli anziani agli arresti domiciliari e quindi impossibilitati a fare moto vanno incontro ad un progressivo aumento del rischio cardiaco e vascolare con notevole crescita di infarti ed ictus e al peggioramento delle malattie metaboliche come ad esempio il diabete;
- 2) che la carenza di moto all'aperto determina una instabilità della deambulazione che frequentemente causa cadute e fratture di vario genere;

- 3) che la mancanza di contatti sociali determina un deterioramento dei processi cognitivi ed eventi depressivi;
- 4) che gli anziani anche ultrasettantenni svolgono importanti attività professionali (imprenditori, professionisti, artisti, etc.) e familiari (accompagnare i nipoti a scuola e assisterli in attesa del rientro dei genitori, disbrigo di pratiche dei figli impegnati al lavoro, etc.).

Pertanto il protrarsi per ancora lungo tempo della clausura degli anziani potrebbe determinare gravi conseguenze sociali ed economiche per l'intera comunità. Consentitemi, quindi, di ringraziare il Dott. Filippo Anelli, Presidente FNOMCeO, che ha dichiarato con altri illustri scienziati e giuristi che questo "approccio anagrafico è sbagliato e non risolutivo". E il Prof Raffaele Antonelli Incalzi, Presidente della Società italiana di Gerontologia, a proposito degli over 70enni, afferma: "se sono in buona salute hanno un profilo di rischio inferiore a quello di un 50enne fumatore".

L'ISTAT nel rapporto sulla popolazione italiana del 2019 indica che gli ultra 65enni sono circa 14 milioni di cui solo il 10% circa fragili e bisognosi di assistenza. Il restante 90% (in gran parte certamente con una o più malattie pregresse ma non malato) verrebbe sottratto alla vita civile con le gravi conseguenze socio economiche già citate.

L'ipotesi di prevedere una ripresa graduale per settori favorendo quelli produttivi, il commercio ed il turismo nel rispetto delle regole del distanziamento sociale, diagnosi di contagio e di immunizzazione, igiene delle mani ed adozione di dispositivi di protezione sono totalmente condivisibili per la tenuta economica del Paese. Allo stesso tempo le stesse norme devono essere adottate, con gradualità e sicurezza per la ripresa delle attività educative, culturali, di svago e per consentire la libertà di relazioni nei nuclei

familiari, nelle micro comunità e nella società da tutti i componenti delle famiglie indipendentemente dall'età.

La responsabilità individuale deve essere strettamente collegata con quella sociale e realizzata da persone libere e consapevoli che i comportamenti individuali ed il rispetto delle norme condivise realizzano sicurezza per tutti ed equità. La limitazione temporanea del diritto alla libertà può essere introdotta ma deve essere compresa e giustificata da esigenze straordinarie e comuni a tutte le persone. La norma discriminatoria introdotta per arbitrio porta la persona ad avere sfiducia nell'equità dello Stato e alla disubbidienza. Questa consapevolezza e senso civico ci può indurre ad espressioni di disobbedienza civile, quando le norme risultassero ingiuste ed inique, basterebbe mettersi tutti in marcia a distanza di due metri l'uno dall'altro e camminare in silenzio nelle nostre città per alcune ore ogni giorno, per i giorni necessari a recuperare rispetto, dignità, ruolo nella comunità e senso alla nostra identità.

Abbiamo illustrato brevemente alcune delle conseguenze sanitarie e sociali per il nostro Paese se si adottassero i suggerimenti franco-tedeschi (guarda caso...) relativamente alla reiterazione per i 65-70enni della quarantena fino a dicembre. Consentitemi, ora, qualche considerazione sulla dubbia costituzionalità di alcune norme previste dallo "stato di emergenza" dichiarato dal Governo il 31 gennaio u.s. per sei mesi, in relazione al "rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili" ai sensi del D.lgs. n° 1 del gennaio 2018. Nel corso dei numerosi dibattiti televisivi e non solo, poco è stato approfondito il rapporto tra la normativa urgente derivata dal Covid-19 e la nostra Costituzione. È stato spesso affermato che il diritto alla salute è il primo assoluto diritto della persona e che gli altri diritti costituzionalmente previsti, an-



che la libertà personale, debbano praticamente sottostare ad essa. Non credo, però, sia semplicemente un caso se il primo diritto riconosciuto in Costituzione è quello della libertà personale (ex art. 13) e della libera circolazione (ex art. 16) mentre il diritto alla salute è previsto all'art. 32. Bisogna, pertanto, operare un bilanciamento tra libertà personale e diritto alla salute anche alla luce del principio di proporzionalità che costituisce un grande argine all'esercizio del potere pubblico sotto il triplice profilo dell'idoneità, della necessità e dell'urgenza. E la soluzione di una quarantena infinita non può essere ritenuta idonea ad evitare di realizzare il risultato prefissato che è quello di evitare la propagazione del virus, quando è oramai dimostrato che i contagi si verificano essenzialmente negli ambienti chiusi, in famiglia e negli ospedali.

È ovvio che la salute sia un bene fondamentale da tutelare, ma non possono esistere "gerarchie" di valori costituzionali. In merito la Consulta è stata chiarissima con la famosa sentenza n°85/2013 sull'ILVA di Taranto sul conflitto tra il

diritto alla salute e il diritto al lavoro. È pur vero che si tratta di provvedimenti temporanei che dovrebbero concludersi entro il 3 maggio, ma la eventuale proroga della quarantena per gli over 65-70enni fino a dicembre prossimo può essere considerata lecita? E se sarà ulteriormente reiterata? Hanno più volte affermato illustri costituzionalisti che la libertà personale mai possa essere derogata per motivi di salute creando una scala di valori tra questi due diritti. Ciò si può verificare in regimi totalitari (alla cinese) e non nel nostro ordinamento. Questi due diritti, pertanto, debbono essere sempre temperati. Un altro principio da tenere presente e che emerge nei dibattiti è quello secondo cui ai medici spetterebbe l'ultima parola il che, da medico, mi inorgoglisce non poco.

Sono, però, profondamente convinto che l'ultima parola spetti alla politica e agli organi costituzionali a ciò preposti, dopo avere sentito attentamente i tecnici, temperando le loro conclusioni con le esigenze del sistema paese. Purtroppo fino ad ora ciò non si è verificato e mi

pare che i politici, e i politicanti soprattutto, si stiano scudando dietro la scienza.

Nei vari dibattiti spesso viene affermato che ci troviamo in un regime di guerra; non vorrei che lo “stato di emergenza”, peraltro non previsto dalla Costituzione, fosse confuso con lo “stato di guerra” previsto dalla Costituzione e che deve essere deliberato dal Parlamento e dichiarato dal Presidente della Repubblica. E questa considerazione si collega direttamente alla costituzionalità dei provvedimenti assunti nello “stato di emergenza” che esclude una piena libertà per il Governo di adottare ogni misura anche in contrasto con i principi costituzionali relativi alla libertà individuale.

In verità la Costituzione prevede per ragioni sanitarie (ex art. 16) limiti, per breve tempo, alla circolazione delle persone e tutti gli altri divieti previsti dallo “stato di emergenza” (divieto di riunioni, chiusura dei cinema, teatri, delle attività commerciali, limitazioni alla libertà personale consentendo spostamenti solo per esigenze lavorative, per situazioni di necessità o motivi di salute, oppure spostamenti da comune a comune, etc.), ma se viene imposto un comportamento simile a quello degli arresti domiciliari, è chiaro che viene leso il diritto alla libertà personale che trattandosi di un diritto inalienabile può essere ridotto in ipotesi eccezionali previste dalla legge con riferimento a singoli comportamenti e solo a seguito di provvedimenti dell'autorità giudiziaria. È di dubbia costituzionalità, quindi, il provvedi-

mento che ha relegato a casa milioni di cittadini, senza neanche distinguere tra persone sane e malate. Ciò, comunque, non significa che il provvedimento non fosse giustificato da un'emergenza senza precedenti nella storia del dopoguerra del nostro Paese, ma non può portarci ad affermare che il provvedimento sia costituzionalmente legittimo.

A maggior ragione, però, sarà inaccettabile se questo provvedimento il 3 maggio sarà reiterato fino a dicembre prossimo solamente per gli over 65-70enni o peggio ancora fino alla realizzazione di un vaccino che presumibilmente non avverrà prima di uno-due anni. È indispensabile, quindi, a conclusione di questo drammatico momento la costituzionalizzazione dello “stato di emergenza” per dare maggiori garanzie ai cittadini stabilendo i poteri del Governo fissandone i limiti e precisando una corretta armonizzazione dei diritti fondamentali della persona.

Lo “stato di emergenza”, inoltre, dovrebbe essere dichiarato dal Parlamento anche per evitare che i vari provvedimenti siano emanati a colpi di Dpcm (Decreti Presidenza del Consiglio dei Ministri) che non debbono essere convertiti in legge diversamente dai Decreti legge e quindi non sono controllati, anche se a posteriori, dal Parlamento stesso come avviene oggi.

Pertanto qualora il Governo dovesse reiterare la quarantena solo per gli anziani, la FEDER.S.P.eV. e la CONFEDIR impugneranno il provvedimento in tutte le sedi giurisdizionali.

*In questo mio spazio, voglio dedicare un pensiero di sincero affetto, a nome mio personale e di tutta la Federspev, al Prof. Nicola Simonetti, Presidente della Sezione di Bari e Direttore Responsabile del nostro giornale "Azione Sanitaria", per la perdita della sua amata figlia Antonella condividendo il dolore suo e di tutta la sua famiglia.*

*Ci stringiamo intorno a te, caro Nicola, in questo momento difficile di infinita tristezza.*

# Attuale SSN - Tolto il velo, ma...

a cura di **Marco Perelli Ercolini**

**D**a anni il nostro sistema economico, in sincronia a quello di molti altri Paesi, si è cardinato sul “finanziario” lasciando il “produttivo” solo come suo diretto supporto. È meno faticoso, dà brillanti risultati schiacciando un bottone, dà ricchezza ai vertici ... ma tosando il più delle volte il gregge, le pecore, a loro insaputa. E il produttivo? ...strumentalizzato in giochi finanziari.

Politica del mordi e fuggi ... senza alcuna programmazione del domani ... fare soldi oggi, del domani poco importa!! Ma c'è un enorme ostacolo, che crea grandi appetiti, nell'attualità: è la ricchezza dei risparmi degli italiani. L'Italia è il Paese con un grande debito pubblico, ma con una grande ricchezza nel risparmio del privato! che resiste ancora agli assalti esterni (ma fino a quando?). Ma come spremerlo? ....

Anche la Sanità è presa dal tarlo. L'ospedale un tempo luogo pio del poveraccio o del moribondo, è diventato poi la fabbrica della salute, ma ora è «azienda» e come tale deve dare guadagni, deve dare “attivi finanziari”, sfruttando il tira molla della salute del cittadino con un concetto molto elastico di tutela.

Il corpo sanitario è l'esercito allo sbaraglio, ligio esecutore delle direttive finanziarie dei vertici.

Da anni tagli dei finanziamenti, tagli negli ospedali con chiusure di interi ospedali, tagli dei posti letto, tagli sulle prestazioni non considerate essenziali ... condizioni con gente che vede solo i numeri e poco sa del vero turbinio delle cure, con paraocchi o incapacità nel calcolare i biso-

gni reali dei pazienti, il fabbisogno di medici sia del territorio che di specialisti ospedalieri col risultato che oggi in parecchie zone molti cittadini sono senza il medico di famiglia (medico di medicina generale o medico di base) per carenza degli stessi, molti reparti ospedalieri con ricerca pazzesca di medici .... i concorsi vanno deserti ...

E il bubbone, da anni denunciato e messo all'angolo come mera fantasia, è ora scoppiato coll'attuale pandemia. Questa emergenza ha tolto il coperchio e ha portato al pettine drammaticamente tanti nodi e la debolezza dei servizi sanitari e la loro consistenza.

Mancanza di posti letto, mancanza di letti in rianimazione tamponati parzialmente con ospedali da campo, personale sanitario gettato in prima linea senza mezzi e tutele! Che, peraltro, ha fatto miracoli mettendo a repentaglio la propria vita. Ricordiamoci che il Covid19 va affrontato sia col ricovero ospedaliero per salvare la vita di chi è più gravemente colpito sia sul territorio per arginare il contagio e diminuirne la letalità. Ma non eravamo ovvero siamo realmente pronti? No, sguarniti e con una strana organizzazione volta ai risparmi di spesa e non a funzionalità nella vera emergenza che ora impreca e grida perché, perché....

Così non è stato in Germania con risultati ben diversi: il sistema sanitario tedesco ha tantissimi posti letto e tanti piccoli ospedali diffusi sul territorio. Questa sanità iper diffusa, considerata da noi un modello inefficiente di allocazione delle risorse sanitarie, ha invece fatto la differenza ed è stata efficace nel contenere la diffusione del coronavirus, al contrario di quanto successo in alcune regioni d'Italia, Lombardia in primis, dove il



primo punto di accesso dei pazienti sono stati i Pronto soccorso dei grandi ospedali, con conseguente aumento delle possibilità di diffusione del virus nelle strutture sanitarie e sul territorio rappezzati di strane quarantene in casa coi familiari poi eventuali vettori di trasmissione dell'infezione.

Ma quello che più stride è come sembra che si sia dovuto affrontare l'emergenza anche con delle scelte: di fronte a mezzi carenti dover scegliere il paziente per una, dico una cura immediata salva vita! Ricordiamoci che la tutela della salute è un bene costituzionalmente protetto, non c'è preclusione alcuna riguardo all'età o allo stato sociale! Tutti i cittadini italiani ne hanno diritto, diritto esteso poi anche a tutti coloro che hanno il piede sul territorio italiano! Ma...? Sì, ci sono stati dei ma!... speriamo di no! Speriamo che siano solo apparenze e citazioni di stampa ... Dunque il velo tolto sulla attuale nostra Sanità sia di monito ad una corsa a correggere presto le carenze e le distorsioni, colmare i vuoti e ascoltare coloro che quotidianamente vivono questa realtà ... e ricordiamoci che la «salute» è un bene supremo, bene intangibile che non può né deve essere mercificato, essere alla mercé del dio soldo. Non roviniamo del tutto il nostro Servizio Sanitario, universalistico che finora ha retto per la

buona volontà del corpo sanitario, non portiamolo al privato, utile e necessario, ma che deve essere solo complementare e non sostitutivo del servizio pubblico. La salute non ha prezzo, ma ha dei costi, costi che se diretti alla salute sono doverosi, si eliminino le spese realmente inutili, i clientelismi e soprattutto prestare una vera attenzione ai reali bisogni e alle esperienze vissute, non agli schemi numerici e alle teorie fantasiose ..... il bisogno clinico è un diritto!

Questa emergenza ha messo in chiara evidenza che i malati sono curati dai Medici e dagli Infermieri e che le Amministrazioni hanno il doveroso compito di rendere possibile e fattibile nel migliore dei modi questo loro lavoro.

Ma c'è anche chi invece vuole inserire il medico, la medicina incardinandola tra amministratori, finanziatori, produttori di beni, tutti con grande influenza nelle scelte, perché vedono la medicina inserita nella catena produttiva del Paese (*come ben sottolineato da Antonio Panti, già Presidente Omceo Firenze per diversi anni*).... e allora?....speriamo solo che una eventuale prossima revisione del nostro Servizio Sanitario Nazionale non sia strettamente improntata su esigenze politiche ed economiche al posto delle necessità sanitarie.

# A futura memoria

a cura di **Stefano Biasioli**

**N**on è ancora il momento di “fare i conti”, con le responsabilità della politica nei confronti della esplosione in Italia del Covid-19.

Non lo è ancora, perché siamo a metà del guado e perché in mezza Italia la virosi non è ancora arrivata al culmine.

Ma alcuni punti fermi vanno messi fin da ora.

**1)** Nei fatti, in ITALIA non esiste un SSN (Servizio Sanitario Nazionale) ma esistono diciannove SS regionali (+ i 2 provinciali di TN e BZ), come è dimostrato dalla netta diversità dell'incidenza della virosi tra le diverse regioni, a parità di abitanti. Ossia dell'indice di morbilità per milione di abitanti.

Su questo, ad esempio fanno testo le bellissime tabelle pubblicate per più e più giorni dal giornale La VERITÀ, su dati provenienti dalla Protezione Civile, dati raramente ripresi da altri quotidiani.

Il SSN è unico solo perché il 99% della spesa sanitaria nazionale proviene da Roma, essendo fissata dall'annuale legge di bilancio.

**2)** Anche la mortalità causata dal COVID-19 è largamente diversa da regione a regione. Ma, di questo, parleremo in un altro articolo.

**3)** ANAMNESI OSPEDALIERA - Pochi se lo ricordano ma Noi sì! Donat Cattin una cosa buona aveva fatto: il DM del 13/09/1988 che fissava gli STANDARD del PERSONALE OSPEDALIERO.

Standard mai rispettati. Infatti, nel 1999, gli organici sanitari avevano una scopertura del 17%. Perché? Perché era stata imposta negli ospedali la logica bocconiana che, considerando gli ospedali identici alle fabbriche, aveva imposto la logica dei CARICHI di LAVORO, basata tutta sul ri-

sparmio e non sull'efficienza/efficacia. Per la Bocconi, i CCNL (contratti nazionali), basati su orario settimanale, ferie, malattie, diritto allo studio, potevano essere largamente disattesi.

Non solo, nel 2000, la logica delle ASL (aziendalismo) portò al BLOCCO del TURNOVER: ogni 4 sanitari in uscita se ne poteva assumere solo uno. Ancora, da allora: tagli di pneumologie, riduzione delle rianimazioni e delle chirurgie d'urgenza, scarso rinnovo tecnologico, cronico sottofinanziamento del SSN, per volontà di Roma.

**4)** Il numero dei POSTI LETTO OSPEDALIERI - Negli ultimi 3 anni, dati OCSE alla mano, in Italia si è assistito ad una lenta e continua diminuzione dei posti letto ospedalieri, valutata da un indice chiaro: il rapporto POSTI LETTO OSPEDALIERI/1.000 abitanti (ad esempio, La Verità, 11/3/2020, pag.3, articolo di Antonio Grizzuti).

In Italia, siamo passati da 6,8 posti letto per mille abitanti (1991) a 3,18 posti letto/1000 abitanti nel 2017. UNA RIDUZIONE del 53,24% in 26 anni, nonostante l'esplosione delle patologie croniche e nonostante l'invecchiamento della popolazione italiana!

Nello stesso tempo la Germania è scesa da 10 a 8 posti ogni 1000 abitanti e la Corea del Sud da 2,48 a 2,27 posti per mille abitanti!

Per essere ancora più chiari, MONTI (sempre lui!) nel 2012 ha imposto un ulteriore taglio dei posti letto ospedalieri (4,2 per mille abitanti, nel 2009-2011) portandoli da 4,2 a 3,7 per mille abitanti, nel 2012.

**5)** Il numero dei POSTI LETTO IN TERAPIA INTENSIVA (T.I.) - Qui i numeri sono ancor più impressionanti.

GERMANIA: 340 posti letto T.I ogni milione di abitanti, per un totale di 28.000 posti letto di T.I. nel Paese.

COREA del SUD: 200 posti letto T.I./milione di abitanti, per un totale di 10.000 nel Paese.

ITALIA: 80 posti letto T.I./milione di abitanti, per un totale di 5.100 nel Paese!

Un gap non solo vergognoso, ma addirittura imbarazzante visto quello che è successo, anche nel ricco Nord, con questa pandemia.

Una ossessionante e frettolosa creazione di posti letto di T.I. Una impossibile ricerca di personale adeguato a trattare i pazienti da rianimare, con organici ben inferiori al necessario.

Ricordiamo che, se un medico segue più di 4 pazienti in T.I., la mortalità aumenta automaticamente dell'8%, indipendentemente dalle patologie trattate.

Al proposito ricordo che, contro questo assetto ospedaliero così penalizzato, da decenni si sono susseguite le "grida manzoniane" non solo dell'AAROI (medici anestesisti e rianimatori ospedalieri) ma anche quelle della CIMO (medici ospedalieri) e quelle della CONFEDIR (confederazione dei dirigenti pubblici, sanitari e non).

In particolare chi scrive ha ripetutamente "ammonito" (dal 1999 in poi) i vari Governi e i vari Ministri della Salute a non proseguire con questi tagli deleteri, sottolineando che "di fronte a una crisi sanitaria e all'esplosione delle patologie croniche, il sistema avrebbe potuto saltare, andare in tilt...".

Nulla di tutto ciò. Nessuna risposta a questi allarmi. A livello centrale si è puntato a privilegiare la medicina territoriale, pensando che essa potesse diventare il CENTRO del SSN. Magari, ciò fosse avvenuto! Magari! Ma ciò non è accaduto.

Un solo dato a supporto di questa affermazione. LA DRASTICA CADUTA degli ACCESSI ai PRONTO SOCCORSO OSPEDALIERI, in tempo di Covid-19! Perché? Perché la gente con patologie lievi (codice bianco o verde) si è ben guardata dal recarsi ai P.S. ospedalieri dal 28 febbraio in poi, ossia in tempi di Covid.

Quindi? Quindi, in tempi ordinari, la medicina territoriale (male organizzata e articolata) non soddisfa il cittadino che si rivolge al "porto sicuro", ossia al P.S. anche per patologie lievi...Ergo...

**6) I TAGLI al SSN (Servizio Sanitario Nazionale) fatti da Mario MONTI in poi.**

Monti può dire e scrivere quel che vuole. La "grossa stampa" gli dà corda e COLUI pensa di non poter essere smentito.... "Non ho tagliato i fondi del SSN..".

La verità è un'altra.

In un solo anno (2011-2012) Monti ha fatto ben 6,8 miliardi di tagli lineari al SSN, cui va aggiunto il blocco totale del turnover per i dipendenti del SSN, in aggiunta al taglio di 27.000 posti letto ospedalieri, scesi da 4,2 a 3,7 letti per mille abitanti.

In un colpo solo (ha calcolato il Quotidiano Sanità) Monti ha soppresso 26.708 posti letto ospedalieri. Passati allora, quindi, da 251.023 a 224.315.

Ma non finisce qui. Negli ultimi 10 anni, sono stati tagliati in tutto circa 70.000 posti letto ospedalieri (dati Gimbe).

Tagli su tagli. Per non citare anche l'assurdo pluriblocco dei CCNL nel mondo pubblico.

Abbattuti i posti letto, la politica ha pensato anche a ridurre i costi del personale sanitario, medico in primis. E, così, i posti dei medici specialisti ospedalieri sono scesi dai 125.000 del 2010 ai 105.000 di oggi.

Prima che si verifichi un ulteriore massiccio pensionamento dei medici ospedalieri nati dal 1953 al 1955, ossia di coloro che hanno raggiunto i 40 anni di contributi, e prima del prossimo pensionamento dei medici nati con il baby-boom a cavallo degli anni sessanta, per non parlare dei Colleghi morti in questi mesi, vittime del loro lavoro, Eroi che saranno rapidamente dimenticati, da oggi al 2025, ci sarà un gap di circa 17.000 medici tra i Colleghi che andranno in pensione (52.500 circa) e i nuovi medici, formati dall'università (anni 2018-2012 = circa 35.800 nuovi medici, secondo fonti sindacali).

Un autorevole studio (Settembre 2019) della FONDAZIONE GIMBE (gruppo italiano per la medicina basata sull'evidenza), studio che Monti non può di certo smentire, dimostra che nell'ul-

timo decennio il SSN non ha ricevuto finanziamenti pari ad un totale di 37 miliardi di euro.

Sono mancati 25 miliardi di copertura nel periodo 2011-2015, per colpa dei governi di Monti, Letta e Renzi.

Altri 12 miliardi sono stati tagliati tra il 2015-2019, anni in cui l'Europa ha imposto tagli all'Italia, sotto i governi di Gentiloni e di Conte. Anche in questi anni, la sanità non è stata risparmiata dai colpi di accetta.

**7) MEDICI INASCOLTATI** - Nei decenni citati, le voci dei medici e dei sindacalisti medici (ex quibus, ego) sono rimaste inascoltate, con modeste eccezioni quando sono stati ministri della Salute Storace, Sirchia e Fazio.

Ma il peso di questi ministri era infinitamente più lieve di quello dei Capi di Governo e dei Ministri di turno del MEF.

In questi decenni, nessun governo ha voluto mettere al centro dell'agenda la sanità pubblica, vista solo come spesa, come spesa incontrollabile soprattutto nelle 7 regioni del Sud, quelle con bilanci in "rosso cardinale".

Perfino Sirchia, il moderato Sirchia, verso la metà di marzo ha controbattuto le tesi di Monti.

"La cattiva politica ha ammazzato la sanità pubblica. Purtroppo negli ultimi anni abbiamo subito l'influenza negativa di alcuni economisti, intelligenze importanti ma pericolose vivono di slogan e formule ma sono ben lontani dalla realtà e dalla società...", e dalla realtà delle patologie sanitarie, presenti e future. Tra cui le VIROSI.

**8) LA DUREZZA delle ECONOMIE di SCALA.** I DATI OCSE 2018 - Non lo diciamo Noi, ma l'OCSE (2018).

Nel 2018, la spesa pubblica italiana per il SSN era pari al 6,6% del PIL.

Un valore molto più basso delle altre grandi nazioni europee. Germania=9,5% del PIL; Francia=9,3%; UK=7,5%.

Non solo, ma nel DEF 2019 CONTE ha deciso di limare questa percentuale italiana: 2020=6,6%; 2021=6,5%; 2022=6,4%, con i ringraziamenti de-

gli italiani (quei pochi che conoscono questi dati e questi propositi).

**9) GLI EFFETTI del COVID-19** - La pandemia COVID-19 ha avuto un solo merito. Quello di far capire a TUTTI gli ITALIANI che GLI ECONOMISTI HANNO FALLITO.

La sanità pubblica italiana non andava martirizzata. Ecco allora che, con il COVID-19 (ma noi lo chiamiamo già SARS-COVID19, data la caratteristica delle lesioni multiorgano) ha drammaticamente svelato le criticità del SSN.

Sono quelle sinora elencate.

Ed ecco allora la SATURAZIONE dei POSTI LETTO OSPEDALIERI, la SATURAZIONE dei POSTI LETTO di TERAPIA INTENSIVA, il RICHIAMO dei MEDICI e dei SANITARI PENSIONATI, la CREAZIONE di OSPEDALI-COVID e la creazione di Pronto Soccorsi e di percorsi separati per i malati da COVID. Migliaia di morti (oltre 20.000 a Pasqua); il 25% dei posti letto ospedalieri occupati dai pazienti COVID-19.

Completo blocco dell'attività ospedaliera ordinaria, con un impatto devastante per i mesi futuri, ben oltre la fine (si spera!) di questa maledetta pandemia.

Con un danno grave ai pazienti cronici "normali" e con costi terrificanti per il SSN e per i SS regionali. Ad oggi (lo ha detto Zaia) il Veneto ha speso per il COVID, oltre 120 milioni di euro, di cui 45 raccolti dalle donazioni dei veneti.

Tanti, tanti soldi...

Ma, a breve, andrà riorganizzata la risposta a questa ed alle prossime emergenze virali.

Con la creazione di una PROTEZIONE CIVIL-SANITARIA SPECIFICA e con UNA LINEA di COMANDO CORTA e CHIARA.

È non è, la gestione della sanità, una competenza regionale?

Già, ma se non viene finanziata a sufficienza, avvengono le stragi. Come quelle di questi mesi. E, queste stragi e questi morti, non sono imputabili ai SANITARI, MEDICI IN PRIMIS, ma a chi ci ha portato sin qui. Monti incluso!

# L'Europa che tutti vogliamo non è questa

a cura di **Leonardo Petroni**

**L'**Unione Europea è sempre più oggetto di dibattito, non mancano proteste che alimentano il malcontento, come anche il senso di sfiducia e l'insicurezza che serpeggia in settori sempre più ampi della società.

Questo è il segno che lo status quo non è soddisfacente ed è necessario discutere sul suo futuro. Tornare indietro non è neppure previsto e non è detto che sarebbe meglio al giorno d'oggi, ma andare avanti così ci porterà a situazioni conflittuali sempre peggiori con una economia che non cresce. Alla base di tutto ciò, ormai è noto a tutti, c'è l'economia. Quando si è trattato di decidere le politiche europee, la prospettiva individualista di certi Stati ha privilegiato la decisione economica a scapito di ogni altra, e questo ha causato la frammentazione in seno all'Unione.

Ogni Stato cerca di partecipare all'Unione per trarne vantaggi e difendere i propri privilegi e i propri diritti, ma nessuno a ricambiare con i propri doveri.

Ovviamente, di questa insensatezza delle politiche europee la responsabilità è dovuta anche a una carenza di partecipazione e vigilanza da parte di tutti i soggetti nazionali coinvolti: ministri, funzionari e parlamentari, eletti da noi cittadini, forse poco efficienti nel difendere gli interessi italiani più di quanto non lo siano gli altri nel difendere i propri.

L'Europa che tutti vogliamo non è questa, perché non garantisce nella sua unità, come dettato dallo spirito della sua fondazione, il benessere ad ogni cittadino e l'uguaglianza che implichi pari opportunità, senza restrizione dovuta alla ricchezza.

Una Europa che possa definirsi tale deve essere solidale nell'affrontare la realtà che le si pone davanti, sia di tipo economico e monetario che politico.

Deve avere un forte sentimento europeo che colleghi ogni nazione nel risolvere problemi con un'unica volontà ed un'unica politica.

Per continuare ad esistere dovrà affrontare diverse sfide quali l'invecchiamento, cambiamenti climatici, sicurezza alimentare, energia e, non ultimo, impiegare risorse per essere aggiornata su conoscenze e tecnologie mediche per qualsiasi evenienza.

In un momento come questo, per esempio, di emergenza sanitaria, ci avrebbe fatto piacere pensare ad una Europa organizzata con una task-force permanente, pronta ad effettuare procedure e tecnologie sanitarie sempre migliori.

Invece a tutt'ora non esiste un protocollo unitario di azione rispetto a tale drammatica realtà. Mancano la preparazione e i comportamenti in ambito sanitario a livello globale.

Ogni Stato ha affrontato in solitaria la preoccupante espansione dell'epidemia, senza una indispensabile politica comune.

Nei vari paesi dell'Unione non c'è ancora un elemento essenziale, ossia la presenza di un vero sentimento europeo.

Gli stati che compongono la compagine non ragionano come una squadra che assicura una risposta coordinata ad un problema comune.

Questo vuol dire che non c'è solidarietà per i Paesi in stato di sofferenza e, per tal motivo, accade che la Banca Europea chiuda i cordoni, non dà ossigeno all'economia, per fronteggiare qualsiasi tipo di evenienza ad uno Stato in sofferenza.

Per questo il nostro Paese è bloccato nella crescita a cui si aggiunge il coronavirus, che rischia di essere letale anche per la produzione e per i commerci mondiali oltre che per l'economia italiana.

Se l'Europa continua a teorizzare questa staticità senza un nuovo orizzonte politico finanziario, si trascureranno i problemi strutturali e la produttività delle imprese del nostro Paese e, a questo punto, come ho detto all'inizio, si rende necessario discutere sul nostro futuro.

# Burnout e cardiopatie

a cura di Nicola Simonetti

**R**ischio malattia professionale per i medici, in testa alla classifica tra gli operatori delle “helping profession”. Per loro, Burnout e malattie cardiache dietro l'angolo.

L'European General Practice Research Network indica che, ad esserne vittime sono 9 su 10 medici italiani. Lo studio USA, appena pubblicato dall'**European Society of Cardiology (Esc)**, condotto su 11 mila soggetti a rischio per un periodo di 25 anni consecutivi, dimostra, l'associazione facile di **burnout-cardiopatie**. Tra queste ultime, la fibrillazione atriale per la quale si registra un rischio incrementato del 20% ed inoltre aritmie potenzialmente mortali, infarto e ictus. Una sindrome che potrebbe innescare il riconoscimento di malattia professionale e conseguente trattamento previdenziale e/o assicurativo.

D'altra parte, fanno già giurisprudenza due sentenze (n. 1452/2018 e n. 597/2019) che hanno rilevato il nesso di causalità e giudicato in tal senso.

I primi segnali della sindrome sono stanchezza cronica non altrimenti giustificabile, ridotta produttività, ridotte performance professionali e psichiche, sensazione di inutilità e deprivazione sociale, depressione maggiore.

Il cosiddetto esaurimento, ora etichettato burnout, è stato rilevato da una indagine Medscape National Physician Burnout, Depression and Suicide Report 2019 nel 44% dei professionisti della salute. Le risposte di 15.069 medici appartenenti a 29 specialità hanno fatto rilevare: il 14% dei medici è stato tentato di suicidarsi, l'1% lo ha tentato.

Gli urologi sino capofila nella frequenza di burnout (54%), seguono i neurologi (53%); chiudono la classifica gli specialisti in sanità pubblica e medicina preventiva (28%). Più rappresentate le donne (50% rispetto a 39% negli uomini).

## RISARCIMENTO PER I MEDICI

C'è una ricerca scientifica che lo accerta. Italia tra i Paesi europei con operatori sanitari più stressati: la sindrome colpisce il 90% in corsia.

Arriva dalla scienza un'importante conferma sulla possibilità di “veder riconosciuti in sede legale i diritti delle vittime di burnout lavorativo”, sindrome sempre più diffusa individuata anche dall'OMS, che colpisce in particolar modo le “helping profession”, capofila i medici e gli operatori sanitari. In testa alla classifica, secondo l'European General Practice Research Network sono proprio i medici italiani, con 9 casi 10 colpiti da burnout. Un recentissimo studio americano pubblicato dall'European Society of Cardiology (Esc), condotto su 11 mila soggetti a rischio per 25 anni, dimostra, per la prima volta, l'associazione tra burnout e patologie cardiache e in particolare, che esiste un aumento del 20% del rischio di fibrillazione atriale. In più, i ricercatori individuano che sono frequenti disturbi del ritmo cardiaco potenzialmente mortali, come aritmie, ictus e infarto l'analisi. Lo stress sul lavoro prolungato e continuativo, quindi, può avere serie conseguenze non solo di natura psichica ma anche fisica.

“Questo è un risultato molto importante – rileva il pool legale Consulcesi – che apre le porte a

nuove iniziative giudiziarie e alla possibilità di ottenere il risarcimento del danno qualora sia comprovato un nesso causale tra la sindrome del burnout e le sue conseguenze e una condotta datoriale in violazione dei precetti previsti per la sicurezza in ambito lavorativo”. Due recenti sentenze vanno già in questa direzione e i lavoratori hanno ottenuto il riconoscimento del danno per le conseguenze dello stress lavoro-correlato e la responsabilità del datore di lavoro in tal senso. Turni massacranti, eccessivo carico di lavoro, carenza di personale sono tra i fattori principali del burnout, sindrome che in alcuni casi ha condotto a problemi di alcolismo, depressione e anche al suicidio. E allora, come far valere il proprio diritto sul lavoro? Come riconoscere se si è a rischio di cadere nella sindrome di burnout?

Il burnout colpisce più spesso le persone che lavorano nelle professioni di aiuto, come i medici e gli operatori sanitari (ma anche insegnanti, avvocati o poliziotti). I primi segnali della sindrome sono depersonalizzazione, stanchezza cronica, ridotta produttività, cinismo e sensazione di perdita di significato della propria attività.

I principali fattori di stress lavoro-correlato e le loro conseguenze sono importanti da riconoscere per poter acquisire la consapevolezza della propria condizione e attivare un'azione legale.

**Turni massacranti e eccessivo carico di lavoro** – Giornate lunghe e un eccessivo carico di lavoro, specie nel periodo notturno, inducono performance cognitive paragonabili a quelle che si hanno con un tasso alcolico di 0.4-0.5%. Aumenta inoltre il rischio di malattie cardiovascolari dell'operatore, si assiste a un peggioramento oggettivo delle performance cognitive e quindi ad un incremento del rischio clinico. Per il 34% dei medici il lavoro è troppo e alla lunga diventa insostenibile.

**Basso turnover** – Reparti duplicati e gestione di un carico di pazienti aggiuntivo per mancanza di personale, a cui spesso si uniscono inefficienze a livello di organizzazione e gestione del sistema.

**Aumento delle incombenze burocratiche** – Riduzione dell'autonomia del medico e aumento delle pratiche da sbrigare, spesso duplicate a seconda dei sistemi informativi, e accessorie rispetto alla pratica della medicina. Le pratiche burocratiche e l'aumento delle attività amministrative sono fattori percepiti in modo estremamente negativo da più del 59% dei medici.

**Aspettative di salute** – Aspettative crescenti ed esagerate da parte dei pazienti, che arrivano dal medico con false convinzioni e informazioni spesso trovate online. In seguito all'aumento delle denunce per malpractice, il medico si trova a mettere in atto pratiche di medicina difensiva che influiscono sul corretto e sereno esercizio della sua professione.

L'esaurimento, ormai universalmente indicato con il nome di burnout, nella categoria medica è sempre più frequente, e le risposte a una nuova indagine organizzata da Medscape indicano che ben il 44% dei professionisti della salute rientra tra i criteri per la definizione di questa patologia, con un aumento del 2% rispetto all'anno precedente. Ma non solo, infatti l'11% dei medici si definisce depresso e il 4% soffre di depressione clinica. Le risposte di 15.069 medici in 29 specialità all'indagine analizzate nel Medscape National Physician Burnout, Depression & Suicide Report 2019 mostrano che il 14% dei medici ha pensato al suicidio ma non l'ha tentato, e il 6% ha dichiarato di non voler rispondere, mentre l'1% ha rivelato di aver cercato di mettere in pratica idee di questo genere.

La maggior parte di chi ha avuto pensieri di suicidio (58%) lo confessa a qualcuno, spesso a un



terapeuta (34%) o a un membro della famiglia (33%). Analizzando la tendenza per specialità, gli urologi hanno riportato la più alta percentuale di burnout (54%), seguiti a ruota dai neurologi (53%), mentre i professionisti meno toccati dal problema sono stati gli specialisti in sanità pubblica e medicina preventiva (28%). Per quanto riguarda il genere, sono le donne a soffrire di questo problema in maniera maggiore (50% rispetto a 39% negli uomini), forse a causa di maggiori pressioni e impegni provenienti anche dall'ambito familiare, oppure perché più disposte a confessare la cosa. Ma cosa porta al burnout i medici? Ebbene, il 59% ha affermato dover adempiere a troppe attività amministrative, il 34% di passare troppo tempo al lavoro e il 32% di subire troppo l'aumento di informatizzazione delle pratiche, come ad esempio l'uso di cartelle cliniche elettroniche. La frequenza del burnout è risultata simile in tutti gli ambienti di pratica, dagli ospedali, agli ambulatori, alle cliniche universitarie. I professionisti hanno affermato di utilizzare come primo

metodo per affrontare il burnout l'esercizio fisico (48%), seguito dal parlare con famiglia e amici (43%) e isolarsi (41%). Metà dei medici che ha riferito depressione ha affermato che questo fatto influisce in maniera negativa sulla cura dei pazienti, ma solo il 16% di questi professionisti ha dichiarato di chiedere aiuto o di pensare di farlo, mentre il 64% ha dichiarato di non voler cercare aiuto né di averlo mai fatto.

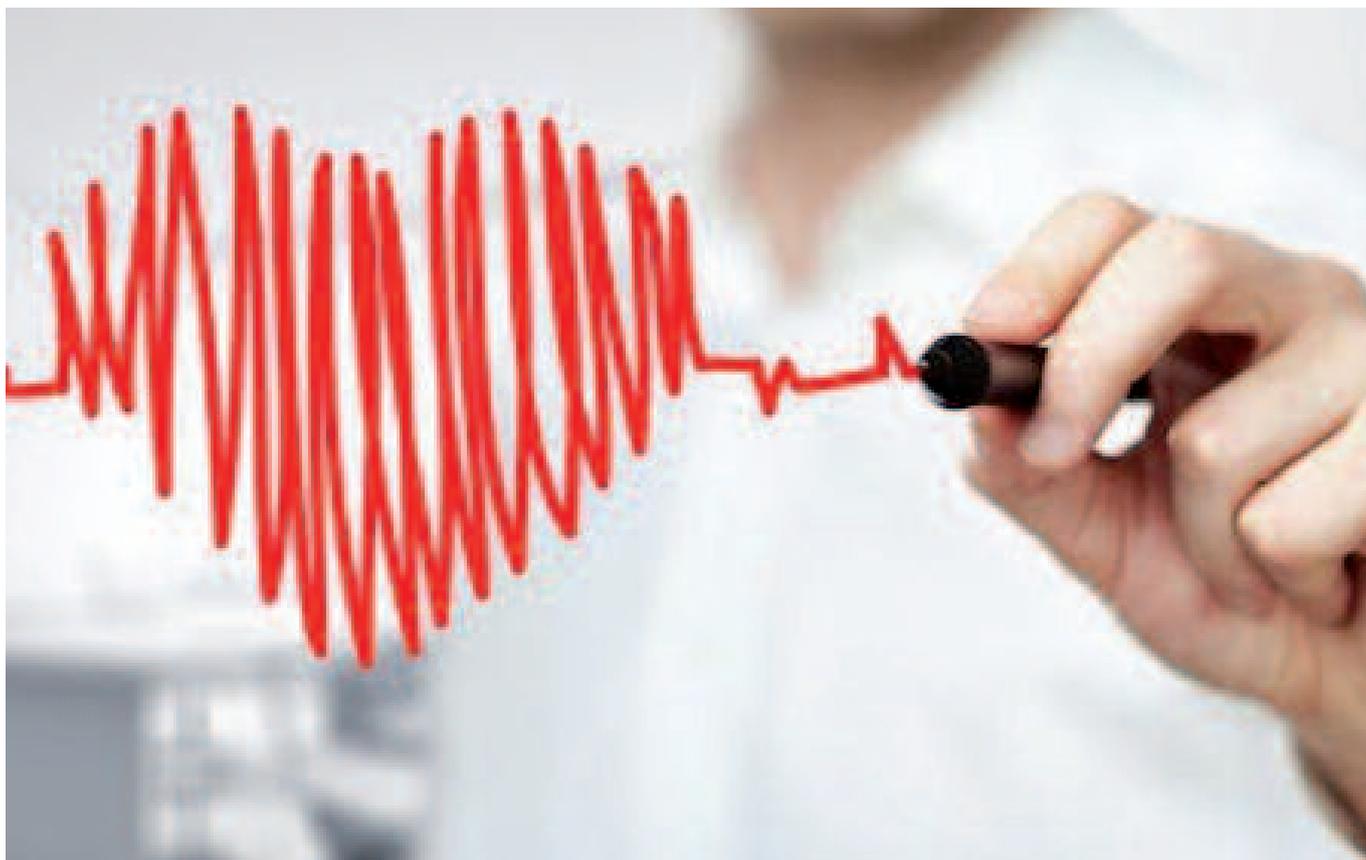
*5018 Elisabetta Cofrancesco ha presentato nell'ambito del festival di bioetica che si è tenuto di recente a santa margherita ligure (27-28 agosto 2018). La dottoressa Cofrancesco è ematologo clinico e cardiologo, psicoterapeuta, già docente e ricercatore presso la facoltà di medicina e chirurgia dell'università degli studi di Milano, presidente dell'associazione no profit REF (ricerca, educazione e formazione per la qualità della vita dell'ammalato, Milano) e componente del comitato ordinatore dell'istituto italiano di bioetica, sezione Lombardia. La letteratura internazionale riporta dati allarmanti sulla salute dei medici*

(1,2). Più della metà dei medici statunitensi presenta sintomi significativi di esaurimento e burnout: le tre D (Drugs, Drink and Depressions, ovvero depressione, dipendenza da alcol, farmaci e sostanze sono frequenti tra i medici (fino al 50 per cento). I suicidi e i pensieri di suicidio (6-12 per cento) hanno un tasso più che doppio rispetto a quello dei professionisti di altri settori, e tra le donne medico tre volte più frequenti rispetto ai colleghi maschi. Frequenti sono anche i conflitti in famiglia. E in Europa le cose non vanno meglio (3): uno studio condotto dall'European Society for Medical Oncology (ESMO) che ha visto coinvolti 737 oncologi di 41 Paesi europei, ha mostrato che, soprattutto negli oncologi di età inferiore ai 40 anni, vi è una forte prevalenza di burnout (71 per cento degli intervistati). Oltre agli oncologi, le categorie più a rischio sono neurologi, cardiologi, medici del pronto soccorso e della medicina d'urgenza, anestesisti e rianimatori. E il problema inizia presto: gli studenti di medicina, gli specializzandi e i giovani medici, infatti, avrebbero tassi di stress e burnout più alti rispetto a quelli di laureati provenienti da altri corsi di studio (4). Alcuni fattori della cultura medica concorrerebbero al drammatico fenomeno. Pranay Sinha, medico al primo anno di specializzazione in medicina interna presso la Yale School of Medicine, del New Haven Hospital, parla di una forma di machismo che pervade la classe medica: "infallibilità, onnipotenza, assenza di dubbi" che spesso mascherano, soprattutto nei medici alle prime armi, un enorme senso di inadeguatezza (5). A ciò si aggiunga una forte competitività e una sorta di addestramento - del tutto inconsapevole! - per diventare insensibili alle emozioni più forti: rabbia, sofferenza, dolore, paura... fino all'"indurimento del cuore" (6). Gli studenti di medicina iniziano gli studi universitari con entusiasmo ed empatia, con un reale desiderio di aiutare gli altri... tutta-

via, durante il percorso essi imparano a mascherare i loro sentimenti, o peggio ancora a negarli (7). <sup>®</sup> *burnout: che cosa significa e qual è il suo impatto sul medico e sul paziente.* Il burnout è una sindrome caratterizzata da esaurimento emotivo e spersonalizzazione (che include negatività, cinismo e incapacità di esprimere empatia o dolore), riduzione della motivazione e dell'efficacia operativa, difficoltà a stabilire una buona relazione di cura e ha gravissime conseguenze in termini sia di costo umano che di inefficienza del sistema. Non solo la vita dei medici sarebbe a rischio, ma anche la sicurezza del paziente. Dal punto di vista del medico, si riducono la motivazione e l'impegno, si verifica una progressiva perdita di energia che porta sempre di più a esaurimento fisico ed emotivo, e scarsa realizzazione professionale. Aumentano gli episodi di malasanità e di medicina difensiva; aumenta il numero di errori medici - fino al doppio! (8); aumenta l'onere delle assicurazioni professionali. Dal punto di vista del paziente, aumentano insoddisfazione, diffidenza, reclami e aggressività: sono ormai fin troppo numerosi i casi (quasi quotidiani!) di violenza e aggressione fisica nei confronti dei medici. Non dimentichiamo che in questa attuale medicina, high tech e molto poco high touch, un motivo per cui i pazienti si rivolgono sempre più spesso alle medicine non convenzionali è perché trovano più facilmente medici accoglienti, relazioni umane e personalizzazione delle cure!.. Dal punto di vista organizzativo e istituzionale si registra perdita di efficienza e di produttività, maggiori costi, e aumento del contenzioso medico-legale e dei casi di medicina difensiva. Significativa è questa lettera aperta di un giovane medico (9): "Viviamo una medicina in cui ogni mattina ti alzi per andare in reparto con la paura che quell'uomo in giacca, cravatta e ventiquattrore davanti all'ingresso dell'ospedale offra alla figlia del tuo paziente di 94

anni malato di scompenso cardiaco una causa a costo zero, rischio zero, paghi solo se vinci. Non importa se hai fatto le umane e le divine cose per rianimarlo, non importa se nonostante i tuoi sforzi e i tuoi turni massacranti, il cuore debole di quella persona di 94 anni ha smesso di battere fregandosene dell'atropina e del defibrillatore, non importa se le persone ad una certa età muoiono. Tu, medico in un periodo difficile, sarai sempre davanti alla canna del fucile. Come può un medico mettere in pratica serenamente la scienza appresa sui libri e nelle corsie dei reparti? Come può farlo in queste condizioni? Circondato dalle penne degli avvocati, dalle linee guida internazionali che contrastano con la spending review, dalle minacce dei familiari, dai santoni e dai ciarlatani che sottraggono i malati più deboli e suggestionabili alle cure necessarie... Eppure, seppur nato sotto una cattiva stella, il mio amore per la medicina è sempre forte, e si nutre ogni giorno del sorriso dei pazienti che vedo migliorare nei reparti". ... Eppure, nonostante tutto, secondo un'indagine pubblicata su La Stampa il 28 marzo 2017, l'81% dei medici intervistati dichiara che avendo la possibilità di tornare indietro rifarebbe la stessa scelta professionale e il 66% la consiglierebbe ai propri figli. Quali sono i motivi di tale determinazione? Passione (41%), possibilità di aiutare gli altri (18%), contatto con le persone (8%), ricevere gratitudine dai propri pazienti (44%), realizzazione professionale (14%): tutti aspetti relazionali e umani della professione medica. Numerosi sono i fattori esterni che concorrono a determinare il burnout dei medici: eccesso di burocrazia, problemi organizzativi, scarso personale, orari e carichi di lavoro eccessivi, tensioni lavorative con i colleghi, bassi stipendi e conseguente calo motivazionale. Purtroppo il medico sta perdendo sempre più autorevolezza in un clima generale di disistima e sfiducia da parte del cittadino che tende ad at-

tribuire al medico la responsabilità di ritardi, disfunzioni e limitazioni del sistema sanitario. Il medico è spesso costretto a lavorare in condizioni generali inaccettabili: se manca il personale, se non ci sono posti letto, se il medico è costretto a un enorme carico di burocrazia e non ha abbastanza tempo per la visita, se, sovraccaricato com'è dal punto di vista psico-fisico, si trova in una situazione di stress/burnout, l'emergenza sanitaria si può trasformare in un dramma che scatena facilmente (a reazione violenta del cittadino. Si spiegano così molti degli ormai troppo frequenti episodi di aggressione nei confronti dei sanitari... Anche il tipo di malattia del paziente ha il suo peso: più colpiti sono l'internista e gli specialisti che si occupano di malattie ad alto rischio di morte o invalidità, neurologi, cardiologi, oncologi, medici di unità di emergenza, rianimatori. Ma esistono anche fattori personali: scarsa/nessuna educazione alla cura di sé e al riconoscimento dei propri bisogni, inefficiente gestione delle proprie energie psico-fisiche, conflitti casa-famiglia, motivazione affievolita, inadeguate capacità comunicative e relazionali (gli attuali percorsi formativi universitari e post-universitari sono molto carenti da questo punto di vista!). Ora, se è vero che l'intervento sulle istituzioni e sull'organizzazione del lavoro richiede pianificazione, risorse e tempi che per il momento non sono quantizzabili, è anche vero che si può fin da subito intervenire parallelamente su due obiettivi fondamentali: aiutare il medico a "conoscere" e a "riconoscersi" il problema, fornendogli informazioni e sostegno. Per quanto riguarda il riconoscimento del problema è interessante constatare che molti medici non sanno neppure di star male e, se lo sanno, tendono a ignorarlo e non si curano. Il problema è così diffuso tra i medici italiani che, recentissimamente, la FNOMCeO (Federazione Nazionale Ordini Medici Chirurghi e Odontoiatri), al fine di inqua-



drare i fenomeni di violenza e i contesti in cui questi si presentano, ha inviato a tutti i medici un questionario anonimo strutturato in modo da delineare la condizione personale spesso a rischio di burnout in cui i medici si trovano a esercitare, denominato “Violenza sugli operatori sanitari e burnout”. Quanto al sostegno, sarebbe un ottimo aiuto offrire, all’interno delle strutture ospedaliere, uno sportello di counseling o gruppi di counseling per consentire agli operatori di condividere le proprie esperienze e confrontarsi nei momenti più difficili. Scrive Pranay Sinha: “Dobbiamo poter dare voce a dubbi e paure. Dobbiamo poter parlare della tristezza profonda che ci ingenera firmare il nostro primo certificato di morte, della mortificazione che ci causa la prima prescrizione sbagliata che abbiamo firmato, dell’imbarazzo di non sapere la risposta a una domanda a cui qualunque studente di medicina saprebbe invece rispondere. Una cultura medica che ci incoraggiasse a condividere le nostre vulnerabilità ci potrebbe far capire che non siamo

soli”. Promuovere interventi di formazione al fine di potenziare le capacità persona. Bisogna amare la gente per fare il medico. Se non sai ascoltare il malato, se non ti chiedi di cosa ha paura e cosa desidera, sei poco più di un bravo tecnocrate; bisogna poi migliorare le capacità relazionali e di comunicazione con il paziente, i familiari e gli altri operatori. Tutto ciò significa integrare le competenze tecnico-scientifiche con la crescita personale e il lavoro su di sé, accettando i propri limiti e la propria vulnerabilità; significa sviluppare sensibilità e gentilezza (in primis verso se stessi), rispettando il proprio corpo e i suoi bisogni e quindi, dedicando il giusto tempo al sonno e al riposo; significa recuperare il proprio “sentire”, sviluppando consapevolezza e padronanza delle proprie (e altrui!) emozioni. Significa continuare a coltivare la spinta motivazionale, l’impegno, la crescita, la propria realizzazione sia personale che professionale. “Portare la propria umanità in prima linea, costruire fiducia e complicità con il malato, sentirsi in una relazione socialmente utile

e giusta ... che cosa è se non quel ‘camminare accanto’ [ethalekh in ebraico = camminerò] da cui deriva la parola placebo, “io ti piacerò”? Il medico che si fa ‘placebo’ riceverà dai suoi pazienti fiducia, compliance, riconoscimento, gratitudine e, anziché logorato dal prendersi cura, si sentirà ri-energizzato emotivamente e affettivamente e percepirà la sua vita professionale ricca di significato e di finalità. Qualcuno chiama questo stato di “benessere”, di sentirsi bene con se stesso nel dedicarsi agli altri con il termine di “felicità relazionale”: uno stato in cui sono pienamente valorizzati i rapporti interumani, i legami affettivi e di comunicazione, l’intelligenza relazionale e la sana gestione delle emozioni, la solidarietà, la cura e il rispetto della persona, a partire da se stessi. Il burnout del personale medico è un problema multifattoriale che può causare casi di malasanità o prestazioni non all’altezza della situazione e richiede una soluzione ottenuta con l’impegno di tutto l’ambito sanitario, secondo due articoli pubblicati da opinion leader ed esperti sul New England Journal of Medicine. «Affrontare il burnout richiede effettivamente uno sforzo aggressivo e concertato di influenzatori chiave» afferma **Victor Dzau**, della National Academy of Medicine Action Collaborative. I ricercatori ritengono che la National Academy of Medicine ben si adatti a coordinare gli sforzi di una vasta gamma di soggetti interessati alla questione e più di 100 organizzazioni nazionali hanno già aderito alla collaborazione sostenendo i suoi quattro obiettivi principali: aumentare la visibilità di stress e burnout dei medici, migliorare la comprensione di base del benessere del medico, individuare soluzioni evidence based e monitorarne l’efficacia. Uno dei primi risultati chiave della collaborazione, atteso quest’anno, sarà una raccolta online di dati, modelli e kit di strumenti disponibili per tutti coloro che li vorranno applicare. E proprio a proposito di modelli ap-

plicati, nel secondo articolo si parla di esempi pratici di successo.

«Presso la Stanford University’s School of Medicine si è testato un programma pilota di “banca del tempo” per compensare i medici per i momenti che trascorrono in attività che non rientrano nei loro compiti assistenziali e che contribuiscono al loro sentimento di sovraccarico». Il programma prevede che i clinici ricevano come ricompensa prestazioni di lavoro relative anche alla vita domestica, come le pulizie di casa. Presso la Mayo Clinic, invece, la misurazione del benessere del medico è diventata una priorità strategica per identificare le divisioni e reparti che hanno bisogno di aiuto e ai medici viene anche chiesta una valutazione dei loro diretti superiori. Un altro esempio è un modello adottato dal Department of Family Medicine presso la University of Colorado, il sistema APEX, per cui molti dei processi strutturati coinvolti in una visita sono gestiti da un assistente, lasciando libero il medico di concentrarsi sull’esame clinico e sulla decisione medica e facendo scendere il burnout dal 53% al 13%.

### ***Lavorare così è insostenibile. Giovani medici a rischio suicidio***

6/017 Al pensiero di dover tornare in ospedale dopo giorni e giorni di reparto, con la paura di poter fare più male che bene ai propri pazienti, i “junior doctors” preferirebbero uccidersi. C’è chi lo fa. Ed è ora di parlarne secondo il British Medical Journal.

«Sono esausto, sono spaventato e odio essere un dottore. Non era così che doveva andare. Seduto sul pavimento della nostra cucina, le lacrime mi scendono sulla faccia davanti alla mia partner stordita e preoccupata». Dopo il terzo giorno di fila in reparto, dopo aver certificato la morte di un paziente, faticato a prelevare il sangue da un innocente che non meritava di essere torturato

da una mano tremolante, dopo avere combattuto contro uno sconosciuto sistema informatico per prescrivere un medicinale e paralizzato dal timore di poter danneggiare un paziente in caso di errori, il giovane dottore fresco di camice bianco ha tanti dubbi e una sola certezza: non vuole tornare in ospedale.

La testimonianza dell'anonimo medico inglese rilasciata al Guardian un anno fa è sempre attuale e viene ricordata in questi giorni sul Bmj dove è in corso un dibattito sulle insostenibili condizioni di lavoro all'interno del servizio sanitario inglese.

Rachel Clarke, medico specializzato in cure palliative, e Martin McKee, esperto di salute pubblica, hanno infatti appena firmato un editoriale intitolato "Il suicidio dovrebbe essere incluso tra le cause di morte associate al lavoro". Il loro primo pensiero è per Rose Polge, la dottoressa di 25 anni del Torbay Hospital nel sud-ovest dell'Inghilterra che si è suicidata gettandosi in mare nel febbraio del 2016. La famiglia ha aperto in suo nome una pagina web per raccogliere fondi da dare in beneficenza dove si legge: «Un esaurimento a causa di lunghe ore di lavoro, l'ansia, la disperazione per il suo futuro in medicina e la notizia dell'imposizione dei nuovi contratti per i giovani medici hanno sicuramente contribuito a questa terribile e definitiva decisione».

L'appello dei due editorialisti del Bmj a prendere sul serio il rischio dei suicidi tra il personale medico degli ospedali britannici è ampiamente condiviso dai colleghi che si sono precipitati a confermare quella versione dei fatti con una serie di commenti.

C'è chi sostiene che ogni suicidio è potenzialmente una tragedia evitabile e invita i suoi colleghi, in caso di bisogno, a usare la App della associazione Samaritans, un numero di telefono che risponde alle richieste di aiuto.

E c'è chi non nasconde la propria indignazione di fronte alla scarsa attenzione rivolta al problema dei suicidi tra i giovani medici. «È così paradossale – si legge in uno dei commenti – che coloro che dedicano la loro vita a cercare di salvarne altre non ottengano il privilegio di vedere avviare delle ricerche su cosa si possa fare per salvare la loro». Forse basterebbe ascoltare le dirette testimonianze dei medici alle prime esperienze per poter capire cosa c'è che non va. Come quella del ragazzo disperato che aveva scritto al Guardian nel 2016: «Mi aspettavo di essere gettato nel vuoto, ma mi aspettavo di essere sostenuto – scriveva al Guardian l'anonimo giovane medico nel 2016 – Mi aspettavo di trovarmi intorno una squadra ben roduta, che mi controllasse e che non mi lasciasse mai solo. Ma quella squadra non era lì...».

Un'altra giovane dottoressa, sempre coperta da anonimato, aveva consegnato poco prima il suo sfogo allo stesso giornale: «La mattina guidando verso l'ospedale le lacrime cadevano come pioggia. La prospettiva delle prossime 14 ore era troppo dura da sopportare. Ma a notte fonda tornando a casa non sentivo più nulla. È stata quella totale indifferenza che mi ha quasi ucciso. Ogni notte dovevo combattere contro me stessa per mantenere le mani sul volante. Verso la fine del primo anno da dottoressa avevo scelto il posto in cui intendevo uccidermi. Avevo già comprato tutto l'occorrente».

Leggendo una delle risposte all'editoriale del Bmj appare chiaro che le storie raccontate sui media non sono testimonianze isolate, casi drammatici ma poco rappresentativi di un fenomeno. «In ogni riunione nella mia scuola di medicina – scrive Alys Cole King psichiatra della Liaison Psychiatrist – ricordiamo e mostriamo gratitudine a quei compagni studenti di medicina che non sono più con noi. Ne abbiamo persi di più per i suicidi che per qualunque altra ragione».

# Assistenza sanitaria, ricchezza educativa ed efficienza della Regione debbono coesistere per sconfiggere la pandemia?

---

a cura di Antonio Molfese

---

**Q**uesti tre pilastri essenziali che ci accompagnano nello scorrere della vita, mostrano che la assistenza sanitaria negli ospedali, non così sul territorio, ed il contenimento della relativa mortalità che si sta manifestando durante questa pandemia è in relazione ai tre fattori che possono coesistere e forse anche sostenersi

Questo è avvenuto in alcune regioni del nord Italia, che hanno reagito con compostezza e professionalità al disastro che li ha colpiti con maggiore violenza. Tutto questo si è reso manifesto nelle regioni dove i contagi sono stati più numerosi, per cui la mortalità elevata che si è manifestata si è potuta contenere per l'efficiente sistema sanitario esistente, per il comportamento delle persone con ricchezza educativa ed infine per la possibilità di organizzare, in spazi esistenti idonei, la loro riconversione a strutture per far fronte alle emergenze acute che insorgono. Tutto questo è avvenuto in Lombardia, la regione con più contagi, che grazie all'impegno anche di organizzazioni volontarie hanno dato risposte efficienti alle richieste urgenti manifeste ed improcrastinabili. È potuto avvenire, tutto questo, per

il fatto che le regioni colpite hanno un'assistenza sanitaria efficiente, che al bisogno sa rispondere, meglio delle altre, alle emergenze che potessero insorgere.

Ci auguriamo che con i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che sarebbero dovute andare in atto nel 2020, le regioni che presentano delle mancanze possano essere messe in condizione di reagire allo stesso modo di come hanno reagito e stanno reagendo regioni efficienti per quanto riguarda l'assistenza sanitaria anche in caso di grave necessità. Soprattutto i cittadini-pazienti sono e saranno i protagonisti nella gestione della loro salute in questa grave pandemia. Si parla di **patient engagement-coinvolgimento del paziente**, che diventa così parte in causa del sistema sanitario e fa comprendere come ogni nostra azione ha impatto, oltre che sulla nostra salute, anche su quella collettiva e sulla efficienza delle misure messe in atto. Chi fornisce le "gambe" ai virus sono le persone con il loro comportamento, alcune volte, sconsiderato. Non è un caso ciò che sta colpendo l'intera umanità; altre pandemie potremo aspettarci con il passar degli anni, tutte legate a microbi o virus, che con il tempo mutano in senso patologico e passano dagli animali all'uomo producendo in esso patologie molto gravi e spesso mortali.

# Come è nata la ricerca ecopsicosociale

a cura di Pier Luigi Lando

**T**ra gli anni Sessanta e Settanta, sono stato contattato telefonicamente da alcuni psicologi al Ministero della Sanità dove ero responsabile della Divisione per la prevenzione delle tossicodipendenze (alcool e fumo compresi). Suppongo di esser stato interpellato sia per curiosità circa mie posizioni critiche riguardo alla medicalizzazione di problemi psico-emotivi e relazionali sia perché più speranzosamente interessati a ciò che avrei potuto fare in loro favore, dal momento che fin allora non era stata emanata alcuna legge per il riconoscimento della professione di psicologo. Agli psicologi subito accorsi al mio studio, per passaparola, si unirono altri laureandi e neolaureati di altre discipline e persone a vario titolo interessate ad approfondire argomenti che alimentavano preoccupazioni esistenziali, sociali e ambientali. L'obiettivo era di trovare, con l'apporto delle varie discipline, soluzioni per migliorare la vita di tutti noi. Comune era la delusione circa gli innumerevoli tentativi fatti lungo il corso della nostra storia e la sfiducia nei confronti di possibili soluzioni ideologiche. Consapevoli che le soluzioni storicamente tentate mancavano di adeguate conoscenze, convinti circa la fondamentale importanza della qualità dei rapporti sia con i nostri simili sia con l'ecosistema naturale e sociale, individuata, quindi, come di fondamentale importanza la categoria della relazionalità, centrammo l'attenzione sullo studio della genesi, evoluzione, problematiche e prospettive della relazionalità umana e su fattori e condizioni favorevoli od ostacolanti. Buona parte

degli sconcertanti comportamenti dei nostri simili si spiegherebbero con l'inappropriatezza dei metodi di allevamento subiti. Quelli comunemente prevalenti erano e forse ancora lo sono, informati a esigenze quotidiane degli adulti, in pratica finalizzati a tenere a bada i propri cuccioli, in modo da poter espletare mansioni, da quelle relative alle faccende domestiche a quelle di lavori finalizzati al sostentamento proprio e dei familiari, dentro e fuori l'abitazione. Per tali lavori – secondo i grandi – appena i piccoli fossero stati in grado di dar loro una mano, lo si sarebbe richiesto d'autorità, come dovere, oltre che come ricompensa per i propri sacrifici e prestigio al clan familiare, per un soddisfacente adattamento alle attese socio-culturali della collettività, nonché per ottenere un posto di lavoro. In specie per le figlie, ritenuto il loro comportamento essenziale per mantenere una rispettabile facciata della stessa famiglia, venivano imposte norme e precauzioni per assicurare in ogni modo un contegno secondo tali principi. Metodi "educativi", quindi, ben lontani dal fondamentale principio psico-pedagogico che educare consiste nel catalizzare lo sviluppo delle potenzialità evolutive, guidando (appunto come l'etimo del termine pedagogia) i piccoli verso tale realizzazione secondo l'ammonente principio di *Giovenale*: "*Maxima debetur puero reverentia*".

Gioverà, a questo punto, prendere spunto da una diffusa convinzione e cioè che gli animali siano migliori degli umani. Ebbene, per ridimensionare una tale convinzione, io suggerirei di elencare tutto ciò che gli umani sono in grado di fare di più di un cane, di un gatto ecc.. Poi confronterei un'immagine del cervello umano con

quello di animali ritenuti migliori degli umani (per quest'ultimo criterio ci si deve limitare a quelli domestici (pet), giacché per il volume e per il peso sopravanzerebbero i cervelli degli elefanti e dei cetacei ecc.!) e considerare le differenze caratteriali di ogni essere umano e di ogni altra razza animale. Apparirebbe subito chiaro che le differenze tra individui appartenenti a tutte le altre specie sono incomparabili con quelle di ciascuno di noi. In considerazione che è l'amigdala che, confrontando con precedenti esperienze un nuovo input (la pericolosità o meno), decide l'investimento del flusso bioenergetico in direzione dell'empatia o della lotta/fuga), si può spiegare come negli umani, il cervello belvizzato possa manifestare comportamenti di inaudita crudele ferocia (v. art. "*Ogni educatore non ignori la neurosentinella amigdala!*"). Non solo, risulterebbe pure evidente la difficoltà da parte di Madre Natura, anzi l'impossibilità, di inserire nel genoma umano ulteriori informazioni grazie alle quali anche l'uomo, come tutti gli altri esseri viventi, nascerebbe già perfetto o quasi. In effetti, per tale "quasi", mentre i figli umani - che per la realizzazione delle loro potenzialità dovranno percorrere il più lungo e complesso tratto evolutivo - si richiedono specifiche e altrettanto complesse prestazioni parentali, per le quali i genitori non sono geneticamente informati, i genitori delle altre specie, per quel poco che dovranno fare affinché la loro prole sviluppi le sue potenzialità all'*optimum possibile*, lo fanno per istinto. I genitori umani l'avrebbero dovuto apprendere e lo hanno dovuto fare per tentativi ed errori ai quali ho già accennato e penso che tali errori potrebbero già dare qualche risposta alle comuni preoccupazioni riguardo ai su accennati conturbanti fenomeni.

Un primo frutto editoriale degli incontri presso il mio studio è stato un libro edito nel 1976 da A. Armando: "*Introduzione all'Ecologia psico-sociale - per una nuova scienza della personalità e*

*dei rapporti*". Privilegiati: il criterio bio-energetico e le dinamiche psico-sociali (trans-personali).

Al momento in cantiere altri lavori per più puntuali risposte a questioni esistenziali e relazionali: un elaborato stilato con l'apporto di un gruppo di lavoro "*Se l'Uomo di Neanderthal avesse potuto*". Scritto, questo, che vuole essere una sorta di monito indirizzato agli umani, passati dallo stato di "scimmia nuda" a quello vestito di stoffe tessute, all'Uomo che ha voltato le spalle a Madre Natura senza considerare i rischi in agguato. Al vestiario viene riconosciuto un ruolo decisivo per l'avvio a un sistema mercantile dai cui artefatti oggi dipendiamo come i cuccioli dalla madre, anzitutto per la menomazione dei nostri poteri di adattamento climatico: da un *escursus* antropologico culturale, pare che un assetto socio-culturale con un'economia monetaria si sviluppi di pari passo con tutto ciò che ci protegge. Lo stesso senso del pudore, esasperato a vergogna, è divenuto funzionale a interessi mercantili. "*... per un autentico Homo Sapiens, iniziamo da una generazione*", ossia da quella in procinto di frequentare la scuola dell'obbligo, con la tempestiva verifica dei prerequisiti mediante specifiche attività di gioco, animate da operatori appositamente preparati sia dell'ultimo anno di scuola materna sia della prima elementare coinvolgendo il corpo insegnante e le famiglie. Tra i principali intenti di questa iniziativa, quella della tempestività sul versante della prevenzione. In effetti, pretendere prestazioni previste dal programma scolastico, senza prima avere verificato l'efficienza dei relativi strumenti da quelli sensoriali a quelli della psico-motricità e dell'età mentale (prerequisiti), limitarsi a valutazioni sul comportamento e sul profitto utilizzando come unico criterio l'età anagrafica quale indicatore per l'accesso alla scuola dell'obbligo, tolgono una efficace possibilità di prevenire difficoltà di inserimento e profitto scolastici, rischiando di perpetrare una violenza istituzionale su soggetti in età evolutiva.

# La malattia del vento

---

a cura di Peppino Aceto

---

**S**embra il titolo di una canzone; ma, così il profetico bolognese Aldo Aldovrandi definisce la pandemia influenzale – capostipite delle altre morbosità che si sono succedute fino all’era contemporanea – che, nel 1580, discende dalle Alpi occidentali, percorrendo tutta la Penisola, con una velocità pari a quella del vento. L’Aldovrandi scrive: “in Bologna, da tre mesi, in fine primavera, imperversa una siccità che ha causato delle profonde crepature, dalle quali si liberano dei vapori, che hanno cagionato intemperie d’aria, responsabili del male”. L’aria, infatti, è corrotta non dagli astri – come, un tempo, si pensava – ma dalle goccioline, che emesse dagli starnuti e con i colpi di tosse, rimangono, a lungo, sospese e proiettate a distanza, cariche, come sono, di virus e batteri. L’Aldovrandi, continua “procedendo, il morbo influenzale, dall’aria, facilmente si attacca”. In verità, l’umanista e scienziato, veronese, Cristoforo Fracastoro, nel suo trattato “De Contagione” – pubblicato, nel 1546 – aveva già, individuato e definito con il termine di “seminaria” (messaggio, preso a prestito dal poeta Lucrezio!), questi semi contagiosi che “simpatizzano” con gli umori corporei, ad essi più affini, dai quali, a loro volta, si distaccano passando dal malato al sano, con i tocamenti o tramite oggetti, precedentemente infettati. Altro nome dato al morbo influenzale è quello descritto, ancora, dal profetico bolognese, come “mal mattone” per il forte mal di capo che, spesso, lo accompagna; oppure, “morbo popolare” per distinguerlo da quello della peste, considerando la

ben diversa letalità, nell’evoluzione clinica della malattia, pur avendo la stessa patogenesi aerea. Agli inizi del ’500, infatti, si tentò di separare, nei termini, i morbi leggeri o benigni, da quelli “pestilenziali”, maligni e pericolosi. Ebbene, un virus “invisibile, e inafferrabile”, responsabile di una serie di epidemie, è l’Hemophilusinfluentiae, già “sospettato”, come tale, della “prima” versione maligna di un morbo epidemico, esploso in Inghilterra, nel 1485, e recidivato fino al 1551, caratterizzato da sudorazione profusa, febbre alta e, spesso, letale e che fu etichettato come influenza, anche se la sua eziologia, storicamente, è stata scoperta, nel 1892, da Richard Pfeiffer (uno degli assistenti, del più famoso Koch). A proposito, dell’Hemophilusinfluentiae, c’è da rilevare, grazie a un veterinario del Middle West, che pur essendo, di per sé, un bacillo poco virulento, allorché viene attaccato da una epizootia (suina, aviaria, uccelli ed altri animali da allevamento), moltiplica il suo potenziale di virulenza, diventando tanto aggressivo per organismi umani, sprovvisti di anticorpi specifici, da risultare, ciclicamente, letale! Rimandando in altri testi di specialità per documentarsi circa le diverse “sottoclassi” dei virus responsabili di diffusioni influenzali, epidemiche e pandemiche, ci limitiamo a ricordare le più devastanti del secolo scorso: “La Spagnola”, nel 1918-19, in Spagna, di origine aviaria; “L’Asiatica”, nel 1957, in Cina, anch’essa di origine aviaria; “La suina”, nel 2009, originata in Messico, da un sottotipo di virus attaccato dal maiale, e non solo; “l’Ebola”, nel 1976, in Congo, il cui serbatoio, pare, sia stato portato dalle volpi volanti; “la Sars”, nel 2002, in Cina, i cui portatori, sarebbero stati i pipistrelli. Ed ora abbiamo dato il “benvenuto”(si fa, per



dire!!) ad un inaspettato “convitato di pietra”, giusta metafora per questo “coronavirus”, segnalato a Wuhan, in Cina, alla fine dello scorso anno ed esploso, in tutta la sua virulenza e aggressività, questa primavera, in tutti i Paesi del Pianeta. Il Covid-19, termine con il quale è stato “battezzato”, pare, sia molto simile a quello isolato dal pipistrello, e giunto all’uomo da un ospite intermedio, non ben identificato. Fatto sta che, esso, si è dimostrato, subito, implacabile e letale, rendendoci, nostro malgrado, attuali “vittime” di quelle stesse pandemie pestilenziali, tramandate dalla storia! È sorprendente, a questo proposito, rilevare, come la maggior parte delle disposizioni emanate dagli Uffici di Sanità – nel 1590 – delle principali città italiane, si sono dimostrate anticipatarie, di qualche secolo rispetto ad oggi, per le stesse iniziative: individuali, collettive e istituzionali, messe in atto per fronteggiare la pestilenza in atto, con la sola differenza di poterci avvalere, al presente, di un arsenale farmaceutico e strumentale, allora non disponibile. Un esempio, pari alla “mascherina” impiegata, come presidio profilattico, per proteggersi da un possibile contagio, attraverso le narici e la bocca, era stato, già, escogitato dalle “donne di casa”, di un tempo, con l’uso della reticella metallica del colino per la salsa, zaffata con una spugna, imbottita di garza e imbevuta di aceto ed altre essenze, assicurata alle proprie orecchie

con delle cordicelle! Altre analogie: “Curare la più rigorosa pulizia personale”, ed ancora “tenersi lontani, per quanto possibile, dagli influenzati e dai convalescenti; dal controllo delle condizioni igieniche dei luoghi pubblici, agli scarichi di macellerie; dalla sorveglianza di: mercati, cimiteri, prostitute, viaggiatori e di tutte quelle zone, particolarmente, affollate delle città, fino al controllo di ponti fluviali e confini territoriali”. Analoghe erano le penalizzazioni per i trasgressori delle regole impartite, puniti persino con la “forca” in piazza, in particolare se la epidemia esitasse in una peste dichiarata. In definitiva, la “rivisitazione” di alcune pestilenze che hanno attraversato la storia degli ultimi secoli, insieme all’inaspettato arrivo di quest’ultima pandemia, ci hanno “avvertito” che la ricomparsa di antichi fantasmi è sempre in agguato; tuttavia, la ricerca di un vaccino, continua “frenetica” da parte degli scienziati di tutto il pianeta e tutta l’Umanità, in attesa, con fede, è convinta che essi l’aiuteranno a superare la soglia di questo, sconosciuto “lazzaretto” in cui ci troviamo, in modo che come novelli “Renzo”(di manzoniana memoria) si possa ritrovare “la viottola dov’era bloccato; e, mentre principiò una grandine di goccioloni, sempre, più fitti ed impetuosi, egli sentiva, in quella risvegliata della natura, che quell’acqua, pochi giorni dopo, avrebbe portato via il contagio”.

# Divisione familiare

a cura di Nicola Simonetti

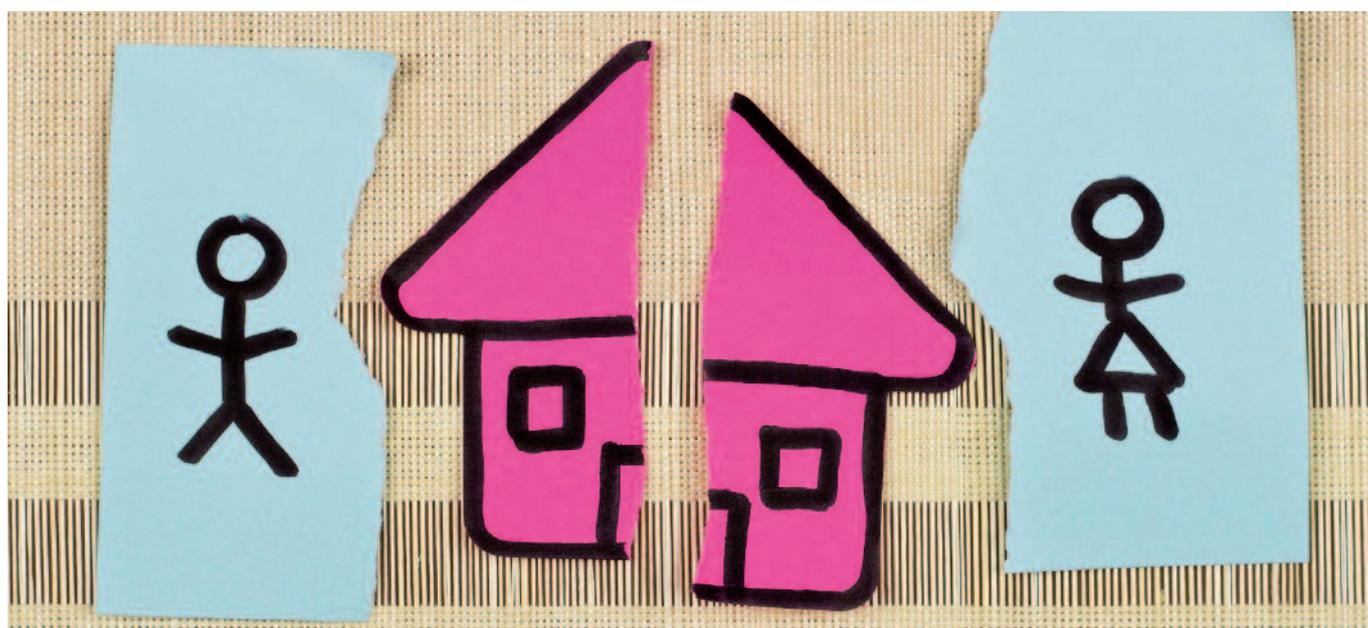
**7** gennaio: è stato catalogato, dagli avvocati inglesi, “Divorce Day” perché, in questo giorno, una coppia in crisi su 4, si presenta nei loro studi, per avviare la pratica della separazione matrimoniale.

Un fenomeno, questo, rilevato anche in Italia dove, per esempio a Milano, tra il 7 e il 30 gennaio, si registra un incremento del 35% (“Family Legal”) delle richieste di separazione (1,5 milioni). All’origine – mi disse un cattedratico siciliano di Medicina Sociale – “c’è sempre sesso, la femmina o lu masculu”... Feste forzatamente fatte in casa, con più tempo disponibile, mentre l’altra(o) protestava, il disagio di dovere, comunque, riservargli(le) qualche giorno, l’ambiguità sofferta, sono stati la goccia che... “per chi ha iniziato una storia clandestina – scrive Alessandro N. Pellizzari in “La matematica del cuore” (collab. Eliselle, Cairo ed., pag. 366) diventano una sorta di tortura, specie per donne, che hanno scelto un al-

tro uomo. Gli uomini invece hanno tirato fuori la cattiveria alimentata dal rancore per il coniuge, visto ormai come principale impedimento per coronare il nuovo sogno d’amore... Le vacanze, per gli amanti, hanno effetto devastante... più a rischio quelli “oltre” i 6-12 mesi di relazione”.

“Le coppie in crisi – scrive Eliselle – fanno in genere due errori capitali, cercando di sistemare i loro guai sentimentali ma ottenendo il risultato contrario: cercare un figlio e programmare una vacanza insieme. Avere un figlio, per quanto bello, è un evento che per la sua portata di fatica e di richiesta di tempo e attenzioni, mette a dura prova anche le coppie più affiatate, figuriamoci quelle claudicanti... non appena si ricomincia a stare più insieme... per innescare i meccanismi classici provocati dalla frustrazione e dal disamore, con l’unica conclusione possibile: fuoco, lapilli e distruzione”.

“Operazioni di calcolo” del cuore, tra mariti che si dividono, amanti che si moltiplicano e mogli che si sommano ed è subito “Epifania, molte famiglie si porta via”.



# Due poveri e un “social”

a cura di G.B. Ceresa

**D**ico: poveri di spirito. I fratelli ormai anziani Marina e Ginetto vivevano soli lungo l'anno, nella grande casa di sassi in paese e nella baita al monte, tutta di legno, d'estate. Ricevevano spesso le visite dei molti nipoti. I maliziosi in paese dicevano che Ginetto era analfabeta perché non era mai andato a scuola, a differenza della sorella Marina che sapeva leggere e scrivere: diceria che come il lettore potrà constatare è proprio da smentire. Un giorno uno dei nipoti, anni fa, quando da poco erano comparsi anche da noi quei buoni frutti che sono i kiwi, pensò bene di portarne un bel sacchetto agli zii che salutò cordialmente, soddisfatto dell'omaggio fatto. Dopo qualche giorno il nipote entra lieto nella loro casa e Ginetto, con voce franca e quasi rimproverandolo gli dice: “Non portarmene più di quei tartifoli, (tartifol è il nome che si dà da queste parti alla patata), perché li ho fatti bollire bene ma non sono proprio buoni. Ho dovuto buttare tutto”.

Questa disavventura alimentare precedette quella che successe poi a Ginetto alle prese con il “social”. Sempre lo stesso nipote gli regalò per il suo compleanno un telefonino che Ginetto imparò presto a usare e ancor meglio imparò la sorella Marina, che riusciva anche a scrivere i messaggi, destreggiandosi come meglio poteva con le sue dita paffutelle sulla tastiera dell'alfabeto, e ne comperò uno tutto per sé, lasciando in uso a Ginetto quello regalato dal nipote.

Ginetto imparò a leggere. Nella grande casa, fredda in ogni locale tranne che nella cucina con la stufa di refrattaria sempre ben avviata nelle stagioni gelide vi erano compiti ben collaudati da decenni di convivenza: Ginetto provvedeva a fa-

re la spesa quasi tutti i giorni e a portare a casa gli alimenti necessari, Marina cucinava con sapienza molte buone cose.

Tra l'altro accudivano anche a galline e pollastrelli che crescevano nella piccola stalla attaccata a fianco della casa, in coabitazione con due pecore e una mucca da latte. I pollastrelli erano un poco la loro cura preferita e se li cucinavano in occasione delle festività o per qualche ricorrenza particolare, ben spennati e puliti. Come tutti i pollastrelli ve ne erano alcuni più grandi e altri più piccoli.

Ginetto eseguiva scupolosamente gli ordini e le indicazioni che gli dava la sorella per la cucina “metti l'acqua a scaldare, metti un pizzico di sale, spezza gli spaghetti prima di metterli nella pentola” e altri consigli pratici.

Qualche giorno Renata, che era magari in visita alle amiche, dai parenti o dalla parrucchiera o con impegni del genere inviava a Ginetto istruzioni con un messaggio scritto sul telefonino e il fratello eseguiva con attenzione, senza porsi mai dubbi o incertezze, tutti gli ordini che gli mandava la sorella. Questi telefonini: i social erano proprio una bella cosa anche per loro, anziani e soli. La tastiera dell'alfabeto era piccola ma con attenzione si potevano scrivere bene tutte le parole.

Anche quel giorno Marina mandò il messaggio scritto: “Ginetto metti il polpastrello piccolo nell'acqua bollente, io arrivo tra cinque minuti. Non ti preoccupare “Non convinta perché sentiva che c'era qualche cosa che non andava la sorella, con un certo sesto senso, chiama però Ginetto a voce con il social-telefonico lo invita a fare come è scritto sul messaggio scritto”. “Stai tranquillo, arrivo io per il resto...”Ginetto un poco perplesso mise a bollire l'acqua sulla stufa a legna. Rilesse attentamente il messaggio e si decise, con riluttanza, a eseguire le istruzioni della sorella. Non era un analfabeta!!! Quando Marina rientrò a casa, del pollastrello piccolo e cotto non trovò traccia in cucina e allora chiamò a gran voce Ginetto, che con il suo polpastrello piccolo e quasi cotto, piangente era dietro la casa con la mano nella neve!

# Uomo e ambiente

a cura di **Andrea e Luca dal Bo'**  
**Zanon e Giovanni Brigato**

La convivenza uomo e ambiente rappresenta un binomio che ha permesso agli esseri viventi di popolare la terra. Già Ippocrate (460-375 a.C.), il fondatore della medicina scientifica, in contrapposizione con gli Asclepisti (medicina magica e sacrale), aveva intuito in “arte, acqua e luoghi” gli effetti dei fenomeni climatici sulla salute degli uomini sostenendo, come si evince dal Corpus Ippocratico, che il rapporto fra uomo ed ambiente sia esso climatico, idrologico o geografico, sarebbe la causa principale delle malattie nel caso che non sia equilibrato. Negli scritti antichi di Aristotele (384-322 a.C.), si legge chiaramente l’influenza specifica del clima sugli uomini e sugli animali. Molti secoli dopo, lo stesso Dante Alighieri, riconoscendo in Aristotele “il maestro di color che sanno nella fisica e metafisica”, ritenne che la scienza della natura abbia saputo cogliere l’importanza dell’ambiente, capace di vedere non solo di guardare, di ascoltare invece che sentire le voci della natura, di scoprirne le leggi invece di cercarle. Ci stupisce spesso una sua frase conclusiva: “e se il mondo laggiù ponesse mente al fondamento che natura pone, seguendo lui avria meglio la gente”.

Ma tralasciamo la storia ed entriamo nella nozione dell’ambiente che è e rimane fondamentale nell’universo della biologia, inteso come nozione deterministica causale che dimostra lo stretto rapporto esistente fra le patologie multifattoriali e l’aumento delle sostanze inquinanti, intese come elementi nocicettivi della salute degli esseri

viventi, in primis l’uomo. (Escludiamo, per ora, le problematiche legate alla infezione del coronavirus). Oggi nessuno può negare l’esistenza di noxe patogene presenti nell’habitat esterno che, unitamente a stili di vita sbagliati, riducono le aspettative di vita dell’uomo il cui codice genetico sarebbe, come dicono diversi studiosi, programmato fino ai 120 anni. L’ecologia, parola potremmo dire moderna e introdotta dagli anglosassoni, studia appunto i rapporti fra gli organismi viventi e l’ambiente in cui dimorano, creando il concetto di etica della responsabilità, specie nei confronti delle generazioni future. Ed appunto in questa concezione di etica, entra la chiesa cristiana cattolica, nel sostenere che il creato è comunque espressione della grande capacità generativa di Dio, quindi merita il massimo rispetto.

Tornando alla visione pratica dell’ambiente, e più specificamente del macroambiente, gli esperti distinguono giustamente gli inquinanti dagli effetti inquinanti. I primi rappresentano sostanze inserite dall’uomo nell’ambiente con fognature, pesticidi, scarichi di industrie chimiche, prodotti industriali, scarichi delle automobili e quant’altro; i secondi rappresentano il risultato di siccità, calori abnormi, buchi dell’ozono, tsunami, etc..

Per quanto si riferisce alle *acque*, i principali inquinanti appartengono alla famiglia degli organici che comprendono rifiuti e scarichi delle fogne, rifiuti industriali, pesticidi, residui del petrolio, detersivi ed altri; mentre rientrano nel gruppo degli inorganici diverse soluzioni saline, metalli pesanti, acidi, sostanze fertilizzanti, scarichi termici etc.. Alcune sostanze sono in sospensione, altre sono poste in soluzione. Intorpidiscono l’ac-

qua e creano ristagno nei fiumi, danneggiando bestiame, vegetazione e la ittiofauna; pertanto necessita la loro depurazione che risulta più difficile per le acque di rifiuto urbano che si realizza prima con la fase meccanica (sgrassatura e chiarificazione) e poi con quella chimico-biologica. Questa viene però ostacolata dai detersivi sintetici, per cui si consiglia l'uso di quelli biodegradabili. Per le acque marine, specie costiere e degli estuari, si aggiunge l'inquinamento dovuto al lavaggio delle navi petroliere, nocivo per la ittiofauna e la aviofauna.

Gli inquinanti dell'*aria* sono diversi e particolarmente nocivi perché agiscono da killer invisibili e, quindi, spesso sottovalutati. Sono certamente favoriti dalla scarsa ventilazione legata anche alla presenza di barriere montuose, da fenomeni di inversione termica, dalla prolungata assenza di precipitazioni pluviali o di condizioni meteorologiche avverse. Tanto dipende, quindi, dalla ventilazione legata a correnti verticali ed orizzontali connesse alla diversa temperatura degli strati dell'aria a diversa altezza. In alta montagna si ha grande rimescolamento delle correnti verticali. Con l'aumento della temperatura, invece, diminuisce il rimescolamento verticale, per cui gli strati di aria più bassi risultano più inquinati. Qui entrano in campo i progressi della tecnologia che si concretizzano nei prodotti delle centrali termoelettriche, del riscaldamento domestico, dei cementifici, delle acciaierie, della combustione del carbone, degli impianti di depurazione, dei gas di scarico degli autoveicoli, degli inceneritori e delle polveri cosmiche specie vulcaniche. Molto presente la anidride solforica (SO<sub>2</sub>) dannosa oltre che per il nostro apparato respiratorio, anche per materiali da costruzione come le malte. Da segnalare anche l'acido solfidrico (H<sub>2</sub>S), prodotto dagli impianti di produzione del lacarta e il già ricordato biossido di azoto (NO<sub>2</sub>), contenuto nei gas di scarico dei veicoli. Fra i

composti alogenati nell'atmosfera vanno ricordati l'acido fluoridrico (HF) e l'acido cloridrico (HCl), originati dagli stabilimenti di concimi, tossici anche a basse concentrazioni. Meno lesiva, invece, l'anidride carbonica (CO<sub>2</sub>). Si parla spesso delle pericolose polveri sottili, delle particelle di piombo, delle sospensioni di oli, di ossidi di zolfo, dell'ossido di carbonio e dei prodotti degli idrocarburi. La presenza di queste sostanze in concentrazione superiore ad un minimo ritenuto innocuo, è capace di diminuire il benessere dell'uomo, degli animali e delle piante; una situazione anomala della atmosfera che concentriamo nel termine smog. Tutte queste sostanze nocive stazionano prevalentemente al suolo, per cui i bimbi più piccoli portati dalle mamme a passeggio nelle carrozzine, assorbono maggiormente tali sostanze nocive. Purtroppo l'Italia rappresenta una o la più motorizzata nazione dell'Europa. Importante segnalare che l'inquinamento dell'aria risulta inversamente proporzionale alla entità del patrimonio arboreo della zona, in quanto le piante, con la fotosintesi clorofilliana, assorbono anidride carbonica e liberano ossigeno. In ogni caso è doveroso ricordare che il più lesivo e meno dominabile degli inquinanti, è rappresentato dalle sostanze radioattive. Tutti ricordiamo la contaminazione delle centrali di Cernobil.

Non si deve dimenticare, nel descrivere i rapporti dell'uomo con l'ambiente, l'inquinamento del *suolo*. I rifiuti e le immondizie generati dalle esigenze quotidiane della vita biologica, oltre che a deturpare l'ambiente urbanistico civile, concorrono ad inquinare l'ambiente in cui viviamo. E si ritorna a sottolineare l'impiego dei fertilizzanti in agricoltura, i lumachicidi, i pesticidi, le acque di scarico delle fognature e delle industrie ed anche l'inquinamento del suolo attraverso l'avvelenamento delle falde acquifere. Ovviamente tale violazione dell'ambiente, purtroppo sempre in au-



mento, cresce in rapporto all'aumento della popolazione, specie nelle zone dove il processo della urbanizzazione è più evidente. Quindi la concentrazione e l'aumento della popolazione, con l'aumento del progresso economico, determinano necessariamente il crescere dell'inquinamento.

Non va dimenticato, nella trattazione dello argomento, le alterazioni del microambiente, meno importanti dal punto di vista ecologico, ma da non trascurare per la salute personale. Negli ambienti chiusi o poco areati, l'aria viene inquinata dagli odori delle fognature dei bagni, dalla emissione dei gas espiratori degli inquilini, dall'odore dei cibi in cottura, dalle flatulenze (idrogeno, acido solfidrico sotto forma di zolfo, anidride carbonica, metano) ed anche dalle particelle vaporizzate di feci, in rapporto allo stato del microbiota intestinale. Se poi si aggiunge il fumo di tabacco le cose si complicano in quanto questo fumo, oltre a produrre nicotina,

espone l'individuo a una serie di altre sostanze nocive che infiltrano alveoli e bronchioli, danneggiando la loro funzionalità. Alcuni ricercatori suggeriscono la possibilità di reperire in esso, anche una sia pur minima presenza di polonio, ossia una pericolosissima sostanza tossica radioattiva che possiede un tempo di dimezzamento estremamente lungo.

Come possiamo difenderci? Una protezione adeguata dell'organismo nei confronti delle noxe patogeniche presenti nell'habitat esterno, risulta oggi estremamente difficile, anche perché le responsabilità maggiori non sono personali, ma ricadono nella dimensione internazionale. Ad esempio in Giappone, qualche anno fa, alcuni impianti chimici scaricarono in mare notevoli quantità di metilmercurio, con accumulo notevole del metallo nei pesci e loro grande moria; ci fu anche una grossa contaminazione del fiume Reno in Alsazia, per tonnellate di rifiuti salini scaricati dalle miniere di potassio; recentemente in Spagna una riunione di diversi capi di governo ha fallito lo scopo di salvaguardare l'integrità dell'ambiente, per non frenare l'attività delle principali industrie e proteggere l'economia dei paesi, sacrificando ad essa l'integrità l'interesse della salute generale e dell'equilibrio ambientale. Peraltro ciascuno di noi non deve esimersi dal fare il proprio dovere, osservando le piccole accortezze a salvaguardia dell'ambiente che ci circonda, come realizzare diligentemente la raccolta differenziata dei rifiuti domestici, rispettare la pulizia delle strade, non inquinare le acque con contenitori di plastica, ridurre al massimo l'uso di mezzi di trasporto privati a vantaggio di quelli pubblici (non a caso la notevole limitazione di circolazione delle automobili, per la infezione da coronavirus, ha ridotto sensibilmente lo smog), etc.. Sono piccole cose, ma è l'insieme di piccole cose che fanno le grandi cose. Piccole gocce d'acqua che, nel loro confluire, formano i fiumi ed i mari.

## Il consiglio del notaio

# La firma e la sua evoluzione nel tempo: prospettive e soluzioni moderne del Notaio digitale

a cura di Chiarastella Massari

Ognuno di noi – tra le sue particolarità – ha anche la sua firma che lo contraddistingue dagli altri.

La firma è una libera espressione del suo autore, da cui emergono quei caratteri distintivi ed inequivocabili che la fanno risalire al suo artefice.

L'apposizione di una firma al termine di uno scritto equivale ad una approvazione del suo contenuto, salvo il disconoscimento del suo autore.

Potrà essere capitato a qualcuno di voi di capire al primo sguardo che quella esibita non fosse la vostra firma e di prenderne subito le distanze.

Ecco che la firma è considerata un valore incommensurabile nei rapporti interpersonali, proprio perché dalla firma scaturiscono obblighi contrattuali, finanziari o personali.

Proprio per tal motivo non si dovrebbero mai firmare fogli in bianco o assegni o cambiali in bianco, per evitare possibili altrui abusi.

Quando si deve firmare un atto davanti al Notaio, questi chiederà sempre di apporre una firma leggibile, in quanto la Legge Notarile invita ad osservare una maggiore chiarezza nell'indicazione del nome del sottoscrittore.

Ma questa è una modalità di redazione documentale che appartiene al passato: la formazione di un atto notarile ormai non è più solo su base cartacea, perché adesso può avvenire anche in formato digitale. Cerchiamo di chiarire meglio.

La tecnologia attuale orienta sempre più verso forme di espressioni multimediali nei rapporti umani. Basti pensare a quanto sia diventato normale parlarsi tramite messaggi anche vocali o video.

Una informazione può viaggiare da un soggetto all'altro in vari modi: ci sono anche mail, pec, videochiamate anche collettive: quindi un contenuto può essere veicolato anche attraverso supporti digitali.

Veniamo adesso ad un atto notarile, ad esempio una procura. La redazione di questo atto può essere anche compiuta in formato digitale.

E come, vi chiederete?

Grazie ad un software notarile chiamato "Istrumentum", l'atto è elaborato su personal computer e poi, dopo la sua lettura da parte del Notaio, è firmato dall'interessato con la cosiddetta "firma grafo metrica". Questo tipo di firma è rilasciata dalla persona su un tablet, ossia uno schermo elettronico con un pennino, sul quale va scritto il proprio nome e cognome. La firma sul tablet viene acquisita digitalmente e collocata al termine del documento e quindi in calce al testo della procura. Il completamento dell'atto notarile avviene poi con la firma digitale del Notaio definita "firma digitale qualificata".

Più precisamente il Notaio firma con una carta elettronica chiamata "smart card" munita di un pin (simile ad una carta di credito), che va inserita in un lettore elettronico collegato al computer.

Questa carta incorpora in sé un certificato di firma che il Consiglio Nazionale del Notariato rilascia al Notaio con una validità temporale di tre anni.

Ricapitolando: il Notaio prepara la procura sul computer, la legge all'interessato che la firma sul tablet; quindi il Notaio sigilla il file con la sua firma digitale, inserendo smart card e pin.

La procura in formato digitale, con firma grafo metrica dell'interessato e firma qualificata del Notaio, ha uguale valore legale della procura tradizionale su base cartacea.

Siamo agli albori di una nuova era anche nel campo notarile: pian piano le procedure redazionali si snelleranno grazie alla tecnologia e alla capacità di ognuno di noi di evolversi verso soluzioni sempre più agili e sicure.



# Rimini: saluto di fine mandato della Sig.ra Carmen Marini Spanedda

---

a cura di Carmen Marini Spanedda

---

## Nota conclusiva del mio mandato alla FEDER.S.P.eV. di Rimini

La mia avventura alla FEDER.S.P.eV. di Rimini ha avuto inizio nove anni fa, il 16 febbraio del 2011, dietro insistenza del Prof. Renato Ponzoni; con Renato ci eravamo conosciuti agli eventi che organizzavo per l'A.M.M.I., eventi ai quali era solito partecipare. Mi chiese di impegnarmi in FEDER.S.P.eV. e io accettai tra mille dubbi, non ultimo il timore di non essere all'altezza dell'incarico. L'accoglienza e il sostegno del direttivo mi hanno aiutata a superare i timori iniziali e mi hanno spinto a fare del mio meglio avendo come primo obiettivo la cooptazione e la partecipazione attiva di nuovi aderenti. In questa ottica abbiamo organizzato incontri per gli aderenti alla nostra federazione aperti a una partecipazione più ampia.

Li voglio ricordare brevemente anche per trasmettere a tutti senso di appartenenza e soddisfazione per il contributo dato, fosse solo per aver partecipato.

Tra il 2014 e il 2015, abbiamo trattato temi importanti con relatori di prestigio, ai quali rivolgo ancora un pensiero grato per averci dedicato tempo prezioso e regalato nuovi stimoli culturali:

- “Il linguaggio del corpo nel contesto contemporaneo” relatore Prof. Pasquale D'Alessio.
- “La neuro estetica: l'Arte nel cervello” relatrice Dott.ssa Beatrice Viti.
- “L'antico e il moderno nelle pietre di Olimpia” relatore Dott. Giuseppe Tassani.
- “Quel romagnolaccio di Fabio Tombari” relatore Dott. Alessandro Piscaglia.
- “Le basi neurologiche dell'esperienza mistica” relatrice Dott.ssa Beatrice Viti.

Nell'ottobre del 2015 siamo riusciti ad organizzare l'Interregionale dell'Emilia Romagna con il patrocinio dell'O M C E O di Rimini: hanno partecipato, tra gli altri, il presidente nazionale Prof. Michele Poirio, il presidente regionale Prof. Silvio Ferri e il presidente Dell'Ordine dei Medici di Rimini Dott. Maurizio Grossi che mi ha aiutata nella conduzione della mattinata di lavoro.

La scomparsa del tesoriere, Dott. Ireneo Luchetti, e le dimissioni di altri componenti il nostro direttivo, vuoi per motivi di salute, vuoi per altri motivi, hanno reso il mio lavoro piuttosto oneroso e la sezione di Rimini è riuscita a sopravvivere grazie all'apporto del Dott. Alessandro Piscaglia, della sig. Laura Frisoni Lasi e della sig. Lina Ricci Pullè, care persone che ringrazio ancora fortemente perché hanno contribuito a tener attiva la sezione negli ultimi 5 anni, in attesa di nuovi soci disponibili ad assumere incarichi di responsabilità.

Nel frattempo sono arrivati tra noi il Dott. Maurizio Grossi, il Dott. Geo Agostini e il Dott. Massimo Montesi che purtroppo non sono stati disponibili a una partecipazione attiva perché ancora oberati da impegni di lavoro.

Un colpo di fortuna è arrivato attraverso la disponibilità del Dott. Mario Agostini, medico di base di Riccione e dopo di lui il Dott. Angelo Baudassi e il Dott. Alberto Marsciani, entrambi ben noti pediatri.

La loro adesione ha permesso di costituire un nuovo direttivo e ha dato a me la possibilità di far diventare effettive le mie dimissioni da presidente, da tempo presentate e mai attuate per mancanza di un sostituto.

A conclusione di questa mia nota desidero dirvi che per me è stata un'esperienza importante e motivo di crescita personale.

Auguro al nuovo Direttivo un cammino positivo.

a cura di  
Rory Previt

*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.*

### COVID 19

#### L'ottimismo della volontà

Il decreto è di ieri sera, ma ancora non ci sembra vero. L'ascensore, rosso costante, è difficile da prenotare: vogliamo uscire tutti e subito.

Finalmente in portineria! Due, tre, sei, otto, dieci persone si stanno allontanando, chi lentamente, chi velocemente, ma sempre cercando inconsapevolmente di distanziarsi, ormai programmate a tenersi lontane dai propri simili. Presto anche gli champs elysées torneranno a riempirsi di parigini e di turisti, si potrà ricominciare a fare sport all'aperto al Central Park a Manhattan, dove sarà già stato smontato l'ospedale da campo, le navi da crociera faranno di nuovo il giro del mondo senza diventare lazzaretti galleggianti.

Ma chi in Italia si ferma oltre il portone, chi va verso la propria automobile attraversando la strada, ha avuto modo di avvertire il vento sul viso e sulla nuca, ha provato l'ebbrezza di esserne avvolto, come non accadeva da settimane, perché l'aria presa al balcone non è la stessa cosa.

Non ti avvolge, non ti appartiene del tutto.

Anche se quel filo di aria fresca, preso tutti i giorni anche più volte, ti ha ricordato per molto tempo

che fuori c'è la città, c'è la gente, c'è il mare, la campagna, le colline, c'è la natura che sa essere matrigna, che non è solo fiori, sole, uccellini cinguettanti, ma sa essere cicloni, terremoti, o feroci malattie come il Covid 19. Ma forse ora vorrà farsi perdonare.

Adesso possiamo finalmente tornare ad una vita che sarà diversa da quella di prima. Abbiamo scoperto che la solidarietà esiste veramente.

Che esiste l'abnegazione, il sacrificio. Medici e infermieri hanno rivelato un volto straordinariamente umano. Il volontariato è venuto in soccorso dei più deboli sfidando il contagio, appagandosi del suo stesso agire.

A volte il confinamento ha rinvigorito e dilatato i conflitti. Famiglie disunite, coppie in crisi, separati in casa hanno sofferto più di tutti gli altri. Hanno sofferto le famiglie numerose costrette in piccoli appartamenti. Ma i nostri cari hanno dimostrato l'insostituibile valore dell'amore familiare. Messe da parte le piccole insignificanti controversie del quotidiano, quasi tutti abbiamo salvaguardato ciò che ci unisce, in famiglia come con gli amici e nelle relazioni sociali.

Perché nessuno si salva da solo. Lo ha ricordato Papa Francesco. Lo ha ricordato il Presidente Mattarella.

Il Papa si è rivolto al genere umano, il Presidente all'Europa.

E forse, finalmente, ce ne siamo resi conto e metteremo da parte l'individualismo cieco con cui abbiamo vissuto i primi vent'anni del terzo millennio, dimenticando le vere priorità dell'esistenza umana. Nascerà così una nuova coscienza collettiva.

### COVID 19

#### Il pessimismo della ragione

Distanziamento, confinamento, infezione virale, epidemia, diffusione, contagio, tamponi, casi positivi, tosse secca, febbre alta, polmonite, terapia intensiva, ventilatori, intubazione, mascherine, guanti, tute, focolai, zone rosse, piano emergenziale, nuovo virus, pandemia, virologi, infettivologi, chiusura delle scuole, dad (didattica a distanza), Croce Rossa, Protezione Civile, Organizzazione Mondiale della Sanità ... coronavirus... limitazione delle libertà personali e collettive, forze dell'ordine, esercito, ospedali da campo, navi ospedale, decreti del Presidente del Consiglio: questo il lessico in uso nel nostro paese, in parte anche negli altri paesi europei e nel mondo a partire dalla seconda metà di Febbraio 2020, dopo l'inizio dell'epidemia a Wuhan, città cinese di origine del Covid 19.

Fin dalla scoperta dei primi casi, in Lombardia nel lodigiano e in Veneto nel padovano, si è avvertita la carenza di posti letto in terapia intensiva, terapia indispensabile per i molti malati gravi, e sono state allestite strutture in tenda antistanti i principali ospedali delle zone più coinvolte dal contagio, allo scopo di impedire l'accesso al pronto soccorso dei possibili ammalati con effetto di diffusione del coronavirus, individuandoli per tempo con il triage e avviandoli per tempo alle terapie.

Delegazioni di medici e infermieri cinesi, russe, cubane, albanesi sono venute in aiuto al nostro paese, portando anche presidi di protezione e cura come mascherine, tute, respiratori.

Un virus di origine animale, il Covid 19, invisibile, imprevedibile nei comportamenti, altamente contagioso, trasmissibile da uomo ad uomo, capace di provocare una grave polmonite interstiziale, un virus nuovo, per cui nessuno ha gli anticorpi, di cui non si sa se lascia ai guariti un'immunità transitoria o permanente, un virus molto difficile da curare, un virus contro il quale al momento non esiste un vaccino, che è allo studio in molti paesi del mondo compreso il nostro.

Il virus, democratico nella capacità di dilagare senza guardare in faccia nessuno, senza risparmiare i più giovani, ha colpito in particolare gli anziani, specie se portatori di altre patologie e quindi più vulnerabili. È nata così la *querelle* sulla conta dei morti *per coronavirus* o *con*

coronavirus, alleggerendo la responsabilità del Covid 19 nei morti *con coronavirus*, negando l'indubbia responsabilità del virus che per alcuni, sarebbe stato solo una concausa, senza considerare il fatto che, senza quella cosiddetta concausa, gli anziani con polipatologie magari sarebbero vissuti per molti anni ancora.

La morte non è di serie a o di serie b. Nessuno dovrebbe lasciarsi affascinare dalla cultura dello scarto o della rottamazione.

La morte di un giovane è gravissima, ma l'anziano era forse indispensabile a figli e nipoti per la sua grande capacità di aiuto, spesso anche economico in questi tempi di vacche magre? E non aveva comunque lo stesso diritto alla vita?

E ci rattrista moltissimo il ricordare le file di camion militari carichi di bare che da Bergamo, secondo importante focolaio lombardo, si sono diretti verso i forni crematori di altre città, per impossibilità locale di far fronte a tante morti in un arco di tempo così breve.

Medici e infermieri hanno spinto oltre ogni limite le loro capacità di resistenza lavorando in turni lunghi anche quattordici ore, impaludati e costretti dentro tute scomodissime, indossando caschi e maschere strette fino a provocare gravi lesioni al viso. Molti sono morti ugualmente. Eroi caduti sul campo di battaglia.

Per aiutarci, dalla prima linea, a vincere la **guerra** al Covid 19.

Blog scritto il 30.3.2020



# L'arte del mal sottile

a cura di  
Antonio Di Gregorio

## DAVID HERBERT LAWRENCE

Caratteristica dei suoi romanzi è il racconto delle forti emozioni dei personaggi: amore, dolore, delusione, collera, sesso. In quegli stati d'animo certamente rivedeva se stesso e gran parte della sua vita fu trasferita nei suoi scritti, vagamente nascondendo la forte impronta autobiografica. David Herbert Lawrence nacque l'11 settembre 1885 a Eastwood, nel contesto industriale di Nottinghamshire, figlio di un minatore di carbone e di una ex maestra. Ambienti di povertà, distrutti dall'avanzare dell'industria che tritava uomini e cose. Le condizioni cui era ridotto suo padre e la devastazione della campagna inglese alimentarono la sua grande ostilità nei confronti della tecnologia industriale ed il suo primitivismo, la grande attrazione per luoghi non toccati dal progresso. La madre, specie dopo la morte dell'altro figlio, riversò sul futuro scrittore tutte le sue premure ed il suo amore. Lo spinse a studiare per non fargli fare la fine del padre e riuscì a fargli frequentare il Nottingham University College. Lawrence si abilitò all'insegnamento e per un breve periodo fece proprio l'insegnante, ma presto si dedicò alla letteratura. Il suo primo romanzo fu *Il pavone bianco*



(1911), ma il primo successo lo ebbe con *Figli e amanti* (1913), dove chiaramente racconta il legame fortissimo con la madre. Il protagonista riuscirà ad amare un'altra donna solo dopo la morte di sua madre. Nel 1912 fuggì in Europa con la moglie di un suo ex professore, l'aristocratica Frieda Von Richthofen. Fu una storia d'amore intensa e travagliata, fortemente caratterizzata da un'attrazione sessuale che fornì allo scrittore materiale per due romanzi di grande interesse: *L'arcobaleno* (1915) e *Donne innamorate* (1921), entrambi censurati per oscenità ed istigazione al vizio. Scrisse con maestria di poesia e pubblicò *Poesie d'amore* nel 1913 e *Uccelli, bestie e fiori* nel 1923. Nel 1919 iniziò la sua lotta contro la tubercolosi. Cercò di fuggire via, in paesi lontani, continuando a scrivere durante i suoi soggiorni climatici: *Mare e Sardegna* (1921) e *Il serpente piomato* (1926), scritto in Messico. Si stabilì prevalentemente in Italia e nei pressi di Firenze con-

cepì la sua opera più famosa. *L'amante di Lady Chatterley*, storia della relazione, fortemente sensuale, tra la moglie di un aristocratico paralizzato ed il suo guardiacaccia. Il romanzo fu iniziato a Scandicci nel 1926 e pubblicato l'anno dopo in edizione amatoriale fuori commercio dal suo amico Pino Orioli. Nel 1932 fu stampata un'edizione ben censurata ed in Inghilterra la versione originale fu pubblicata solo nel 1960. In quest'opera c'è ovviamente molto di autobiografico. Secondo alcuni il guardiacaccia in realtà fu il tenente dei bersaglieri Angelo Ravagli, che addirittura sposò Frieda in America venti anni dopo la morte di Lawrence. Secondo altri il personaggio di Mellors nella realtà fu il mulattiere siciliano Peppino D'Al-lura, che aveva avuto una relazione con la moglie dello scrittore durante il loro soggiorno a Taormina, durato due anni. Lawrence, che definì il suo romanzo indecente, ma non nel senso dispregiativo del termine, si rifugiò in Provenza e qui la tubercolosi completò la sua opera il 2 marzo 1930. Gli scritti di Lawrence sono stati avidamente letti da due generazioni ancora ingessate da un preconcetto e antico senso del pudore. In realtà il dramma esistenziale di questo grande scrittore ha prodotto pagine di prosa e poesia che paradossalmente si avvicinano più alla purezza sentimentale che alla concretezza sessuale.

# Storia della medicina

a cura di  
Antonio Di Gregorio

## IL PNEUMA TRA MEDICINA E FILOSOFIA

Oggi molti nostri colleghi si arrampicano sugli specchi della BPCO, ma i nostri antenati e maestri della medicina per millenni e in ogni parte del mondo conosciuto hanno avuto nelle mani, nella bocca e nella mente una parola, un argomento, un metodo, una forza, una risposta universale. Il “pneuma”, termine che per i greci significava respiro, aria, soffio vitale. La filosofia non poteva non interessarsi di un pilastro così solido della vita dell’uomo e presto il pneuma cominciò ad indicare l’*Arché*, il principio originario del tutto, quindi lo Spirito, l’energia che il Dio infonde nelle cose, ed infine l’Anima, sì proprio l’anima, l’entità che ha costruito possenti filosofie e religioni che hanno accompagnato tutta la storia dell’uomo e che ancora oggi, più attuale che mai, tormenta gli intelletti che ragionano. Per il mondo antico presocratico il pneuma era materia che originava anche lo spirito, un ponte tra fisicità e spiritualità, secondo un approccio ben ripreso poi da Cartesio, che nega una contrapposizione assoluta tra spirito e materia (*Res cogitans/res extensa*). Con Socrate e Platone e quindi Aristotele fu inevitabile allora affrontare il tema dell’anima e si cominciò a parlare di Psiche, intesa come mondo interiore dell’uomo e come forma e principio di vita che governa il mondo. Il



grande Epicuro nella Lettera ad Erodoto così definisce il pneuma: “un corpo sottile, assai simile ad un vento caldo, sparso per tutto l’organismo. Quella sostanza invisibile che anima gli organismi, li rende vivi ed è evidentemente assente nel cadavere e nel regno animale”. Gli storici poi riconobbero al pneuma la funzione di fornire energia che anima l’intero mondo. Intorno alla metà del primo secolo d. C. sorse una vera e propria Scuola pneumatica (il cui animatore fu Ateneo di Atalea) come prosecuzione della scuola dogmatica alessandrina che poneva il pneuma a base dell’economia vitale dell’organismo. Il concetto pneumatico era già presente nella civiltà egiziana, ripreso dalla scuola siciliana nel sesto e quindi secolo a. C. e poi dalla Scuola di Coa e di Alessandria. Era vitale il pneuma che si formava nel cuore mediante la “cozione” dell’aria esterna col calore innato. L’aria si diffondeva per le arterie vuote di sangue e piene di questo “aer”, onde il termine “arterie” (scuola alessandrina). Era

proprio il pneuma a regolare il giusto equilibrio delle quattro parti: flegma-sangue-bile gialla- bile nera. La religione esaltò il pneuma descrivendo nella Genesi Dio che insuffla nella narici dell’uomo/polvere l’alito della vita. Ebraismo e Cristianesimo hanno poi esaltato il derivato Spirito, con speculazioni filosofiche e teologiche sulle quali occorrerebbe scrivere un articolo a parte. Ci interessa molto più da vicino seguire l’evoluzione del pensiero sull’anima. Plotino, un vero gigante della filosofia, colui che riuscì a relativizzare l’infinito, parlava di Anima Mundi, un’anima universale alla quale facevano riferimento tutte le anime individuali, di tutti gli esseri viventi. Fiorirono così altre filosofie che vedevano nel pneuma degli individui una parte del pneuma cosmico. A tal proposito basta ricordare Spinoza e Giordano Bruno per rendersi conto dell’immensa importanza della materia in questione. In questo concetto del pneuma universale e dei tanti pneumati individuali affondano le loro radici filosofie, o se si vuole religioni, tuttora attuali come l’animismo, il vitalismo ed il panteismo. Concludiamo con una profondissima citazione di Soren Kierkegaard, che considerava l’anima come uno spazio di assoluta libertà dentro di noi: “Il pericolo più grande, quello di perdere se stesso, può nel mondo passare così inosservato, come se nulla fosse. Nessuna perdita può passare così inosservata; di ogni altra perdita, di un braccio, di una gamba, di cinque talleri, della moglie, ecc., uno se ne accorge certamente”.

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

a cura di  
Antonino Arcoraci

**D**ignità, un valore intrinseco dell'esistenza umana che ogni uomo, in quanto persona, è consapevole di rappresentare nei propri principi morali, nella necessità di liberamente mantenerli per se stesso e per gli altri (Wikipedia).

Dignità che Giuseppe Cesari, detto Cavalier d'Arpino, intende un dovere, un peso da portare.

Dignità che, come scrive Aristotele, non consiste nel possedere onori, ma nella coscienza di meritarsi.

Dignità, che nella filosofia morale di Kant è in ogni uomo in quanto essere razionale... degno di essere considerato sempre come fine mai come mezzo.

Dignità che per Paul Ricoeur è dovuta all'essere umano per il semplice fatto che egli è umano e che Hannah Arendt giuridica-

mente ritiene, un diritto ad avere diritti.

L'OMS considera la dignità, un diritto dell'uomo e della donna, nelle loro varie fasi della vita - anziani compresi - e in qualunque condizione di disabilità. Dignità che è di tutti... in ogni stato di salute, per qualsiasi sesso, razza, religione, grado d'istruzione, nazionalità, cultura, impiego, opinione politica o condizione sociale.

Dignità che, sempre secondo l'OMS, è un "diritto" al rispetto incondizionato, sul quale nessuna "ragion di Stato", nessun "interesse superiore", la "Razza", o la "Società", può imporsi.

Stefano Rodotà rafforza questo concetto con le parole: *Se la persona non può essere separata dalla sua dignità neppure il diritto può prescindere o abbandonarla.*

Viviamo un momento drammatico in cui l'esigenza di contrastare la malattia da Covid-19, po-

trebbe mantenere la necessità di limitare la libertà di circolazione degli anziani. Sono solo delle supposizioni diffuse dai mezzi di informazione ma, a firma di personalità anche eminenti. La restrizione verrebbe giustificata dal fatto che l'anziano è più facile al contagio.

Qualora queste limitazioni venissero applicate, l'anziano ne soffrirebbe. Si sentirebbe discriminato e offeso nella sua dignità di uomo. Ne patirebbe nel fisico e nel suo stato mentale. Perché, l'anziano chiuso, in isolamento, allontanato dai suoi interessi o dai suoi hobby, perde gli stimoli, non sperimenta lo stress positivo, non si cimenta in nuove sfide, non si relaziona con gli altri e si chiude in una sua bolla perimetrata dalle mura della sua abitazione e si debilita. Soffre e sente mortificata la sua libertà e la sua dignità di uomo. Perché l'uomo, qualunque sia la sua età, vuole vivere libero, la sua vita.

# Lettere al giornale

Squinzano 23 aprile 2020

**H**o letto con tanta attenzione e altrettanto interesse il lungo e ben articolato intervento su un giornale quotidiano di Loredana Capone, dal titolo “Restituiamo fiducia e libertà all’arte e alla cultura per guardare in faccia il futuro e guarire il mondo”. Non fa una piega. Non si può non darle ragione. Ma parla al futuro più che al presente. Usa, però, il presente, come recita il titolo e, dopo averlo letto, mi è venuto subito da dire: “parole, parole, parole, soltanto parole...”, pensando ad una famosa canzone di Mina degli anni Settanta. Perché la Capone non ha fatto sentire la sua autorevole voce agli inizi del mese di marzo scorso, quando il Governo Conte, con un decreto, nella smania (incomprensibile) di chiudere tutto, chiuse inavvedutamente le librerie, lasciando aperti i tabacchini. Le librerie sono luoghi in cui si fa e si vende cultura. I tabacchini, invece, luoghi in cui si vendono sigarette, che è ormai risaputo quanto nuocciano alla salute, si

vendono gratta e vinci e ci si trastulla con le macchinette mangia-soldi. Senza tenere conto che l’Italia, da molto tempo, occupa una delle ultime posizioni nella graduatoria dei Paesi che leggono e promuovono l’arte, la cultura. Non lo dico solo io; lo hanno detto e scritto tante altre persone più autorevoli di me: la chiusura delle librerie, a causa dell’emergenza sanitaria da Covid-19, è stato un errore madornale. La libreria non è un luogo di assembramento, come il cinema, il teatro, la discoteca o uno stadio di calcio. Sarebbe bastato disciplinare l’accesso – una o due persone per volta – e imporre l’uso della mascherina. Si sarebbe, così, mantenuta in vita un’attività senza mandare in cassa integrazione i vari dipendenti, aggiungendo al debito pubblico (ormai alle stelle) altro debito. I negozi e i supermercati, dove si vendono i generi alimentari con queste regole, sono rimasti aperti – ed era logico che lo fossero – ma anche le librerie sarebbero dovute restare aperte, in quanto luoghi dove si vende il pane dell’anima,

dello spirito, che serve a mantenere in forma la mente e, in un certo senso, anche il cuore. D’altro canto, c’è un vecchio e saggio detto che recita: “Non di solo pane vive l’uomo...” e, per concludere, i nostri Governanti, prima di prendere certe drastiche decisioni – quale è stata quella di chiudere le librerie – ricordino che Margherite Yourcenar, scrittrice e poetessa francese, paragonava le librerie a granai pubblici, “dove ammassare riserve contro l’inverno dello spirito”; e che il famoso intellettuale di casa nostra, Umberto Eco, scriveva: “Chi non legge, a 70 anni, avrà vissuto una sola vita, la propria, mentre chi legge avrà vissuto 5mila anni. C’era quando Caino uccise Abele, quando Renzo sposò Lucia, quando Leopardi ammirava l’Infinito, perché la lettura è un’immortalità all’indietro”. Ah, quanto vorrei che il Premier Conte e i suoi Consiglieri leggessero e commentassero queste espressioni dell’illustre semiologo italiano.

Cordiali saluti,

**Salvatore Sisinni**

# Lettere al Presidente



Egregio Presidente,  
sono la vedova di un medico di medicina generale e, come tale, percepisco la pensione di reversibilità erogata dall'Enpam.

Alla fine dell'anno cesserò la mia attività di insegnante ed andrò, finalmente in pensione.  
La pensione che percepisco dall'Enpam subirà una riduzione?  
La ringrazio per una risposta e Le invio cordiali saluti.

*Gentile Signora,*

*le pensioni di reversibilità erogate dall'Enpam, a differenza di quelle erogate dalla Previdenza Pubblica, non prevedono tagli nel caso in cui si percepiscano altri redditi.*

*La percentuale del 70% non subirà diminuzioni mentre, come ben sa, il cumulo avverrà sul piano fiscale per la determinazione dell'aliquota IRPEF.*

*Le invio cordiali saluti.*

Caro Presidente,

sono un medico specialista ambulatoriale pensionato da diversi anni.

La pensione mi viene erogata dall'Enpam.

In caso di mio decesso quale sarà la percentuale di pensione di reversibilità per mia moglie?

Tale pensione di reversibilità sarà ridotta perché mia moglie è anch'essa pensionata?

Ti sono grato per una risposta e ti saluto cordialmente.

*Caro Collega,*

*la reversibilità dell'Enpam è più vantaggiosa rispetto a quella dell'INPS.*

*Al coniuge spetta il 70%, mentre l'INPS eroga il 60%.*

*A differenza della previdenza pubblica, inoltre, l'Enpam non tiene conto di eventuali altri redditi del coniuge superstite e non decurta la pensione di reversibilità.*

*Un caro saluto*

Egregio Presidente,

sono la vedova di un medico di famiglia e percepisco dall'Enpam la pensione di reversibilità.

Sono, inoltre, una pensionata INPS avendo insegnato per tanti anni.

Anche se con molto anticipo sto preparando la documentazione necessaria per la dichiarazione dei redditi da presentare al CAF a cui sempre mi rivolgo.

Ancora una volta il problema è reperire la CU dell'Enpam per la pensione di reversibilità.

Il CAF non mi può essere d'aiuto perché non autorizzato a rilasciare tale documentazione, mentre non ha alcun problema con la CU dell'INPS.

Come posso fare per ottenere il documento dall'Enpam?

La ringrazio per una risposta e Le invio cordiali saluti.

*Gentile Signora,*

*l'Enpam, pur in un momento così delicato, ha provveduto ad inserire la CU nell'area riservata degli iscritti accessibile anche alle vedove dei medici.*

*La procedura per iscriversi a tale area è stata molto semplificata. Basta infatti collegarsi al sito dell'Enpam ([www.enpam.it](http://www.enpam.it)) e compilare il modulo on line. Subito dopo sarà inviata per mail la prima metà della password. La seconda metà verrà anch'essa inviata per mail.*

*Qualora non Le fosse possibile accedere all'area riservata, è sempre in funzione la richiesta telefonica della CU al numero 06-48294829 o la richiesta per mail a [duplicati.cu@enpam.it](mailto:duplicati.cu@enpam.it). In questo caso sarà necessario allegare un copia del documento personale di riconoscimento.*

*Spero di esserLe stato utile e La saluto cordialmente.*

# VITA delle SEZIONI

## MESSINA

La Sezione FEDER.S.P.eV. di Messina, nell'anno **2019**, ha assolto i suoi **doveri statutari** con la convocazione di due C.D. di Sezione e dell'Assemblea annuale. Ha partecipato a due C.D. regionali; è stata presente al C.D. nazionale a Roma, al Congresso Nazionale a Firenze e al Convegno regionale Sicilia a Ragusa.

Ha sviluppato la **parte scientifica** organizzando per il 19 novembre, in associazione all'AMMI e alla FIDAPA Messina, il Convegno metropolitano su: *Il diritto alla salute a 40 anni dalla istituzione del S.S.N.* Per la **parte culturale** ha presenziato alla discussione sul libro del socio Pasquale Russo: *7 racconti per 7 sere*; ha programmato la conferenza di Saverio Di Bella su *Mafia...tra leggenda e storia*, ha svolto, il 2 aprile, la relazione: *Verde e Salute all'Associazione Amici dello Jaci*; ha patrocinato il Convegno di Medicina veterinaria con titolo Alterità animale ed ha partecipato con la relazione del Presidente, su *Longevità: i suoi problemi, i suoi bisogni...anche affettivi*; ha mostrato e commentato il 27 novembre per lo Jaci alcune immagini su *il Presepe a Messina*.

Per la parte socio-ricreativa, ha organizzato una gita per il presepe vivente a Militello Rosmarino (ME); per vedere *le luminarie* a Salerno e conoscere Ercolano; per assistere alle tragedie *Elena e le Troiane di Euripide* a Siracusa e scoprire *Ferla*; per vedere, sulle orme di Montalbano, *la casa con terrazzo a Marina* e *il Castello di Donna Fugata*.

A ottobre, ha realizzato la **Giornata messinese del nonno** giunta alla XII edizione ed ha promosso il concorso con tema *I Nonni le nostre radici* che ha visto premiati Biagio Guarneri per la poesia e Ninny Mantineo Gambadauro e Maria Eugenia Salvo Cuzocrea, per la prosa.

Il 2 dicembre, per la **cena degli auguri** ha proiettato le immagini di accompagnamento della preghiera cantata da Andrea Bocelli e Céline Dion. Ogni **3° sabato del mese**, fuori i mesi estivi, la Sezione con l'aiuto degli esperti, ha accompagnato i soci nella scoperta della città nascosta.

Ha fatto **solidaristica** creando 2 momenti di aggregazione: uno per la consegna dei 3 premi di laurea di 1.500 euro nell'aula magna dell'Università in cui si sono esibiti il Coro dell'Università, il maestro e prof. Davide Carfi e la voce solista di Emanuela Martella accompagnata da Rosario Foti; l'altro organizzando in collaborazioni con la Motonautica, l'AMMI e la FIDAPA Messina una cena il cui ricavato è stato devoluto alla *Comunità di Padre Pati*. Ha erogato anche 500.00 euro a favore di un'orfana di medico, studentessa universitaria in medicina.

La Sezione, ha stampato 3 numeri del **Giornalino** che la FEDER.S.P.eV. ha pubblicato sul suo sito [www.federspev.it](http://www.federspev.it).

È stato un anno di lavoro mirato a rendere la Sezione viva e a contatto delle istituzioni e delle altre Associazioni. Un anno di grandi soddisfazioni all'insegna del detto di Mahatma Gandhi *qualsiasi cosa tu faccia potrebbe non fare alcuna differenza, ma è importante che tu la faccia*.

Antonino Arcoraci

## PADOVA

### 2019 ASSEMBLEA FEDER.S.P.eV..

Buongiorno a tutti voi e un cordiale benvenuto al nostro incontro assembleare.

Prima di dare inizio ai lavori, chiedo un minuto di raccoglimento in memoria dei colleghi deceduti che silenziosamente ci accompagnano nel nostro cammino. Alle loro vedove ed ai famigliari tutti, il nostro sentimento di cordoglio e di solidarietà.

Abbiamo oggi il piacere di avere con noi la dott. Marisa Fontanin, presidente regionale del Veneto e il dott. Stefano Biasioli, colonna portante della Federspev. Infine avremo la possibilità di ascoltare la dottoressa Stefania Maggi dell'Istituto di neuroscienze ed epidemiologia di Padova, che ci intratterrà sul tema: fattori determinanti l'invecchiamento di successo.

Ma ritorniamo alla nostra assemblea ordinaria che, come tale, rappresenta il clou di ogni associazione, perché costituisce un momento speciale di incontro e di confronto, in un clima di condivisione e di concordia. È vero, in questa nostra società l'associazionismo culturale che sia, sociale o di visibilità, sta perdendo terreno perché ci si tende ad isolare in un mondo spesso popolato dal nulla e dalla disattenzione.

Però, fortunatamente c'è ancora qualcosa che vale e, tra questo qualcosa desidero includere anche la FEDER.S.P.eV. che, in Italia, rappresenta la più grossa federazione di pensionati (circa 20.000 iscritti).

La sezione di Padova nello scorso anno, ha svolto le seguenti attività:

- 1) abbiamo partecipato agli incontri istituzionali con le sezioni contermini;
- 2) abbiamo partecipato al Congresso nazionale di Firenze;
- 3) per la festa dei pensionati, dei 50 anni di laurea, abbiamo inviato una lettera informativa sulla importanza della iscrizione alla FEDER.S.P.eV., definita come luogo naturale di accoglienza dei pensionati;
- 4) abbiamo organizzato un interessante convegno sulla longevità attiva, aperto a tutta la cittadinanza; gli atti del convegno stesso sono stati pubblicati dall'Ordine dei medici;
- 5) abbiamo realizzato, per la FEDER.S.P.eV., un secondo Convegno sulla Criminalità in Padova e nel Veneto, alla presenza delle autorità cittadine. Attualmente stiamo preparando un convegno sullo scottante problema, specialmente italiano, delle Culle Vuote.

**Giovanni Brigato**

# 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](mailto:info@lesequoie.it) - sito: [www.lesequoie.it](http://www.lesequoie.it)  
L'Hotel Le Sequoie dispone di moderne camere dotate di ogni comfort compresa connessione Internet ad alta velocità in modalità WI-FI. Inoltre l'hotel dispone di campi di calciotto e calcetto, di tennis al coperto ed all'aperto e vaste aree verdi usufruibili 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](http://www.unipegaso.it)

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

## AVIS

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

## ARTEMISIA BLU CARD (per i romani)

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

## 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](mailto:s.bosu@auxologico.it)  
Per i listini consultare il sito [www.federspev.it](http://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](http://www.assimedicis.it) - E-mail: [info@assimedicis.it](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto:mp.palombi@gmail.com)  
L'avvocato Palombi è disponibile a venire in sede previo appuntamento telefonico

## ORARI DI UFFICIO:

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

## POSTA ELETTRONICA:

[federspev@tiscali.it](mailto:federspev@tiscali.it) - [segreteria@federspev.it](mailto:segreteria@federspev.it)

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

# AZIONE SANITARIA

**Direttore Editoriale:** MICHELE POERIO

**Direttore Responsabile:** NICOLA SIMONETTI

**Vice Direttore e Coordinatore**

**Comitato di Redazione:** CARLO SIZIA

**Vice Direttore:** PAOLA CAPONE

**Comitato di Redazione:**

Tecla Caroselli, Amilcare Manna, Anna Murri,

Leonardo Petroni, Maria Concetta La Cava

**Sede:** Via Ezio, 24 - 00192 ROMA

Tel. 06.3221087 - 06.3203432 - 06.3208812 - Fax 06.3224383

E-mail: federspev@tiscali.it - segreteria@federspev.it

## FEDER.S.P.eV.

### COMITATO DIRETTIVO NAZIONALE

**Presidente:** Michele POERIO

**Vice Presidente Vicario:** Marco PERELLI ERCOLINI

**Vice Presidente:** Teresa STARDERO GARIGLIO

**Segretario:** Amilcare MANNA

**Tesoriere:** Luciana SUSINA ROZZI

Stefano BIASIOLI, Alfonso CELENZA, Armanda CORTELLEZZI FRAPOLLI,

Giuseppe COSTA, Silvio FERRI, Guido GINANNESCHI

Letizia MOLINO FILIPPAZZO, Giuseppe PEZZELLA, Carlo SIZIA

Nicola SIMONETTI, Italo SONNI, Emilio POZZI, Daniele BERNARDINI

### COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Sergio ABBATI, Francesca PERCACCIA VENA

Luisa FREGOSI BOGGI, Paola CAPONE D'AMBROSIO, Mario ALFANI

### COLLEGIO DEI PROBIVIRI

Antonino ARCORACI, Maria BELLOMO LONGO

Paolo FERRARIS, Sergio FATTORILLO

Grafica e stampa: Grafiche Delfi Italia s.r.l.

Spedizione e Distribuzione: Grafiche Delfi Italia s.r.l.

Autorizzazione Tribunale di Roma N. 7 del 10-1-1984

Visto si stampi maggio 2020

