

IL GIORNALE DELLA Previdenza dei Medici e degli Odontoiatri



PARODI
La cultura
dello stare
insieme

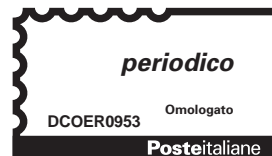
2

ENPAM
Che cosa
significa
cambiamento

3

ASSICURAZIONE
Testo della polizza
e modulo
di adesione

25



Poste Italiane SpA
Spedizione in Abb. Post.
D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/2/2004,
n. 46) art. 1, comma 1
CNS/AC-Roma

un futuro di certezze.

Per mantenere il tuo standard di vita dopo aver cessato l'attività lavorativa avrai necessità del 75/80% dell'attuale reddito professionale.

FondoSanità è la risposta alle tue esigenze di integrazione previdenziale.



www.advenir.it

Per aderire:

- Scaricare dal sito internet www.fondosanita.it la SCHEDA DI ADESIONE e il MODULO DI BONIFICO.
- Spedire la SCHEDA DI ADESIONE compilata unitamente alla copia del BONIFICO EFFETTUATO alla Segreteria di FondoSanità, P.zza della Repubblica, 68 - 00185 Roma.



PER INFORMAZIONI:

Tel. 06 48294333 Sig.ra DANIELA BRIENZA

Tel. 06 48294337 Sig.ra PAOLA CINTIO

Fax 06/48294284 - E-mail: segreteria@fondosanita.it

www.fondosanita.it



Fondi chiusi o fondi aperti?

FondoSanità (fondo "chiuso" riservato ai lavoratori del settore) si fa preferire ai numerosi fondi "aperti" disponibili sul mercato per evidenti e concreti vantaggi:

- possibilità di scelta e di eventuali cambiamenti dei gestori;
- influenza sulle scelte attraverso le elezioni dei Rappresentanti dell'Assemblea e del C.d.A.;
- influenza sulle scelte strategiche ed organizzative del fondo;
- commissioni di gestione (tra 0,10% e 0,15%) nettamente inferiori ai fondi aperti (in generale tra 0,60% e 2%) e quindi solo 1,5% in 10 anni e non il 6-20%, con sensibili differenze nei rendimenti accumulati e quindi nel capitale e nella rendita vitalizia;
- nessuna spesa per pubblicità e nessuna commissione da corrispondere a venditori o agenti.

Prestazioni pensionistiche

Il diritto alla prestazione pensionistica complementare si acquisisce con almeno cinque anni di partecipazione. L'associato potrà chiedere che gli venga liquidato subito, sotto forma di capitale, al massimo il 50% dell'importo maturato, mentre il rimanente verrà impiegato come premio unico per l'acquisto di una rendita vitalizia rivalutabile personale oppure reversibile (moglie, ecc.). In misura non eccedente il 10% della propria contribuzione annua, è possibile acquisire polizze vita assicurative complementari per la copertura dei rischi di invalidità e premorienza.

Il regime di capitalizzazione (il capitale versato più i rendimenti accumulati serviranno a garantire le prestazioni pensionistiche future) e di contribuzione definita (il livello contributivo è predefinito e la pensione è in funzione del rendimento netto del fondo) scelti da FondoSanità, lo rendono uno strumento previdenziale sicuro, trasparente, vantaggioso, necessario.

CAPITALE TOTALE

Euro 51.645,69
Euro 154.937,07
Euro 258.228,45

RENDITA ANNUALE LORDA

Euro 3.640
Euro 10.920
Euro 16.650,64

Esempio di rapporto tra capitale accumulato (versamenti + rendimenti) e rendita vitalizia calcolato utilizzando un coefficiente medio di conversione per l'età di 65 anni. (Legge 335/95)

Come pagare MENO TASSE

I benefici fiscali per chi aderisce a FondoSanità sono consistenti: i versamenti infatti sono oneri deducibili in capo all'iscritto per un importo annuale complessivamente non superiore a 5.164,57 euro.

Per i familiari a carico i versamenti sono deducibili dal reddito IRPEF del "capofamiglia", sempre nel limite complessivo di 5.164,57 euro; la deducibilità fiscale, peraltro, è indipendente dalla detrazione di imposta IRPEF del 19% per le Polizze Vita eventualmente stipulate dall'iscritto prima del 1° gennaio 2001. Inoltre la tassazione della rendita vitalizia del 15% è ridotta dello 0,30 per ogni anno eccedente il 15° anno di partecipazione fino ad arrivare al 9%.

Chi Siamo: FondoSanità, approvato dalla COVIP il 26 luglio 2007, è una associazione senza fini di lucro il cui unico obiettivo è quello di offrire un valido strumento di previdenza complementare agli esercenti le professioni sanitarie. Nasce dalla trasformazione del preesistente FondoDentisti che, costituito nel 1996, ha già assicurato la previdenza integrativa agli odontoiatri italiani dall'aprile 1999, risultando il primo fondo pensione chiuso destinato ai lavoratori autonomi. Possono già aderire a FondoSanità tutti i medici e gli odontoiatri iscritti all'ENPAM, gli infermieri iscritti all'ENPAPI, i farmacisti iscritti all'ENPAF e gli iscritti alla Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI (infermieri professionali, assistenti sanitari e vigilatrici d'infanzia), nonché i soggetti fiscalmente a carico degli aderenti.

La redazione, essendo questo l'ultimo numero del 2010, augura ai lettori Buon Natale e Felice Anno Nuovo

in questo numero

- 2 La cultura dello stare insieme
- 3 Enpam, cosa significa "cambiamento"
- 4 Adepp e social housing
- 5 I 100 anni della Fnomceo
- 6 Reversibilità, luci e ombre
- 7 Congedi di maternità
- 8 Previdenza, novità per i dipendenti pubblici
- 9 Federspev, un Fondo per i vedovi
- 10 Il congresso del Sumai
- 11 La Sifop a convegno
- 12-13 L'intervista/1: la "Cugini's syndrome"
- 14-15 L'intervista/2: traumi dentali
- 16-17 L'intervista/3: ultime sull'artrite
- 18 Psiconeuroimmunologia
- 19 Diarrea del viaggiatore
- 20-21 Cervello, una sfida alla perfezione
- 22 Medici manager e formazione
- 23-42 Polizza sanitaria Enpam
- 43 Accadde a... Dicembre
- 44-47 Congressi, convegni, corsi
- 48-51 Recensioni libri
- 52-53 Rifiuti tossici in mare
- 54-55 Medici illustri, Hans Selye
- 56-57 Viaggi, alla scoperta del vecchio West
- 58 Mostre ed esposizioni in Italia
- 59 Astor Piazzolla re del "nuevo tango"
- 60-61 Lettere al Presidente
- 62 Filatelia
- 63 L'avvocato
- 64 Sorridi a un nuovo stile di vita

Visita il nostro nuovo sito
www.enpam.it

Consulta la tua rivista ONLINE

Accedi alle NOTIZIE

La cultura dello stare insieme



di Eolo Parodi

Non vorrei che questi tempi troppo spesso assurdi che stiamo vivendo potessero minare quello che per me è sempre stato un motivo di vita, anche intellettuale: la cultura dello stare insieme. Abbiamo, rimboccandoci le maniche, inaugurato un nuovo periodo per il rilancio del nostro Ente di previdenza. Obiettivi: identità di strategie, traguardi, anche difficili, da raggiungere con unità di intenti, sempre a favore dell'avvenire previdenziale dei colleghi. C'è una cordata che si è messa in moto senza rumori assordanti per raggiungere i risultati che ci siamo prefissati per difendere l'Enpam da ogni possibile attacco. E' vero, alcuni colleghi e giornalisti dalla penna un po' avvelenata ogni tanto ci attaccano accusandoci di poca

trasparenza. Mi chiedo, ed è un'interrogazione priva di retorica, chi glielo fa fare o meglio, vivendo, come dicevo all'inizio, in tempi sospettosi, chi ci può essere dietro di loro, chi sono i suggeritori? A queste persone io potrei dare un consiglio affinché la loro opera denigratoria non venga archiviata come volgare pettegolezzo. Perché non si rivolgono ai giudici per ottenere soddisfazione per le loro "accuse"? I giudizi che verranno espressi, in quei casi, ci aiuterebbero ad andare avanti a vele spiegate, sicuri, come siamo, del nostro modo di lavorare.

Vorrei assicurare le migliaia e migliaia di nostri iscritti, giovani, meno giovani e anziani, che tutte le battaglie che sino ad oggi abbiamo condotto sono state fatte alla luce del sole. Mai ci siamo vergognati e mai ci vergogneremo per ciò che abbiamo fatto. I medici possono contare oggi su un Ente solido dove tutte le decisioni vengono prese con estrema chiarezza comunicativa.

Mi auguro che questo nuovo vento che soffia sull'Enpam, sempre più alimentato da voi, non debba subire rallentamenti.

Questo non vuol essere un articolo di fondo, ma una testimonianza di lealtà. La mia. •





di Alberto Oliveti (*)

La prossima dovrà essere una legislatura di cambiamento.

Con scelte che, nello scenario di progressivo invecchiamento della popolazione e di conseguente instabilità economico finanziaria che caratterizzerà il prossimo futuro, siano in linea con il cambiamento generazionale e professionale che stiamo vivendo, basti ricordare la progressiva crescita della presenza femminile, lo spostamento del baricentro dell'assistenza sul territorio, l'indispensabile sviluppo della infotelemedicina e le potenzialità delle nuove frontiere della medicina molecolare.

Il cambiamento nella Fondazione significa soprat-

Il massimo possibile di pensione per tutti purché sostenibile dal sistema

Il cambiamento

Per l'Enpam significa nuovo Statuto, nuovi regolamenti dei Fondi gestiti, nuove modalità di definizione delle aliquote contributive e nuove modalità di interazione tra i protagonisti e gli interessati del pianeta previdenziale sanitario

tutto nuovo Statuto, nuovi regolamenti dei Fondi gestiti, nuove modalità di definizione delle aliquote contributive, nuove modalità di interazione tra i protagonisti e gli interessati del pianeta previdenziale sanitario.

La parola d'ordine resterà la stessa: il massimo possibile di pensione per tutti, purché sostenibile dal sistema.

Nel nostro sistema basato prevalentemente sulla gestione finanziaria a ripartizione dei contributi obbligatori - sostanzialmente chi lavora mantiene chi ha lavorato - il patto intergenerazionale va assicurato con una visione politica di respiro ampio, e va supportato con flussi contributivi adeguati in linea con bilanci tecnici affidabili e credibili.

La massima attenzione va dedicata quindi alla prospettiva lavorativa dei giovani perché dovranno avere un effettivo interesse a partecipare al patto, a prescindere dal vincolo obbligatorio di legge.

Il lavoro e la previdenza sono strettamente collegati.

Nel rigore assoluto dei conti, finalizzati alla sostenibilità delle prestazioni, noi, che non possiamo contare sulla leva fiscale in caso di dissesto, dobbiamo essere vigili custodi di tale connessione.

La formazione per una maggior consapevolezza dei propri bisogni e per la tempestività delle scelte di integrazione, la comunicazione per una maggior partecipazione attiva, la corresponsabilizzazione delle rappresentanze professionali debbono diventare nuovi elementi fondanti di questo collegamento tra la realtà professionale e quella previdenziale, per una Cassa che interpreti al meglio il dettato dell'articolo 38 della Costituzione in tema di pensioni ed assistenza e che possa, con il

Grande attenzione va dedicata alla prospettiva lavorativa dei giovani

suo Patrimonio messo efficacemente a reddito, essere di sostegno allo sviluppo professionale, volano all'innovazione e rete di protezione alle fragilità post lavorative.

Perseguire giustamente l'eccellenza ospedaliera è un progetto costoso per la comunità che non va vanificato con una rete territoriale inadeguata ed asfittica.

La Fondazione Enpam può supportare anche questo cambiamento. Ma tale potenzialità va rispettata anche nel momento in cui si identificano nel territorio nuove funzioni assistenziali in presidi storici come le farmacie o si percorre la strada della separazione tra cure ed assistenza, quest'ultima affidata in esclusiva a operatori sanitari non medici.

Ad ognuno il suo, diceva Shakespeare, nuove linee di attività possono sottrarre volumi di contributi alla Fondazione ed indirizzarli ad altre gestioni.

Già in passato il passaggio in un Fondo speciale dal convenzionamento esterno ad *personam* all'accreditamento di società professionali ha sancito la crisi della gestione per mancanza di nuovi contribuenti individuali.

Modifiche legislative non coordinate nel campo del lavoro possono avere riflessi potenzialmente negativi sulla previdenza.

Aver chiaro questo concetto significa esser previdenti. •

(*) Vice Presidente vicario Enpam



di **Giampiero Malagnino (*)**

Il *social housing* fa seguito ad una legge del 2008 che vuole favorire la realizzazione di abitazioni a prezzo politico per quella fascia di popolazione che, pur non essendo indigente, non ha la possibilità di ottenere una casa rivolgendosi al mercato: quindi una via intermedia tra le case popolari e l'edilizia privata. La legge prevede che il singolo progetto e la maggior parte delle risorse debbano essere reperiti dagli enti locali; una volta approvato il progetto e il suo finanziamento a livello locale, può intervenire il finanziamento nazionale che non può essere superiore a quello locale. Ovviamente sono stati messi a punto tutti i meccanismi di garanzia previsti dalla legge. Gli stessi ministri presentarono il progetto ai presidenti delle Casse alla vigilia del Natale 2009 proponendo loro una partecipazione all'iniziativa. Nei primi sette mesi del 2010 tutte le Casse hanno approfondito il tema e alla fine di settembre hanno sottoposto ai rispettivi Consigli di Amministra-

L'Adepp incontra l'Economia il Welfare e le Infrastrutture

A metà settembre i ministri dell'Economia, Tremonti, del Welfare, Sacconi e delle Infrastrutture, Matteoli, hanno incontrato i presidenti delle Casse dei professionisti e l'Adepp per parlare di *social housing* e fare il punto dei rapporti tra i ministeri vigilanti e le Casse stesse

zione l'eventuale partecipazione. La maggior parte delle Casse hanno aderito mettendo a disposizione dell'iniziativa quello che ogni Cassa ha ritenuto opportuno (il CdA dell'Enpam ha deliberato all'unanimità 30 milioni). Questa somma potrà essere utilizzata dalla SGR (società di gestione del risparmio) che governerà i finanziamenti centrali nei prossimi cinque anni e potrà richiedere in un anno non più del 20% della somma messa a disposizione. La somma complessivamente a disposizione è di circa 2 miliardi e mezzo (Cassa Depositi e Prestiti ha messo a disposizione un miliardo, le Assicurazioni Generali 100 milioni, Unicredit e SanPaolo 500 milioni, il ministero delle Infrastrutture 100 ecc.) che, quindi, potrebbe mettere in moto cantieri nei prossimi 5 anni per più di 5 mld di euro, con un rendimento atteso intorno al 2%. Le Casse, su proposta di Parodi, hanno fatto inserire tra i possibili utilizzatori di queste abitazioni i giovani professionisti iscritti alle Casse: una parte delle abitazioni sarà venduta e una parte data in locazione. Ogni progetto in-

dividuerà con anticipo la finalizzazione.

Ci auguriamo il più ampio successo dell'iniziativa sia perché significherebbe una soluzione (anche se non definitiva!) del problema casa, sia perché sarebbe una buona dimostrazione di come, anche in questo settore, i professionisti italiani possono dare il loro contributo per il rilancio dell'economia italiana. Abbiamo, infatti, detto al governo che siamo disponibili a progetti simili, anche (e soprattutto!) a quelli con rendimenti più certi (infrastrutture, ecc).

Ovviamente, in questo incontro, i Presidenti delle Casse con un'unica voce, quella del presidente dell'Adepp (Andrea Camporese) non hanno mancato di segnalare, e di chiederne con forza le soluzioni, i vari problemi sollevati alle Casse dalla manovra di luglio e degli annosi problemi che ci affliggono. Una attenzione particolare è stata data al decreto che dovrà essere emanato a seguito del comma 15 dell'art. 8 della 122 che prevede una "autorizzazione" per le compravendite immobiliari delle Casse e sull'utilizzo delle risorse acquisite con le vendite e all'art.9

(intitolato "Contenimento della spesa in materia di impiego pubblico) che alcuni (Ragioneria generale dello Stato) vorrebbero applicare anche ai dipendenti delle Casse, spostando le competenze dal ministero del Welfare (ex-Lavoro) a quello della Funzione Pubblica!

Abbiamo, per l'ennesima volta, denunciato il ritardo con cui vengono esaminate dai ministeri vigilanti le delibere delle Casse di loro competenza e, soprattutto, abbiamo chiesto di chiarire finalmente la natura privata delle Casse di previdenza dei professionisti. Una complessa e difficile attività di rapporti con i dirigenti dei ministeri si è sviluppata dopo quell'incontro, attività che ogni settimana sembra portare dei risultati, ma che la settimana successiva vede tornare indietro! Il direttivo dell'Adepp è arrivato alla conclusione che le risposte debbono arrivare al più presto, oppure è inutile avere dialoghi! Vedremo nelle prossime settimane gli sviluppi, ma più il tempo passa più diminuisce l'ottimismo. Bisogna comunque dire che mai come ora i ministri ci prestano attenzione! •

(*) *Vice Presidente Enpam*

Ordini dei Medici, 100 anni di cambiamenti

A conclusione di un ciclo di incontri, manifestazioni ed eventi, presentato a Roma il volume “Centenario della istituzione degli Ordini dei Medici”, un libro di 400 pagine che, ricostruendo la storia, delinea il futuro della professione medica

di Orfeo Notaristefano

Eolo Parodi (fino al 1992, per oltre sedici anni, a capo dei medici italiani), Presidente Enpam, era in prima fila per partecipare all'evento organizzato a Roma, alla Residenza di Ripetta, il 27 ottobre scorso, dalla Fnomceo, per presentare il libro sul Centenario dell'istituzione degli Ordini dei Medici, poi diventati Ordini dei medici chirurghi e odontoiatri. Una storia lunga, appunto, cento anni. Insieme a lui i senatori Michele Saccomanno (PdL) e Daniele Bosone (Pd), i giornalisti Rai Livia Azzariti e Giuliano Giubilei, nonché giornalisti delle agenzie, dei quotidiani, delle radio. Un evento conclusivo delle celebrazioni per il Centenario degli Ordini dei Medici, che si sono svolte a Roma e in tante altre città d'Italia. Il volume è di 400 pagine, ricche di testimonianze e



di storia dei cento anni che se ne sono andati, sui quali riflettere per delineare il futuro della professione medica. Amedeo Bianco, Presidente della Fnomceo, è chiaro: “Questo è un bel libro, ma il più bel libro è quello che dev'essere ancora scritto, e lo scriveremo insieme”. Il Ministro della Salute Ferruccio Fazio è intervenuto spiegando che il disegno di legge

sulla riforma degli Ordini delle professioni sanitarie sarà esaminato prima dal Senato. Seguirà poi l'iter parlamentare che si conosce.

Cento anni sono tanti, tutti ripercorsi dal bel filmato di Alessandro Varchetta “Professione medico, 100 anni di storia degli Ordini dei Medici”. Amedeo Bianco: “Questo filmato va fatto vedere agli studenti di medicina, a coloro che si vogliono avvicinare alla professione medica. Parleremo con i Rettori delle Università perché questa cosa si faccia”.

Riflessioni sul passato per delineare il futuro. Così nelle parole di Giovanni Maria Flick, Presidente emerito della Corte Costituzionale: “La salute non ha prezzo, ma la Sanità ha un costo. La sfida di oggi è garantire il diritto alla salute a tutti, con un occhio al contenimento della spesa, pur fornendo prestazioni di qualità”. E ancora, Flick delinea temi e problemi: “Riconoscimento della dignità del cittadino; contributo del medico all'organizzazione sanitaria; codice deontologico del 2006 come punto di riferimento; rapporto tra medico e utente che resta intatto, anche con i progressi della medicina, le biotecnologie, la biologia molecolare, le nuove tecniche nei diversi settori”. Flick ha poi fatto sua la definizione dell'OMS: “Dalla cultura della salute come assenza di malattie alla salute come benessere. Il concetto di salute si evolve. Positivo il fatto che la legge sulle terapie del dolore sia passata in Parlamento all'unanimità”. Il percorso è delineato, si tratta di andare avanti. In un ancoraggio stretto con la Costituzione, agli articoli 32 e 3, che non lasciano dubbi sul diritto alla tutela della salute di tutti i cittadini. Un progetto ambizioso, da realizzare soprattutto nel Mezzogiorno, visto che anche Flick rileva che ci sono troppe differenze tra il Nord e il Sud del Paese. •

**La sfida di oggi è garantire
il diritto alla salute a tutti
contenendo la spesa**

Reversibilità, luci ed ombre

di **Claudio Testuzza**

La pensione ai superstiti è l'assegno che alla morte del dipendente, assicurato o già pensionato, spetta ai componenti del suo nucleo familiare.

Il trattamento di *pensione indiretta ordinaria* è quello spettante ai superstiti dell'iscritto deceduto in attività di servizio. Distinguiamo due condizioni.

La prima è quella riguardante un iscritto che muore in attività di servizio avendo maturato una contribuzione di almeno 15 anni. In tal caso ai superstiti spetta la pensione indiretta. Un'altra condizione è rappresentata dall'iscritto che sia cessato dal servizio senza aver conseguito il diritto a pensione, ma che abbia maturato almeno 15 anni di contribuzione, e che deceda nel triennio successivo. In questo caso spetta comunque il diritto alla pensione indiretta.

Il diritto al trattamento viene, inoltre, consentito, dopo l'entrata in vigore della riforma previdenziale del 1995, che ha esteso la disciplina del trattamento pensionistico ai superstiti in vigore nell'assicurazione generale obbligatoria (Inps) a tutte le forme di previdenza esclusive e sostitutive di tale assicurazione (Inpdap), anche qualora l'iscritto alla data del decesso, avvenuta in attività di servizio, sia in possesso di una anzianità contributiva di 5 anni di cui al-

meno tre nell'ultimo quinquennio.

La pensione di *reversibilità ordinaria*, si concretizza, invece, quando l'iscritto, al momento del decesso, sia già titolare di un trattamento di pensione diretta d'anzianità, di vecchiaia ovvero di invalidità. Ne usufruisce il coniuge, per il quale non è richiesta nessuna condizione oggettiva ai fini del conseguimento del diritto al trattamento di pensione indiretta. In particolare sono stati dichiarati incostituzionali tutti i precedenti limiti riguardanti la differenza d'età tra i coniugi e la durata del matrimonio. Il diritto è valido inoltre per il coniuge separato, anche con addebito della colpa, nel qual caso il conseguimento del diritto alla pensione è condizionato dal possesso dell'assegno alimentare, ai sensi dell'articolo 5 della legge n. 898 del 1970, e dal non aver contratto nuove nozze.

Nel caso di coniuge divorziato devono ricorrere le seguenti condizioni: sia titolare d'assegno di divorzio (alimentare); non sia passato a nuove nozze; il decesso dell'assicurato, ovvero del pensionato, sia avvenuto prima del 12 marzo 1987, data di entrata in vigore della legge n. 74/87; la data d'inizio del rapporto assicurativo del pensionato, ovvero dell'assicurato, sia anteriore alla data della sentenza che pronuncia lo scioglimento o la cessazione degli effetti civili del matri-

monio; non esista coniuge superstite. Il trattamento spetta per emissione di specifica sentenza del Tribunale competente e per quota al coniuge divorziato anche nell'ipotesi in cui il defunto abbia contratto nuovo matrimonio ed il coniuge sia ancora in vita. Hanno diritto i figli ed equiparati (legittimi, legittimati, adottivi, naturali, riconosciuti legalmente o giudizialmente dichiarati, nati da precedente matrimonio dell'altro coniuge) che alla data del decesso siano a cari-

co del genitore e a condizione di essere minori di 18 anni, ovvero studenti di scuola media superiore o professionale fino al 21° anno d'età o studenti universitari in corso legale di studi e comunque non oltre il 26° anno d'età.

Il trattamento è attribuito anche ai figli inabili a carico del lavoratore defunto. L'erogazione della pensione cessa con la morte del beneficiario, ovvero al venir meno delle condizioni soggettive richieste per il conseguimento del diritto. Il trattamento spettante prevede il 60% della pensione diretta per il coniuge e il 20% per ciascun figlio, se c'è anche il coniuge, per un

LIMITI DI CUMULO PENSIONE DI REVERSIBILITÀ - REDDITI

Ammontare dei redditi	Percentuali di riduzione
Reddito superiore a 3 volte il trattamento minimo annuo del Fondo pensioni Inps lavoratori dipendenti, calcolato in misura pari a 13 volte l'importo mensile in vigore al 1° gennaio (da 17.997,83 a 23.970,44 euro)	25% della pensione
Reddito superiore a 4 volte il trattamento minimo annuo del Fondo pensioni Inps lavoratori dipendenti, calcolato in misura pari a 13 volte l'importo mensile in vigore al 1° gennaio (da 23.970,45 a 29.963,05 euro)	40% della pensione
Reddito superiore a 5 volte il trattamento minimo annuo del Fondo pensioni Inps lavoratori dipendenti, calcolato in misura pari a 13 volte l'importo mensile in vigore al 1° gennaio (da 29.963,05 euro)	50% della pensione

massimo del 100% della pensione che sarebbe spettata al lavoratore. Se c'è un solo figlio superstite (minore, studente o inabile) spetta il 70%.

Una realtà, particolarmente restrittiva, è rappresentata dalla prevista condizione che l'importo della pensione ai superstiti venga correlata alla situazione

economica del titolare.

Infatti la riforma Dini del '95 ha introdotto dei limiti alla cumulabilità di tali trattamenti con eventuali redditi del coniuge superstite. La pensione viene ridotta del 25% se si ha un reddito superiore a tre volte il minimo Inps (per il 2010 da 17.997,83 euro a 23.970,44), del 40% se superiore a quat-

tro volte il trattamento minimo (da 23.970,45 euro a 29.963,05) e del 50% se superiore a cinque volte il trattamento minimo (da 29.963,06 euro).

La condizione di ridotta cumulabilità, ricordiamo non presente nei trattamenti pensionistici erogati dall'Enpam, rappresenta una grave discrimina-

zione specie per il mondo professionale (in particolare medico) dove spessissimo il coniuge è anche esso un lavoratore e percepisce un reddito. La riduzione interviene anche nel caso che questo reddito sia rappresentato da un trattamento pensionistico nascente, peraltro, da contribuzione obbligatoria. •

Congedi di maternità, Italia-Ue a confronto

Recentemente il Parlamento europeo ha approvato, anche se ancora in una prima fase procedurale, alcune disposizioni in materia di congedo parentale. Si estende da 14 a 20 settimane il congedo di maternità; le lavoratrici in congedo di maternità devono essere remunerate con la retribuzione al 100% dell'ultima retribuzione mensile o della retribuzione media. Gli Stati membri devono, anche, garantire al padre un congedo di paternità remunerato di almeno due settimane durante il periodo di congedo di maternità.

La Commissione per i diritti della donna ha, poi, adottato degli emendamenti volti a proibire il licenziamento delle donne all'inizio della gravidanza fino ad almeno il sesto mese dopo la fine del congedo di maternità. Le donne potranno tornare al loro impiego precedente alla gravidanza ovvero ad un posto equivalente, con la medesima retribu-

zione, categoria professionale e responsabilità di prima del congedo.

È vero che alcune norme approvate superano anche

quelle italiane che, però, appare corretto sottolineare sono fra le più all'avanguardia di tutta l'Europa.

Un confronto fra la norma-

tiva in vigore in Italia e le proposte europee ci consente di meglio valutare i meriti, in questo campo, della nostra legislazione che, tuttavia potrà avere ulteriori e significativi miglioramenti anche dalle sollecitazioni provenienti dal Parlamento europeo.

C. T.

NORMATIVA ITALIANA	PROPOSTA PARLAMENTO UE
ASTENSIONE OBBLIGATORIA PER MATERNITÀ	
5 mesi indennizzati all'80% dell'ultima retribuzione	20 settimane retribuite Congedo aumentato per parto plurimo
ASTENSIONE OBBLIGATORIA PER PATERNITÀ	
Prevista solo in caso di morte, malattia grave della madre, affidamento esclusivo al padre	2 settimane retribuite interamente durante il periodo previsto per il congedo di maternità
ASTENSIONE FACOLTATIVA DAL LAVORO	
10 mesi complessivi per i genitori di cui 6 mesi per ognuno fino agli 8 anni di età del bambino	
RIPOSI GIORNALIERI	
2 ore giornaliere raddoppio per parto plurimo indennizzati in parte	2 ore giornaliere ridotte in caso di partime più 30' per altro figlio di parto plurimo
DIVIETO DI LICENZIAMENTO	
Dall'inizio della gravidanza fino al compimento di un anno d'età del bambino	Dall'inizio della gravidanza fino al sesto mese successivo al termine dell'astensione obbligatoria
DIVIETO DI SVOLGERE LAVORO NOTTURNO E STRAORDINARIO	
Dall'accertamento dello stato di gravidanza fino ad un anno d'età del bambino	Nelle 10 settimane precedenti la data prevista per il parto e per tutto il periodo dell'allattamento
RIENTRO DAL LAVORO	
Conservazione del posto, mansioni uguali o equivalenti a quelle precedenti l'assenza	Diritto al posto di lavoro equivalente, inteso analogo o equivalente a quello precedente per mansioni e retribuzione

Interventi sottotraccia ma d'impatto negativo

Il decreto 78, convertito in legge n. 122/2010, oltre ad intervenire in maniera pesante sul sistema previdenziale dei pubblici dipendenti, contiene alcune disposizioni che ad una prima lettura possono sembrare parziali ma hanno invece un'importanza significativa sul futuro previdenziale.

Il comma 12-undecies del disposto legislativo ha previsto l'abrogazione delle disposizioni relative alla costituzione della posizione assicurativa presso l'Inps. Si tratta di un particolare istituto di ricongiunzione che consentiva, all'iscritto alle ex Casse del Tesoro, confluite nell'Inpdap, fra cui i dipendenti delle aziende sanitarie iscritti alla Cassa pensioni sanitari (CPS), cessati dal servizio senza aver conseguito il diritto a pensione, non avendo, ad esempio, maturato il minimo contributivo necessario, di costituire una posizione contributiva, senza alcun onere a carico dell'interessato, presso l'Inps estinguendo la precedente posizione assicurativa presso la propria Cassa, e determinando, ad ogni effetto, un rapporto presso il nuovo ente.

Ciò consentiva di procedere, successivamente, anche ad una contribuzione volontaria e poter percepire il trattamento con le regole dell'istituto previdenziale dei dipendenti privati. Infatti



presso l'ordinamento previdenziale dell'Inpdap deve esistere un rapporto assicurativo valido all'atto del pensionamento. Cioè deve essere presente lo status di assicurato attraverso la contribuzione. Venuta meno la possibilità di un trasferimento gratuito dei contributi all'Inps si potrà percorrere la strada della ricongiunzione onerosa. Infatti l'articolo in parola estende anche all'Inps, dal 1° luglio 2010, quanto previsto per le ricongiunzioni dalla legge n. 29/1979 e cioè la loro onerosità determinata con le regole del decreto legislativo n. 184/97. Tale onere, a carico del richiedente, viene determinato sulla base di quella che viene definita "ri-

serva matematica" delle ricongiunzioni. In pratica si applicano dei coefficienti di calcolo previsti, attualmente, da tabelle aggiornate dal Dm 31 agosto 2007, sulla base dell'incremento pensionistico che si realizzerà sommando fra loro gli anni di contributi prodotti nei diversi enti e se ne richiede il relativo pagamento.

Se non esiste più la possibilità della costituzione della posizione assicurativa presso l'Inps per i dipendenti dello Stato che siano cessati dal servizio senza diritto a pensione a decorrere dal 31 luglio 2010, data di entrata in vigore della legge n. 122, ovvero per gli iscritti alle Casse, già gestite dagli ex istituti previdenziali, che non

abbiano presentato domanda entro il 30 luglio 2010, tuttavia è stata ultimamente concertata dall'Inpdap una soluzione che consentirà, comunque, agli iscritti all'istituto di avere attribuito il diritto alla pensione di anzianità o di vecchiaia in presenza dei requisiti contributivi minimi prescritti, indipendentemente se l'interessato raggiunga il requisito anagrafico minimo previsto dalla legge in attività di servizio o abbia cessato il rapporto di lavoro. Infatti l'istituto ha sottolineato che il diritto ad una pensione deve essere garantito dalla sussistenza di una contribuzione previdenziale nell'ammontare minimo prescritto dalla legge, fermo restando che l'erogazione del trattamento avverrà solamente al compimento del prescritto requisito anagrafico, ancorché non raggiunto in costanza di attività lavorativa. Per il calcolo si procederà: per la Quota A (anzianità maturate sino al 31 dicembre 1995) prendendo in considerazione la retribuzione contributiva annua, alla data di cessazione dal servizio, dei soli emolumenti valutabili, opportunamente rivalutati utilizzando le tabelle Inps; per la Quota B (anzianità maturate dal 1° gennaio 1996) prendendo a base la media delle retribuzioni annue percepite nel periodo di riferimento fino alla data di decorrenza della pensione, rivalutate secondo il disposto del Dlgs. 503/1992 e comprensive degli elementi accessori. •

C. T.

Fondo di solidarietà per i vedovi

Rappresentano il 50 per cento degli iscritti alla Federspev e vivono spesso in stato di palese indigenza. Istituiti anche per gli orfani premi studio annuali in varie discipline scientifiche

di Eumenio Miscetti (*)

Nello scenario (pletorico) delle sigle sindacali la Federspev, che come molti di voi ormai sanno grazie anche all'accoglienza tra le pagine di questo periodico, oltre a riunire medici, farmacisti e veterinari pensionati per tutelarne i diritti, è tra le poche, o forse l'unica, federazione che si (pre) occupa delle vedove. E dei vedovi, aggiungerei, che saranno in futuro sempre più numerosi. Perché è in atto nel mondo della sanità una crescente e rapida "femminizzazione". Negli ultimi vent'anni il numero delle

donne che intraprendono la professione cara ad Ippocrate e affollano le corsie è triplicato. Le studentesse iscritte alla Facoltà di Medicina e Chirurgia sono il doppio, si laureano prima, riportando voti più alti, rispetto ai colleghi maschi.

Ma torniamo alle vedove (e ai vedovi): donne (e uomini), per lo più madri (e padri) il cui cammino esistenziale viene sconvolto dalla perdita del coniuge, consegnate dalla tragedia alla solitudine, all'incertezza e al pubblico disinteresse. Per giunta su molte di esse grava l'incubo povertà anche perché sotto il cielo italiano le

misure di sostegno per chi rimane sola sono tutt'altro che adeguate.

Ma che cosa ha fatto (e fa) per loro la Federspev?

Innanzitutto, abbiamo istituito un fondo di solidarietà per l'assistenza economica a favore delle vedove (sono tante, credetemi, rappresentano il 50% dei nostri iscritti) in stato di palese indigenza, nonché premi studio annuali in varie discipline scientifiche per gli orfani. Nel corso della mia lunga presidenza ho assegnato oltre 600.000 euro in contributi di solidarietà e premi studio. Inoltre, offriamo loro la consulenza gratuita di un esper-

to perché sia più facile districarsi nella babele previdenziale. Ed ancora, l'abolizione del comma 41 dell'articolo 1 della Legge Dini (335/95) è un nostro obiettivo prioritario. Rammentiamo: con tale (iniqua) norma la percentuale di reversibilità della pensione spettante al coniuge sopravvissuto, pari al 60% di quella in godimento dal titolare al momento del decesso, viene ulteriormente decurtata del 25, 40 o 50% in rapporto al reddito annuo lordo del superstite che non può superare i limiti stabiliti dalla Legge 335/1995. Certo, è un provvedimento tanto offensivo quanto crudele perché colpisce vedove e vedovi (tutti d'ogni categoria, non solo quelli sanitari), persone già spezzate dalla perdita degli affetti e delle certezze per il futuro. Credo sia oggi più che mai necessario, sotto il profilo umano e sociale, prestare maggiore attenzione alla vedovanza. Un'attenzione, vorrei sottolineare, e un impegno (solitario) che la Federspev persegue con quotidiana e ostinata tenacia da 50 anni, insiti nel dna della nostra associazione e confermati dalla nostra storia cominciata alla fine del 1959 proprio con il nome di AVES: Associazione Vedove E Sanitari. •

(*) *Presidente Federspev*

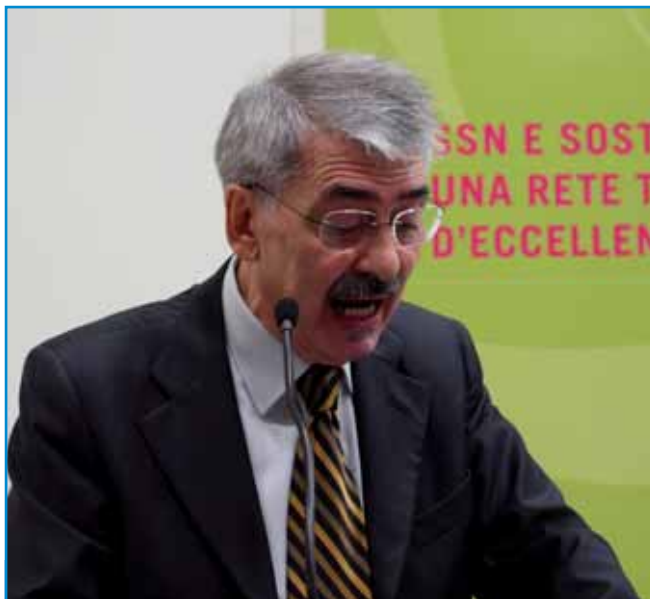
Info: FEDER.S.P.EV.
(Federazione nazionale sanitari pensionati e vedove)
tel. 06.3221087,
fax 06.3224383,
tel. ufficio stampa:
347.6843236
e-mail federspev@tiscalinet.it
www.federspev.it



Sumai, riorganizzare il territorio per un Ssn sostenibile

Durante il 43° Congresso nazionale, svoltosi a Lecce lo scorso mese di ottobre, sono stati discussi i tanti problemi legati alla realtà sanitaria del nostro Paese. Tra le varie proposte l'ottimizzazione delle risorse per ridurre sprechi e inefficienze

Una riorganizzazione efficace dell'offerta sanitaria sul territorio può essere il grimaldello per consentire al Ssn di uscire dalla crisi e affrontare con fondamenta più robuste le sfide che attendono il prossimo futuro. Si potrebbe sintetizzare così la rotta intrapresa dal Sumai-Assoprof durante il 43° Congresso nazionale, svoltosi a Lecce lo scorso mese di ottobre. Ad inaugurare i lavori è stato il segretario generale Roberto Lala, che nel suo discorso ha toccato i più attuali problemi legati alla realtà sanitaria del nostro Paese e si è detto preoccupato per gli effetti che questa "crisi internazionale di portata epocale" avrà sul futuro del Ssn. Proprio alla luce delle difficoltà economiche, a parere del segretario "occorre riorganizzare e ottimizzare l'impiego delle risorse, al fine di ridurre sprechi e inefficienze di un sistema che non può essere messo in discussione" e in questo senso segnala come "il blocco delle convenzioni fino al 2012 rende questo percorso più difficile, perché ostacola i cambiamenti necessari, cristallizzando la



Il segretario del Sumai-Assoprof Roberto Lala

situazione all'oggi e, paradossalmente, rischiando di produrre sprechi". "Bloccare l'Acn - ha spiegato Lala - è un controsenso rispetto alla volontà unanime di rafforzare il territorio e di ridurre le inefficienze".

Tra i punti toccati nella relazione, il segretario Sumai non ha tralasciato l'Enpam rimarcando come con l'ultimo rinnovo del "CdA sia raggiunto un risultato importante che dà continuità al lavoro svolto con professionalità e capacità dal CdA uscente e che mo-

stra, nella riconferma di Eolo Parodi alla guida della Fondazione, il riconoscimento per chi in questi anni ha saputo tenere il timone in modo proficuo, attento e lungimirante in una condizione di congiuntura economica delicatissima".

"Questo risultato - ha spiegato Lala - evidenzia il lavoro svolto con forte senso di unitarietà dai diversi attori del mondo medico: Fnomceo, Ordini provinciali e Sindacati di categoria".

Ospite del Consesso Sumai anche il ministro della Salute Ferruccio Fazio che ha affermato come lo sviluppo del territorio sia la strada da seguire. "Da due anni e mezzo, da quando cioè sono al Ministero, prima come sottosegretario e ora come ministro mi sono accorto di due cose e ho sviluppato due convinzioni. La prima è che abbiamo un Servizio sanitario nazionale straordinario. Un sistema che non ha eguali e che spalmato sulle regioni offre una gestibilità maggiore rispetto anche a quello inglese dal quale il nostro Ssn ha preso ispirazione; la seconda convinzione è che il sistema è buono ma è eccessivamente ospedalocentrico e per questo occorre lavorare maggiormente sul territorio".

Nel corso dell'assise leccese vi è stato pure un breve intervento, ma molto applaudito, del presidente della Fnomceo Amedeo Bianco che ha sostenuto come "nei congressi dei sindacati medici, ripetuti in questa stagione, ho colto la consapevolezza della necessità di un cambiamento profondo della sanità nel nostro Paese. Ma cambiare in un momento economico difficile, in cui le risorse sono definite in ragione delle ricchezze del Paese, è ancora più difficile. Questo rende strategico che si cambi sì, ma con modelli partecipativi: occorre reclutare i professionisti, vera ricchezza del Ssn, occorre coinvolgerli, senza sventolare né bastoni né carote". •

Sifop, l'aggregazione funzionale specialistica

Trovare soluzioni e modelli per riorganizzare la sanità e il lavoro dei professionisti che vi operano nel rispetto delle linee guida internazionali e del rigore scientifico. Con questo spirito si è tenuto a Lecce lo scorso mese di ottobre il 9° Congresso Nazionale SIFOP. Una due giorni che ha visto per la prima volta a confronto sui nuovi percorsi organizzativi per le cure primarie centinaia di professionisti in rappresentanza di 36 specialità mediche nonché di biologi e psicologi. Ad aprire i lavori del consesso, una tavola rotonda che ha affrontato il tema a 360° ed alla quale hanno preso parte il Presidente Sifop, Francesco Losurdo, il rappresentante dell'Ares Puglia, Ambrogio Aquilino, il segretario Nazionale Fnomceo, Gabriele Peperoni e ha visto anche la presenza di rappresentanti di Associazioni nazionali di pazienti tra cui l'Aimm Menière e la Fand. Durante la seconda giornata, invece, i partecipanti, riuniti in gruppi di lavoro e coordinati dai 18 direttori di settore presenti, hanno lavorato per de-



Il presidente della Sifop Francesco Losurdo

finire le linee guida operative sulle Aggregazioni funzionali specialistiche per alcune situazioni, come l'assistenza agli immi-

grati, o patologie di stretta attualità: la malattia diabetica, l'ipertensione, la prevenzione dei tumori, i disturbi neuropsichici, le

patologie della colonna vertebrale e le cure palliative. Le conclusioni dei lavori di gruppo sono state elaborate dai professori A. Maldonato e J.F. d'Ivernois, componenti del Comitato scientifico Sifop che hanno sottolineato l'indispensabilità di un'adeguata educazione terapeutica. "L'obiettivo di fornire un nostro contributo - ha spiegato il presidente Sifop - alla riorganizzazione del sistema sanitario territoriale ed alla programmazione da parte dei professionisti della salute di un nuovo approccio, non più basato sulla singola prestazione, posso dire che è stato pienamente raggiunto e usciamo dal Congresso di Lecce ancora più consci che l'aggregazione funzionale è uno strumento indispensabile per affrontare le sfide di salute del futuro e per essere più vicini ai problemi dei malati e dei loro familiari". •



La platea che ha seguito i lavori della Sifop



Pietro Cugini, già Professore di Medicina Interna e Responsabile del Centro Interuniversitario di Cronobiologia Clinica, della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università "Sapienza" di Roma. Accademico dell'Accademia Lancisiana, Visiting Professor alla Minnesota University (USA) e alla Kyushu University (Giappone) per progetti internazionali di ricerca. Già Membro della New York Academy of Sciences e della American Association for the Advancement of Sciences. Membro dell'Editorial Board di riviste italiane e straniere. È classificato tra i primi esperti al mondo in tema di Cronobiologia e di Monitoraggio Pressorio. Autore di oltre 600 lavori scientifici. Ha descritto la "Sindrome della cefalea-ipertensione notturna" (1992) e la "Sindrome di iniziale danno tensivo

morfo-funzionale degli organi bersaglio-preipertensione MAPA-diagnosticabile" (1997). A quest'ultima, Autori stranieri hanno conferito l'eponimo nosologico di "Cugini's syndrome". È Direttore Scientifico della Rivista "La Clinica Terapeutica"

"Cugini's syndrome", quadro clinico tutto italiano

di Carlo Ciocci

Abbiamo letto in letteratura di una sindrome clinica che ha l'eponimo nosologico di "Cugini's syndrome". Può spiegarci in che cosa consiste?

La denominazione "Sindrome di Cugini" (Cugini's syndrome) è stata data, nel 2007, da Autori stranieri a un quadro clinico associativo da me descritto, in una serie di studi dal 1997 al 2002, caratterizzato da "Segni iniziali di danno morfo-funzionale tensivo degli organi bersaglio associato a preipertensione diagnosticabile al Monitoraggio Ambulatorio della Pressione Arteriosa" (MAPA), riscontrato in soggetti ritenuti non-ipertesi alla sfigmomanometrica convenzionale (SC). Con la di-

zione "preipertensione MAPA-diagnosticabile" mi riferisco ad un regime pressorio caratterizzato da una elevazione del livello medio giornaliero della pressione arteriosa sistolica e/o diastolica, che è statisticamente significativo rispetto a quello dei "veri normotesi", in soggetti che non mostrano mai nelle 24 ore valori pressori soprannormali. Si dovrebbe, quindi, parlare di "preipertensione giornaliera". Quindi, non mi riferisco alla "preipertensione" del VII Report del Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of

High Blood Pressure - National Health Institutes, Bethesda, USA (JNC-VII), che nel 2003 la includeva in una classificazione degli stati ipertensivi, valevole solo per la SC.

Perché la "preipertensione MAPA-diagnosticabile" della sindrome da lei descritta è qualcosa di peculiare?

Per una serie di motivi. Primo: questo quadro sindromico è stato da me rivvenuto proprio in soggetti ritenuti non ipertesi alla SC ma che già presentavano segni incipienti di danno tensivo morfo-funzionale dei vari organi bersaglio,

tipo: 1. retinopatia di I grado; 2. ipertrofia del setto interventricolare; 3. ipertrofia settale cardiaca insorta nel cuore novello di cardiotrapiantati; 4. alterato flusso delle arterie uterine o 5. ritardo di crescita intrauterina fetale, in donne in gravidanza; 6. disfunzione endoteliale. Secondo: solo il MAPA permette di svelare con quale comportamento parafisiologico i soggetti da 'veri normotesi' divengono 'preipertesi', pur se non ancora ipertesi. Terzo: solo diagnosticando l'associazione "Segni incipienti di danno tensivo morfo-funzionale d'organo/preipertensione MAPA-diagnosticabile" si potrà capire che ci si trova di fronte ad uno stato clinico in atto il cui regime pressorio è causa di un precoce danno cardiovascolare, tale da materializzarsi, come punta di un iceberg, nella "Cugini's syndrome". Tutto ciò cambia radicalmente il significato clinico della 'preipertensione', ancora intesa come stato potenziale di rischio cardiovascolare, come già stabilito, nel 1939, da S.C. Robinson e M. Brucer, in ricerche di statistica attuariale, e ribadito, nel 2003, dal JNC-VII, per valori pressori sisto-diastolici tra 120-139/80-89 mmHg, con riferimento esclusivo alla SC.

Perché questa scarsa attenzione nel considerare la "preipertensione MAPA-diagnosticabile" uno

Vengano rivisti i limiti superiori di riferimento a cui far coincidere l'inizio della dannosità del regime pressorio

stato clinico di danno cardiovascolare?

Premetto che, già nel 2002, T.G. Pickering ammetteva la possibilità di divergenza diagnostica tra SC e MAPA, distinguendo quattro combinazioni: 1) normotesi per ambedue (vera normotesione); 2) ipertesi per ambedue (vera ipertensione); 3) ipertesi alla SC di fatto normotesi al MAPA (White coat hypertension); 4) ipertesi al MAPA di fatto normotesi alla SC (Masked hypertension). A queste, ora, si deve aggiungere: 5) non-veri normotesi alla SC, di fatto 'preipertesi' al MAPA (Masked prehypertension). Ciò detto, posso pensare che la Classificazione JNC-VII intendesse volutamente limitarsi a sistematizzare la diagnosi SC degli stati ipertensivi, secondo un retaggio di logica binaria che considera la diagnosi di normotesione e di ipertensione mutuamente esclusiva.

Quali sono i criteri pressurometrici per la diagnosi della 'preipertensione MAPA-diagnosticabile' e della 'Sindrome di Cugini'. Rispondo in relazione alla diagnosi tripartita tra normotesione, preipertensione, ipertensione, sulla base di quanto standardizzato nei miei studi di pressurometria, in mancanza di una classificazione MAPA degli stati ipertensivi.

Normotesione. Nessun valore pressorio sistolico e diastolico delle 24 ore superiore a 135/85 mmHg di giorno e a 125/75 mmHg



Paziente che indossa l'apparecchiatura MAPA

di notte. Livello medio pressorio sistolico e diastolico giornaliero di 112/72 mmHg (range: 105-120/65-80 mmHg).

Preipertensione. Nessun valore pressorio sistolico e diastolico delle 24 ore superiore a 135/85 mmHg di giorno e a 125/75 mmHg di notte. Livello medio pressorio sistolico e diastolico giornaliero di 125/83 mmHg (range: 121-139/81-89 mmHg).

Sindrome di Cugini. Preipertensione MAPA-diagnosticabile associata ad incipienti segni morfo-funzio-

nali di danno tensivo degli organi bersaglio.

Ipertensione. Almeno il 20% dei valori pressori sistolici e/o diastolici delle 24 ore, superiori a 135/85 mmHg di giorno e a 125/75 mmHg di notte. Livello medio pressorio sistolico e diastolico giornaliero $\geq 130/85$ mmHg, con l'avvertenza che tale livello medio può non risultare aumentato se i valori pressori in eccesso si accompagnano a valori pressori in difetto.

Ha riscontrato se vi è, attualmente, una tendenza

a considerare la "preipertensione" come stato tensivo dannoso per l'apparato cardiovascolare?

Pur rifacendosi alla "preipertensione" del JNC-VII, recenti studi hanno confermato che questo tipo di regime pressorio certamente si associa a disfunzione endoteliale, confermando mie antesignane ricerche. Lo studio TROPHY (Trial of Preventing Hypertension) ha messo l'accento sul fatto che la "preipertensione", come intesa dal JC-VII, necessita di provvedimenti terapeutici non solo non-farmacologici, ma anche con farmaci antitensivi. Questa a mio avviso è la più importante evidenza del fatto che stiamo parlando di un regime pressorio dannoso già in atto. Non è curioso che ci si accorga che la "preipertensione" necessita di una terapia farmacologica antitensiva ed ancora ci si ostini a considerarla una semplice condizione di rischio? Trovo, quindi, incomprensibile che non si proceda con una classificazione MAPA che includa la "preipertensione" come stato patologico a sé, per una diagnosi tripartita con la normotesione e l'ipertensione. Trovo altresì necessario che vengano rivisti i limiti superiori di riferimento a cui far coincidere l'inizio della dannosità del regime pressorio, perché questo è il messaggio biometrico suggerito dalla Sindrome di Cugini. •

Incomprensibile che non si proceda con una classificazione MAPA che includa la preipertensione come stato patologico a sé



Piero Alessandro Marcoli si è specializzato in Odontostomatologia nel 1984. È socio attivo dell'Accademia italiana di conservativa, della Società italiana di endodonzia, della Società italiana di odontoiatria conservatrice, della European society of endodontics e dell'Accademia italiana di endodonzia. Attuale presidente della Società italiana di traumatologia dentale, è stato nel 1989/90 titolare dell'insegnamento di Odontoiatria conservatrice e nel 1991/92 professore a contratto di Endodonzia presso il CLOPD dell'Università di Brescia. Nel 2006/2007, professore a contratto di Microendodonzia clinica e chirurgica all'Università degli Studi di Roma "La Sapienza". Dal 1998 ad oggi professore a contratto di Endodonzia CLSOPD presso l'Università di Parma

Trauma dentale

Sport, incidenti stradali e attività ludica tra le cause più frequenti: la necessità di un approccio diagnostico e terapeutico corretto per scongiurare danni estetici e funzionali a lungo termine.

Intervista a Piero Alessandro Marcoli,
presidente della Società italiana di traumatologia dentale

di Claudia Furlanetto

Dottor Marcoli cominciamo dalla diagnosi del trauma. Quali sono le difficoltà che si incontrano?

La diagnosi di un trauma è impegnativa come quella delle altre patologie dentali, ma con una complicità in più collegata all'urgenza dell'intervento. Il paziente richiede un piano di trattamento adeguato che deve prevedere oltre alla cura delle lesioni dei tessuti duri, quindi delle fratture della corona, e delle lesioni della polpa legate al trauma stesso, anche la risoluzione di problematiche di tipo parodontale, poiché spesso la frattura arriva al di sotto del margine gengivale. Senza contare che bisogna tenere conto dell'aspetto medico legale:

traumi conseguenti ad incidenti stradali oppure avvenuti in ambiente scolastico spesso esitano in una procedura per richiedere un risarcimento del danno.

Quali tipi di trauma vengono trattati?

Si può parlare di una scala di minore o maggiore complessità del danno che va dalle lesioni dei tessuti duri, frattura dello smalto, o dello smalto e della dentina, al coinvolgimento sia del tessuto duro coronale sia della polpa. In quest'ultimo caso si può intervenire con un trattamento parziale, cioè conservativo della polpa, limitandosi ad amputarne solamente una parte oppure, in caso di grave compromissione, si può procedere con la rimozione dell'intera polpa con successiva otturazione del ca-

nale radicolare. La maggior parte dei pazienti che subiscono questo tipo di trauma sono bambini. Per loro il quadro si complica perché la radice dentale non è ancora formata, la polpa è molto grande e le pareti canalari sottili. Nei casi di necrosi alla fine del trattamento endodontico resterà una radice estremamente sottile e di conseguenza un dente molto più fragile. Tutto questo è complicato da un eventuale interessamento parodontale: la frattura può essere sotto gengiva, oppure può essersi verificata la lussazione del dente o, infine, la frattura può interessare la radice. Nel primo caso il restauro dell'elemento deve prevedere un trattamento dei tessuti molli; nel secondo sarà necessario ridurre la lussazione e solidarizzare

temporaneamente il dente, che non occupa più la sua posizione abituale, con i denti contigui, per consentire al legamento di riprendere la sua normale funzione. Questa manovra viene denominata "splintaggio", e si effettua, con risultati positivi, anche quando è la radice ad essere fratturata.

Quali conseguenze implicano i traumi ai denti decidui?

I problemi derivano dagli esiti sugli elementi permanenti. Nel caso di una lussazione intrusiva dei denti decidui, infatti, l'impatto può esitare in una lesione della corona del dente permanente in formazione. La possibile eruzione di un dente permanente con ipoplasia dello smalto o con pigmentazione o, addirittura, con difetti di forma è spesso legata proprio al trauma subito dal deciduo in epoca precedente di cui, spesso, né il paziente né i genitori hanno memoria.

Durante il Congresso mondiale di Traumatologia dentale si è parlato dei nuovi approcci alla rigenerazione polpare. Quali sono le novità in proposito?

È un tema sicuramente interessante anche se siamo ancora in fase sperimentale. Come dicevo prima, il trattamento endodontico di un dente permanente non ancora a fine crescita, e quindi con un certo grado di immaturità radicolare, presenta dei limiti: con l'eliminazione della polpa, le pareti restano molto sottili con conseguente fragilità. In presenza di necrosi della polpa, infatti, mancano i presupposti

per produrre quella dentina secondaria che durante tutta la vita, soprattutto nelle fasi iniziali dell'evoluzione del dente, costruisce una parete sufficientemente spessa. Sono questi i casi in cui si sta sperimentando una terapia conservativa: si rimuove la parte coronale necrotica della polpa e si inizia a medicare il canale con una miscela di Ciprofloxacina, Metronidazolo e Minociclina. Questa miscela dovrebbe ridurre la carica batterica all'interno del canale e consentire la rivascularizzazione della polpa con conseguente ripresa della sua funzionalità. Alcuni centri in Italia, e soprattutto alcuni colleghi appartenenti alla Società italiana di traumatologia dentale, hanno cominciato ad utilizzare questo tipo di terapia ma, ripeto, i risultati sono ancora da valutare.

Che cosa pensa delle iniziative dell'Organizzazione mondiale della sanità dedicate alla salute dei denti?

Le campagne di sensibilizzazione hanno fatto molto per la profilassi della carie e, non a caso, si è verificato un decremento radicale nella popolazione, almeno quella dei Paesi sviluppati. Per quanto riguarda la prevenzione del trauma dentale il quadro è invece più complesso. Innanzitutto implica interventi sulle malocclusioni, che costituiscono un fattore di rischio per gli eventi traumatici: le malocclusioni di seconda classe in cui l'arcata superiore è in posizione avanzata rispetto a quella inferiore implicano un'insufficiente pro-

tezione degli incisivi da parte del labbro superiore e un conseguente e più elevato rischio in caso di trauma. Si richiederebbe quindi un trattamento ortodontico con un riallineamento e riposizionamento verso l'interno dell'arcata superiore. Inoltre prevenzione vuol dire interagire con le realtà sportive e sensibilizzare i praticanti di sport di squadra all'impiego del paradenti: non a caso nel football americano è obbligatorio. Nel calcio, purtroppo, gli atleti professionisti non lo utilizzano e di conseguenza i giovani, per cui l'emulazione è fondamentale in questi casi, non lo indossano. È necessario lavorare in questo senso.

Non si è mai instaurata una collaborazione tra la Società italiana di traumatologia dentale e i medici di medicina dello sport?

Una delle missioni della mia presidenza è proprio cominciare a sensibilizzare i medici sportivi delle squadre, soprattutto quelle di calcio, perché, come ben si può immaginare, la sua diffusione nel nostro paese implica che il più elevato numero di incidenti avviene proprio in questo settore. Ed ovviamente estendere questa attenzione anche alle squadre di basket o rugby. Ma non basta limitarsi allo sport: è necessario cominciare con campagne di sensibilizza-

zione in tutte quelle strutture dove più facilmente si verificano questo tipo di traumi, cioè le istituzioni scolastiche, e dove avviene il primo trattamento, cioè il pronto soccorso.

Perché il pronto soccorso?

Perché è qui che si presentano le patologie più importanti da risolvere e non sempre si bada ad un eventuale trauma dentale. I danni di una gestione immediata incorretta purtroppo si ripercuotono nel tempo. In caso di avulsione da trauma di un dente permanente per procedere al reimpianto è fondamentale sia il tempo di permanenza al di fuori del cavo orale sia il tipo di conservazione.

Non si tratta di procedure particolarmente complicate. L'elemento avulso deve essere immerso in un liquido apposito oppure semplicemente nella soluzione fisiologica o nel latte per non danneggiare ulteriormente le cellule del legamento parodontale. E poi, ovviamente, consegnarlo ad una struttura odontoiatrica che sappia gestire la situazione.

E per quanto riguarda l'impiego degli impianti?

Attualmente si preferisce tentare il recupero di un dente, anche gravemente compromesso, e non lasciarsi tentare dal più semplice ricorso all'avulsione e alla sostituzione con un impianto. Questo perché ci si

sta confrontando con i fallimenti della terapia implantare che coinvolgono la perdita di tessuto duro e molle, la cui ricostruzione è molto complessa.

Inoltre le tecniche e i materiali di impiego per il restauro del dente compromesso negli ultimi anni sono cambiati radicalmente. Prima si passava attraverso un trattamento endodontico ed il restauro della corona implicava il posizionamento di un perno metallico e di una corona protesica, con conseguente indebolimento del dente, possibile frattura verticale della radice, evenienza non recuperabile, e quindi fallimento della terapia. Oggi invece le procedure endodontiche riducono la rimozione del tessuto dentale per ottenere un risultato corretto. Il restauro è affidato a perni di fibra di carbonio o vetro con il medesimo modulo elastico della dentina; per di più il restauro coronale ricorre sempre meno alla corona completa. Infatti una carie importante che determina la necessità di un trattamento endodontico causa la perdita di molto tessuto della corona. Rimpicciolire la corona stessa a 360 gradi per costruire un manufatto protesico non fa altro che ridurre ulteriormente il tessuto e diminuire la resistenza dell'elemento dentario. I restauri parziali, onlay o overlay in ceramica o in composito, riescono invece ad allungare la vita del dente proprio perché mantengono buona parte del tessuto coronale residuo. •

L'ipoplasia dello smalto, la pigmentazione, i difetti di forma di un dente permanente sono spesso legati al trauma subito dal deciduo



Intervista con il prof. Gianfranco Ferraccioli, Direttore della Cattedra e Divisione di Reumatologia, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. Dopo la laurea si specializza in Medicina Interna, in Reumatologia e in Idrologia Medica e Medicina Termale. Ordinario di Reumatologia presso l'Università di Udine dal 1999, ha diretto la Scuola di Specialità in Medicina Interna ed in Reumatologia e la Cattedra e Clinica di Reumatologia dell'Università di Udine fino al 2003. E' attualmente membro di diverse Società scientifiche nazionali e internazionali e del Comitato Europa-USA per la definizione dei criteri classificativo-diagnostici dell'Artrite Reumatoide. Past President del GISEA (Gruppo Italiano Studio Early Arthritis), è attualmente Presidente della sezione Lazio della SIR

Artrite, il nostro paese a macchia di leopardo

di **Andrea Sermonti**

In quasi tutte le Regioni d'Italia sono attivi i centri per la diagnosi precoce delle artriti, il cui elenco si trova sul sito del GISEA (Gruppo Italiano di Studio sulla *Early Arthritis*); ma gli standard di cura e le modalità di accesso a questi centri sono molto diffusi sul territorio nazionale, come dimostra uno studio inedito per l'Italia che ha consentito di confrontare il modo in cui Regioni diverse assistono il paziente con artrite e con quali risultati, fotografando così gli *unmet needs* nel campo della diagnosi precoce e del trattamento delle artriti. Avviato nel 2007, lo studio non ha preso in considerazione gli 'Ambulatori per le Diagnosi Precoci' del Sud Italia, all'epoca

ancora in fase di organizzazione.

In cosa è consistito questo progetto conoscitivo sulla realtà del trattamento delle malattie reumatiche in Italia?

Nel 2007 abbiamo visto approvato dal Ministero della Salute un'indagine che si proponeva di verificare lo stato dell'organizzazione sanitaria e quindi i risultati che si potevano ottenere con l'attuale organizzazione in tre Regioni campione: Lombardia (Pavia, Policlinico San Matteo), Marche (Ancona) e Lazio (Roma, Policlinico A. Gemelli). Obiettivo dell'indagine valutare l'accesso dei pazienti che soffrono di artrite nella realtà di una piccola città, in una di medie dimensioni e in una grande metropoli e le possibilità di queste tre diverse realtà di

portare i pazienti ad una remissione clinica, il più possibile completa, e al mantenimento quindi della capacità lavorativa.

Quanti pazienti sono stati presi in considerazione?

Presso questi tre centri sono stati reclutati nel corso di due anni, 1.745 pazienti che soffrivano di una qualche forma di artrite. E' stato avviato un iter diagnostico per vedere quante di queste forme di artrite iniziale sfociassero poi nella forma cronica di artrite reumatoide.

Quali sono stati i risultati dello studio?

Gli standard di accesso dei pazienti ai centri si sono rivelati estremamente diversi: nel centro lombardo il 60% provenivano dal medico di medicina generale, nel centro di Ancona que-

sto avveniva in una percentuale intorno al 50%, mentre a Roma questa percentuale scendeva al di sotto del 40%. Inversamente proporzionale era la quota dei pazienti che si rivolgeva direttamente al centro, con chiamate spontanee (60% a Roma, 50% ad Ancona, 40% Lombardia). Anche la durata media dei sintomi prima della visita dallo specialista reumatologo variava molto da un centro all'altro: la durata della malattia prima della visita specialistica era sostanzialmente sovrapponibile tra Roma e Pavia, con una latenza di 5,5 mesi circa dall'inizio dei sintomi alla visita specialistica, mentre era di circa 8 mesi nel centro di Ancona. Mentre nel centro di Ancona, soltanto l'1% dei pazienti presentava una durata dei sintomi inferiore a tre mesi, questa percentuale saliva al 32% nel centro di Roma e al 50% nel centro di Pavia.

Quali caratteristiche cliniche presentavano i pazienti con 'artrite' valutati presso questi tre centri?

Una volta posta la diagnosi di artrite reumatoide, abbiamo riscontrato caratteristiche abbastanza dissimili nelle popolazioni dei tre centri. Ad esempio la sieropositività degli autoanticorpi era presente nel 35% dei pazienti del centro di Ancona e nel 68% di quelli di Roma.

E sul versante del trattamento sono emerse differenze?

Lasciando liberi i tre centri di muoversi anche dal punto di vista terapeutico, secondo i loro standard di cura, alla fine si sono osservate delle differenze, anche abbastanza importanti, che necessitano di riflessioni molto approfondite. Ad esempio, la percentuale di pazienti andata in remissione funzionale (indice di disabilità HAQ) (pazienti che potevano svolgere qualsiasi tipo di attività lavorativa) è risultata variare dal 42% al 78% nel centro di Roma. Ben il 30% dei pazienti risultava già erosivo al momento del primo accesso. La terapia dunque può avere un approccio differenziato, ma anche i risultati possono essere molto diversi. Quando abbiamo effettuato un'analisi multivariata dei vari parametri che potevano condiziona-

re la mancata remissione – o, viceversa, la remissione della malattia – è emersa una significatività statistica per due variabili: la diagnosi della malattia entro tre mesi dall'esordio e la possibilità di intervenire farmacologicamente entro i primi tre mesi.

Quali sono dunque i *take home message* di questo lavoro?

Il messaggio finale che scaturisce da questa indagine è sostanzialmente questo: avere la possibilità di vedere il paziente entro tre mesi dall'esordio dei sintomi, e avere la possibilità quindi di intervenire con i farmaci entro tre mesi dall'esordio dei sintomi, rappresentano i parametri più importanti per ottenere una vera remissione funzionale a distanza di 12 mesi. E questo è un risul-

tato che impone riflessioni serie sulle organizzazioni sanitarie, sulle modalità dell'intervento diagnostico e di quello terapeutico, sulle ricadute più importanti per il paziente, la possibilità cioè di mantenere l'attività lavorativa ed una qualità di vita adeguate.

Lo studio è già stato presentato? E quali ricadute pratiche avrà?

Questo lavoro sarà presentato a Rimini, alla fine di novembre, al prossimo congresso nazionale della Società Italiana di Reumatologia (SIR) e il report verrà quindi inviato al Ministero della Salute. Abbiamo intenzione di avviare una campagna informativa presso i medici di medicina generale, in modo che sappiano che esiste effettivamente un tempo ottimale entro il quale si può

agire con una grande possibilità di portare il paziente alla remissione completa. E naturalmente faremo informazione tra la gente, distribuendo presso tutti i possibili 'punti-salute' (farmacie, parafarmacie, ecc.) opuscoli che illustrino come, quando si abbia una qualche articolazione tumefatta e dolente per un periodo superiore a 6 settimane, bisogna rivolgersi ad uno specialista per affrontare un corretto iter diagnostico ed eventualmente terapeutico. Un altro dato importantissimo emerso da questo studio è che tra i pazienti che arrivano alla diagnosi precoce, solo il 15% ha avuto bisogno di effettuare una terapia con i costosissimi farmaci biologici; al contrario, tra quelli che hanno avuto una diagnosi più tardiva, oltre i 3 mesi dall'esordio dei sintomi, ben il 30% ha avuto bisogno di ricorrere ai farmaci biologici per andare in remissione.

Il tempo gioca un ruolo non solo nella possibilità di guarigione ma anche nel costo della patologia

Certo: diagnosi precoce significa non solo avere più *chance* di portare il paziente in remissione, ma anche avere l'opportunità di risparmiare molto in spese farmacologiche. E' possibile cioè portare la stragrande maggioranza dei pazienti alla remissione clinica, senza bisogno di intervenire con farmaci costosissimi, purché si intervenga tempestivamente. •

CONSULTO 'EUROPEO' PER MIGLIORARE LE CURE

Rappresentanti di Università, Società Scientifiche, Organizzazioni di pazienti e dei Governi degli Stati UE hanno approvato alla fine del mese di ottobre una serie di raccomandazioni volte a migliorare prevenzione e trattamento delle malattie reumatiche e muscolo-scheletriche tra i cittadini europei. La *EU Presidency Conference on Rheumatic and Musculoskeletal Diseases*, organizzata in collaborazione con l'EULAR (*European League Against Rheumatism*) ha individuato sei aree di intervento: fare di queste malattie una priorità nell'agenda di politica sanitaria; il diritto del paziente a ricevere cure di qualità e ad una piena inclusione nella vita sociale ed economica; prevenzione e trattamento precoci; trattamento e standard di cura *evidence based*; coinvolgimento dei pazienti nel progetto, nell'implementazione e nella valutazione dei servizi sanitari; aumento dei fondi per la ricerca. Le raccomandazioni della conferenza sono culminate in una serie di *call to action* per la definizione di piani d'azione nazionali e in una Strategia Europea sulle Malattie Muscolo-Scheletriche. L'Italia, con questa ricognizione sulla diagnosi e trattamento dell'artrite in tre Regioni campione, si inserisce appieno in questa presa di coscienza europea circa la necessità di rendere più omogenee e condivise su tutto il territorio nazionale (ed Europeo) le strategie per la diagnosi precoce e per il trattamento delle malattie reumatiche.

Psiconeuroimmunologia, connessioni mente-corpo

Un immaginario scientifico che riapre molte conoscenze elaborandole in una chiave fisiologica più complessa, dimostrando l'esistenza di una rete di connessioni neurochimiche che permettono il dialogo e l'informazione tra apparati del nostro corpo

di **Maurizio Zomparelli (*)**

La psiconeuroimmunologia (pnei) vuole dimostrare la diretta connessione tra la mente ed il sistema immunitario; come risulta dalle ricerche effettuate, un soggetto sottoposto ad uno stress prolungato si espone a malattie infettive e persino all'insorgenza del cancro o di malattie acute cardiovascolari. Soggetti rilassati, non stressati, hanno la capacità di attivare ed utilizzare allo stesso modo le cellule immunitarie per riparare o prevenire eventuali aggressioni da fattori esogeni al nostro organismo, aumentando la capacità a riconoscere gli aggressori.

Un'altra via che dimostra la connessione tra la mente ed il corpo è il sistema limbico che con la produzione dei neuropeptidi provvede in un attimo a trasformare le emozioni in reazioni somatiche. C'è poi la connessione con il sistema ipotalamico rappresentato dall'amigdala, che si forma precocemente nel feto e quindi diviene esposta a traumi già prima della na-



scita, quando la stessa riceve messaggi negativi e stressanti dalla madre che si ripercuotono negativamente sulla tolleranza allo stress del nascituro ed alla esposizione a malattie anche metaboliche. Infatti l'umore sembrerebbe essere la causa accessoria se non la principale dei processi infiammatori del sistema vascolare, tanto da determinarne i danni che attivano la formazione dell'ateroma, e quindi della stessa aterosclerosi. Da quanto si è detto, si può immaginare, quindi, quanto siano importanti le connessioni mente e corpo e quanta rilevanza abbiano

sia in senso positivo che in negativo, quando il dialogo attraverso le sostanze neurochimiche ed i mediatori molecolari utilizzati e mediati dall'umore vanno ad influenzare il sistema immunitario. un esempio può essere rappresentato dallo studio della molecola che porta la sigla ngf o fattore di crescita del sistema nervoso, scoperta da Rita Levi Montalcini, ebbene una sua eccessiva produzione determina una alterazione del sistema immunitario ed una reazione infiammatoria con degranolazione dei mastociti, con la conseguente comparsa di placche eitematose e squamate del-

la pelle, come avviene nella psoriasi, che guarda il caso, peggiora durante i periodi di stress emotivo.

La reazione tra l'ambiente, le emozioni che elaboriamo nell'impattare lo stesso, le capacità reattive e l'umore che ne deriva, rappresentano il veicolo che interagisce con il nostro sistema immunitario, mens sana in corpore sano docet e funziona come espressione della difesa immunologica e dello stato del benessere che ne deriva per la nostra salute.

Uno studio americano ha dimostrato che soggetti affetti da hiv, se credenti in una religione e quindi con una fede, rispondevano meglio alle terapie antivirali e che la morte delle cellule immunitarie era rallentata sino a quattro volte rispetto a quelli che non avevano un credo religioso. La spiegazione psicologica esiste nel fatto che i primi vivevano la malattia non come una colpa, mentre gli altri soccombevano precocemente rispetto ai credenti perchè si abbandonavano al loro destino. Un esempio da cui trarre delle conclusioni può essere rappresentato poi dall'effetto placebo.

La psiconeuroimmunologia apre una nuova e più complessa frontiera nella ricerca della patogenesi delle molte malattie che ci affliggono ed una importante scoperta dei sistemi complessi del nostro corpo umano. •

(*) *Docente della Società medica italiana di psicoterapia e ipnosi*

Diarrea del viaggiatore, partire informati

Colpisce dal 10 al 70% delle persone a seconda della destinazione.

L'Africa, il subcontinente indiano e la maggior parte dell'Asia, il Medio Oriente, l'America Centrale ed il Sud America sono aree ad alto rischio. Per chi parte un'accurata scelta di cibi e bevande ed il farmaco giusto in valigia

di Walter Pasini

La Diarrea del Viaggiatore (*Travelers' diarrhea*, TD) è la più prevedibile e comune affezione che colpisce i viaggiatori internazionali. Numerosi studi effettuati nel corso degli ultimi dieci anni hanno dimostrato che essa colpisce dal 10 al 70% dei viaggiatori a seconda della destinazione. Ne sono responsabili soprattutto i batteri ed in particolare l'*Escherichia Coli Enterotossica* (ETEC). Altri batteri responsabili di TD sono l'*E.coli Enteraggregativa*, il *Campylobacter jejuni*, la *Shigella*, l'*Aeromonas hydrophila*, lo *Plesiomonas shigelloides* e l'*Yersinia enterocolitica*. I parassiti (come *Giardia intestinalis*, *Cryptosporidium parvum*, *Cyclospora cayentanensis*, *Entamoeba histolytica* e *Dientamoeba fragilis*) sono causa di circa il 10% di tutti i casi di TD e generalmente si presentano in un modo più insidioso. I virus sono responsabili del 5-10% dei casi. I rotavirus e i norovirus sono gli agenti eziologici più comuni. Contro il primo esiste oggi



un vaccino che viene proposto ai bambini piccoli. I norovirus sono spesso coinvolti in epidemie che si verificano tra i passeggeri in crociera.

L'Africa, il subcontinente indiano e la maggior parte dell'Asia, il Medio Oriente, l'America Centrale ed il Sud America sono aree ad alto rischio per la TD. Nelle regioni più temperate, ci possono essere variazioni stagionali nel rischio di

diarrea. Nell'Asia meridionale, ad esempio durante i mesi caldi che precedono i monsoni, è riportata una maggior incidenza di TD. La TD si manifesta con la comparsa improvvisa di una diarrea acquosa, crampi addominali e bisogno immediato di evacuazione. Questa sintomatologia può essere associata a nausea, gonfiore intestinale e febbre. Il vomito è presente nel 15% dei casi. La TD in

genere è autolimitante in 3-4 giorni, ma i sintomi possono essere persistenti in una piccola percentuale dei casi. La sindrome da intestino irritabile detta "post-infettiva" (PI-IBS) può residuare in più di 10% delle persone che hanno contratto la TD.

La prevenzione si attua realizzando seri programmi di educazione sanitaria in chi gestisce hotel e ristoranti e in chi prepara e manipola gli alimenti.

Per quanto attiene la responsabilità dei viaggiatori, va detto che, essi devono scegliere accuratamente i cibi e le bevande da consumare. La loro responsabilità è anche quella di portare con sé un farmaco in valigia onde iniziare rapidamente l'autotrattamento in caso di diarrea. Il farmaco da privilegiare, come ampiamente dimostrato a livello internazionale, è un antibiotico ad uso topico intestinale, e quindi non assorbibile nel tratto gastrointestinale, come la rifaximina. In studi comparativi di farmacocinetica, infatti, è stato dimostrato che rifaximina in forme polimorfe diverse da quella ha assorbimenti notevolmente maggiori. La proprietà di non essere assorbita non è intrinseca della rifaximina, ma dipende dalla forma polimorfa dello stato solido in cui viene somministrata. La dose consigliata è 2cpr x 2 per 5 giorni.

Nei casi di diarrea è di fondamentale importanza, specie nei bambini, la reidratazione. •

Cervello, la macchina imperfetta che sfida la perfezione

di Antonio Gulli

Sempre più spesso sulla stampa si possono trovare articoli che imputano alle caratteristiche neuro cognitive alcune facoltà. Sia che si tratti di affari, il quale fiuto può essere imputato al più famoso “bernoccolo”, che altro non sarebbe che una diver-

sa concentrazione di dopamina nel cervello; sia che si parli di bellezza e del modo attraverso cui una bella donna può mandare in tilt il cervello di un uomo – il quale in determinate occasioni può balbettare, confondersi, dimenticare cosa stava facendo o dove stava andando – tutto può essere ricondotto a madre natura che, in un determinato modo, ha programmato il nostro cervello. E, allo stesso modo, si può sempre imputare a questa programmazione la capacità di tradurre gli oggetti in emozioni. Come? Il processo – in questo caso – sembra lineare. Le sensazioni, partendo da occhi, naso, pelle, orecchie raggiungono il cervello. Alcune di queste sono neutre, altre, a differenza, si associano, per esempio, a gioia, dolore, nostalgia, ansia. Queste ultime vengono immagazzinate in un’area speciale del cervello finora poco conosciuta chiamata “corteccia sensoriale secondaria”. Una volta qui immagazzinate sarà impossibile per il soggetto ricordare un suono, un odore o un’immagine senza l’emozione a questi collegata. Ma è sempre stato così? Da quando siamo comparsi sulla terra abbiamo sempre posseduto lo stesso tipo di cervello? La prima antenata di cui si possiedono informazioni abbastanza accurate è la famosa Lucy. Vissuta più di tre milioni e mezzo di anni fa, era alta un metro e cinque centimetri e aveva un teschio non più grande di una noce di cocco. Da quello che oggi si sa, il progressivo aumento del cervello, e quello spettacolare delle sue capacità intellettuali, sono il risultato – come scrive la neuroscienziata Premio Nobel Rita Levi Montalcini – “di un processo disarmonico che ha creato infiniti complessi psichici e aberrazioni comportamentali”. Per guadagnare un’idea di come si è evoluto il nostro cervello si può far riferimento ai mezzi a propulsione. Ovvero, dal primo congegno meccanico inventato nel 1769, dal francese Nicolas Joseph Cugnot, passando per l’invenzione – nel 1903 – del biplano di Wilbur Wright, per arrivare ai turbo reattori – che hanno cancellato i motori a scoppio – i quali attivano i razzi che hanno portato l’uomo sulla luna. L’analogia tra le tappe evolutive del cervello dei vertebrati e quelle dei si-

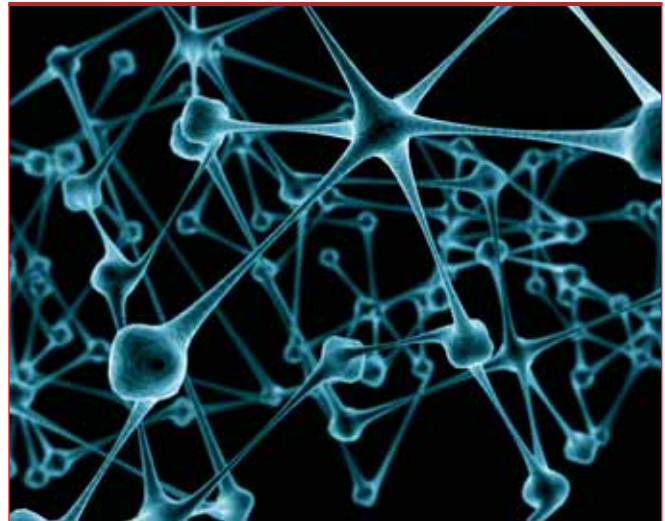
stemi propulsori si basa sull’essenziale fatto che ambedue si sono prestate al gioco della selezione. Cioè, così come è avvenuto per la prima macchina del 1769, così nel caso del cervello del primo vertebrato apparso sul nostro pianeta, il meccanismo è andato sempre più svilup-



pandosi sulla spinta delle funzioni ad esso richieste. In sostanza, il cervello meraviglioso dell'*Homo sapiens* è il risultato di un processo selettivo che ha visto le vescicole cave del cervello ancestrale prestarsi alla pressione selettiva dell'evoluzione che si esercitò su di esse creando infinite variazioni (mutazioni). Al contrario gli invertebrati non si prestarono a questo gioco selettivo ed è così che il loro cervello – si pensi agli insetti – oggi si presenta non più grande di una capocchia di spillo, non più di quanto appariva 600 milioni di anni fa. Oggi questa “meravigliosa macchina” è studiata dalle neuroscienze. Il termine neuroscienze fu coniato nel 1972 dal neurochimico Francis O. Schmitt, il quale si rese conto che la complessità del Sistema nervoso richiedeva una ricerca sinergica di scienziati di diversa estrazione, tra cui fisiologi, biochimici, fisici, psicologi, scienziati della comunicazione e sociologi. Da qui il fatto che le neuroscienze accomunano settori come la neurologia, la neurobiologia, la neuroanatomia, la neurolinguistica e, non in ultima, la neuropsicologia. Proprio quel ramo che più di altri – come ricordato all'inizio – sembra esprimere la capacità di destare stupore attraverso le sue scoperte. Ma al di là degli ambiti disciplinari che strutturano questa forma di conoscenza, quali sono gli ambiti specifici indagati? Storicamente a domande quali: “Chi è l'uomo? Qual è la sua peculiare natura? Cosa lo distingue essenzialmente dagli altri essere viventi? Qual è il suo posto nel mondo?”, si è sempre cercato – così come è avvenuto nel pensiero occidentale – una risposta indagando due ambiti: da un lato, i prodotti della mente, quindi ciò che è in grado di compiere per le sue attività, le sue opere e le sue capacità (costruire un senso lato a una cultura, a una società attraverso il linguaggio, la scienza, la tecnica, la filosofia, l'arte, i sistemi giuridici e politici, le norme etiche, le organizzazioni, ecc.); dall'altro, lo sforzo di comprendere la funzione specifica e differenziale attraverso il quale l'uomo – diversamente dall'animale non umano – è in grado di progettare e realizzare il “mondo artificiale”. Cioè, di capire quali funzioni mentali e nervose possiede e utilizza per svolgere il suo compito e raggiungere gli scopi che si prefigge. Se il primo ambito ha come matrice la struttura filosofica, il secondo ha come fondamento il processo psichico e mentale, che comprende non solo il pensiero in senso stretto, ma la percezione, la volizione, la memoria, l'immaginazione, il linguaggio, le passioni, ecc., che sono in qualche modo collegati al sistema nervoso.

Interrogarsi sulla natura dell'uomo, quindi, come del resto ha teorizzato la contemporanea antropologia filosofica, significa, da una parte, non perdere mai la tensione verso la ricerca di nuove risposte sull'attribuzio-

Il progressivo aumento del volume e delle sue capacità intellettuali è il risultato di un processo disarmonico che ha creato infiniti complessi psichici e aberrazioni comportamentali



ne di senso che l'essere umano dà alla propria storia; dall'altro, tenere conto degli sviluppi della scienza e, in particolare, delle conoscenze acquisite dalla biologia, dalle neuroscienze o dalla psicologia.

Qual è la questione, alla luce di quanto scritto, che forse è utile porre? Probabilmente, la querelle che sarà utile superare è quella di stabilire una specie di forma di primato tra le sfere della conoscenza; ovvero, riconoscere che sia le une che le altre non possono, da sole, offrire risposte verosimilmente plausibili. E che lo specifico funzionamento della mente non può essere distinto da ciò che la mente produce; come ciò che la mente produce – in fin dei conti – è quanto riesce a sapere sul proprio stesso modo di funzionare. Non per altro, per evitare di resuscitare i mostri del passato che fondavano la loro ragione di esistere sull'affermazione che si diventa ciò che la natura voleva che fossimo o che “il cervello è freddo e umido perché la sua funzione è quella di mitigare il calore dello spirito”. Considerata la rilevanza delle questioni poste, e le conseguenze di cui può essere oggetto il nostro prossimo futuro, probabilmente l'augurio che si può fare è che gli scienziati di quello che Popper chiamava il “Mondo 3” (prodotti della mente) e quelli del “Mondo 2” (funzionamento della mente) assumano la convinzione che – come scrive Serge Moscovici – “si deve partire non da ciò che gli altri hanno conosciuto, ma da ciò che hanno ignorato”. •

Bisogna puntare sulla formazione

di Andrea Silenzi (*) e Walter Mazzucco (**)

I progressi compiuti dalla medicina dagli anni '70 in poi hanno radicalmente cambiato la professione medica facendo emergere nuove problematiche nel sistema-salute: malati più sani ma più preoccupati, una gestione sempre più complessa della “macchina-salu-

te” ed un maggior ricorso alla medicina difensiva sono soltanto alcuni degli aspetti che stanno evidenziando un diffuso senso di insoddisfazione nella classe medica. L'evoluzione istituzionale degli ultimi decenni ha risvegliato l'interesse dei numerosi attori del sistema salute verso la formazione, ivi compresa la formazione manageriale, quale driver per il contenimento dei costi ed il miglioramento della qualità dell'assistenza, in un'ottica orientata all'affermazione della responsabilizzazione non solo delle aziende sanitarie ma soprattutto dei professionisti al loro interno. Infatti, considerando il cambiamento radicale che sta rivoluzionando tutti gli ambiti della società, dall'economia alle telecomunicazioni, dall'imprenditoria all'istruzione, anche il medico, per mantenere il suo ruolo di leadership decisionale in Sanità, dovrà dimostrare di possedere e saper utilizzare in modo adeguato tutti gli strumenti del medical management. In questo contesto, dalla stretta collaborazione con la *British Association of Medical Managers* e con l'*American College of Physician Executives*, nasce nel 2006 la Società italiana medici manager (SIMM) con l'obiettivo di promuovere, sviluppare e consolidare anche in Italia il ruolo e la funzione manageriale nella professione medica. Contemporaneamente al lavoro

sul territorio da parte delle sezioni regionali e parallelamente al costante impegno di formazione dei medici che si trovano ogni giorno alle prese con le sfide del reparto a tutela dei pazienti, la SIMM ha scelto di privilegiare il rapporto con i giovani medici, nella convinzione che solo la crescita professionale della classe dirigente del futuro possa favorire la soluzione dei problemi che la Sanità del 21° secolo presenterà a cittadini, pazienti ed operatori.

Per preparare la nuova classe medica alla sfida della terza rivoluzione sanitaria, Medici manager SIMM grazie alla sua area Giovani medici manager – la cultura “giovane” del suo progetto di cambiamento – ha creato un ambiente d'eccellenza, fresco e soprattutto attivo per far crescere idee e competenze. Essere un giovane professionista della salute richiede, infatti, in tale contesto di andare ben oltre le sole competenze tecnico-scientifiche, esercitando un'attività a 360° che sappia produrre valore attraverso l'acquisizione e l'effettivo utilizzo di *capacità manageriali e di leadership*. In Italia 25 mila medici specializzandi si prendono ogni giorno attivamente cura della salute dei cittadini e la sfida che questi medici in formazioni sono chiamati ad affrontare quotidianamente li vede impegnati a dover agire e “reagire” ad un sistema sempre più complesso, dinamico, in rapido cambiamento e soggetto a stringenti vincoli di risorse. In quest'ottica va letta la collaborazione di Giovani medici manager – SIMM con il Segretariato italiano giovani medici (SIGM), l'associazione italiana che condivide con la SIMM il fine di contribuire alla crescita intellettuale, professionale e deontologica delle nuove classi mediche e si propone come solido legame tra la formazione universitaria e il mondo del lavoro. •

(*) *Coordinamento Scientifico SIMM, project manager*

(**) *Giunta Esecutiva SIMM, presidente nazionale Sigm*

CONGRESSO “GIOVANI MEDICI PROTAGONISTI IN SANITÀ”

Si terrà a Napoli, il 10 ed 11 dicembre 2010, presso l'Aula Magna presidenza della Facoltà di Medicina SUN, Via Costantinopoli, 104, il Congresso nazionale del Segretariato italiano giovani medici (SIGM) “Giovani Medici protagonisti in Sanità”. Formazione, futuro previdenziale ed occupazionale saranno le tematiche oggetto di confronto in presenza dei rappresentanti delle Istituzioni politiche (ministero della Salute e MIUR), ordinistiche (FNOMCeO), previdenziali (ENPAM), accademiche (CUN, CRUI, CNSU) e sindacali. “Il nostro obiettivo è quello di fornire ai futuri operatori della Sanità gli strumenti interpretativi per orientarsi, prendere coscienza ed essere partecipi delle dinamiche e dei processi che caratterizzano il contesto in cui si apprestano ad operare” – afferma Walter Mazzucco, presidente nazionale SIGM. “Vogliamo portare a sintesi le istanze di tutte le componenti in cui si articola la categoria dei Giovani medici, creando un movimento di pensiero che rinnovi nello spirito e nelle idealità la Medicina italiana, – continua Carlo Manzi, responsabile del Comitato organizzativo del Congresso – auspichiamo che le istituzioni accolgano il messaggio dei Giovani medici”.
Info: sito web: www.giovanemedico.it, e-mail: info@sigm.info

Info

Società italiana medici manager
sito web: www.medicimanager.it
e-mail segreteria@medicimanager.it

Segretariato italiano giovani medici
sito web: www.giovanemedico.it, e-mail info@sigm.info

Al via i nuovi Piani sanitari

di **Stefano Villeggia** (*)

Finalmente dopo un attento sondaggio con le principali Compagnie di Assicurazioni e dopo una lunga trattativa con Unisalute, l'Enpam può presentare ai medici e agli odontoiatri italiani la nuova copertura sanitaria che ha fortemente voluto per offrire un servizio che si propone di soddisfare al meglio le esigenze della categoria con la protezione di una polizza di assicurazione con Unisalute.

Se garantire la previdenza e l'assistenza a favore degli iscritti, dei loro familiari e superstiti costituisce lo scopo primario dell'Enpam, anche assicurare una tutela sanitaria integrativa rappresenta un importante obiettivo da perseguire.

Lo statuto, infatti, prevede espressamente che l'Ente può prestare ai propri iscritti e pensionati forme di tutela sanitaria integrativa, anche mediante la stipulazione di polizze assicurative.

E' quello che l'Enpam sta facendo ormai da un decennio avendo sottoscritto, prima con Assicurazioni Generali e poi con Unisalute, apposite convenzioni aperte all'adesione dei medici e degli odontoiatri in attività e pensionati, compresi i familiari.

La prima novità del prossimo anno (la nuova convenzione Enpam-Unisalute è valida dal 1° gennaio al 31 dicembre 2011 ed è rinnovabile) è la previsione di un piano sanitario base che copre i grandi interventi chirurgici e i gravi eventi morbosi e di un piano sanitario integrativo per gli altri interventi chirurgici e le altre prestazioni elencate nella polizza.

Altra variazione rispetto al passato - che non ha trovato nessuna possibilità di deroga praticabile sul mercato delle polizze sanitarie - è la differenziazione dei premi in due fasce di età (under ed over 40 anni).

Per gli ultra ottantenni non è consentita l'adesione alla copertura integrativa, mentre resta, anche per loro, (ed è una speciale prerogativa della polizza Enpam) la possibilità di aderire al piano sanitario base.

Per i nuovi aderenti, come per tutte le polizze sanitarie, l'assicurazione non è operante per le spese relative a ricoveri, interventi e prestazioni che siano conseguenza di situazioni patologiche pregresse, ma (ed

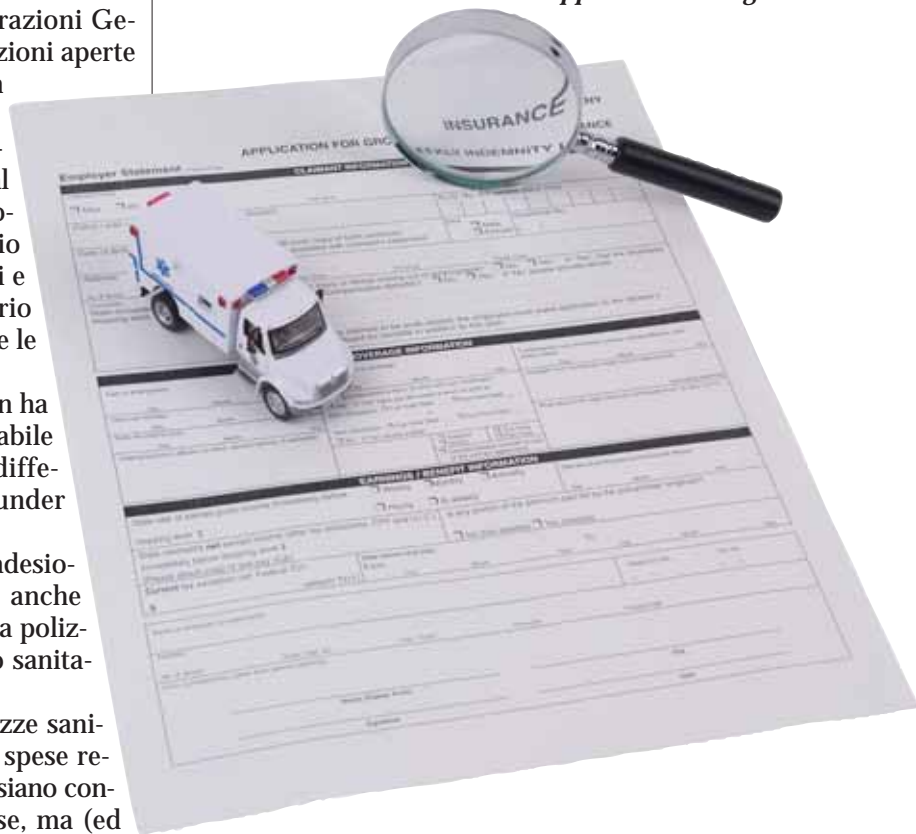
è molto importante) tale esclusione di operatività non vale per tutti coloro che risultano già assicurati in base alle precedenti Convenzioni Enpam con Unisalute o Assicurazioni Generali e che quindi potranno continuare ad usufruire di una copertura assicurativa completa.

Le convenzioni sanitarie Enpam-Unisalute restano comunque economicamente molto convenienti rispetto ad altre polizze aventi contenuti analoghi, ma premi certamente superiori.

Se il numero delle adesioni ai piani sanitari proposti sarà consistente, come auspicato, e quindi il confronto tra premi incassati e spese sostenute dalla Compagnia di Assicurazione sarà coerente, potranno essere rinnovate automaticamente le convenzioni per gli anni a venire.

In tal modo, potrà divenire sistematica, nell'impostazione e nei contenuti, la tutela sanitaria assicurata dall'Enpam ad integrazione della tutela previdenziale prevista per i medici e gli odontoiatri. •

(*) *Direttore Dipartimenti Affari generali e Sviluppo servizi integrativi*



Copertura sanitaria, ecco come aderire

(a pag. 41 il modulo di adesione)

di Paola Passariello (*)

Per l'anno 2011 la convenzione per la copertura sanitaria sottoscritta dalla Fondazione Enpam con la Compagnia di Assicurazione UNISALUTE Spa (che fa capo a Unipol Gruppo finanziario Spa), si articola in due piani sanitari complementari fra loro, una polizza base ed una polizza integrativa, i cui contenuti **per maggiore trasparenza vengono pubblicati nelle pagine seguenti** (fascicolo staccabile dal resto della rivista).

COSTI: SONO DIFFERENZIATI IN DUE FASCE D'ETÀ **PIANO SANITARIO BASE**

UNDER 40 **170,00**
OVER 40 **420,00**

PIANO BASE+INTEGRATIVO

UNDER 40 **585,00 (170+415)**
da 41 a 79 anni **1090,00 (420+670)**

Il costo si articola per fasce di età, under 40 o over 40 anni, per under 40 anni si intendono coloro che al 31/12/2010 non hanno ancora compiuto 41 anni.

Il costo (sia per il solo piano base che per piano base più integrativo) prevede **sconti per i nuclei familiari**: il costo complessivo viene ridotto del 5% se l'assicurato aderisce per sé e per un familiare; del 10% se aderisce per sé e per due familiari; del 20% se aderisce per sé e per tre familiari; del 25% se aderisce per sé e per 4 o più familiari.

Il Piano sanitario integrativo è consentito solo a coloro che al 31/12/2010 non hanno ancora compiuto 80 anni; l'estensione al nucleo familiare è possibile solo se lo si è inserito anche nella polizza base.

MODALITÀ DI ADESIONE:

Gli attuali assicurati, hanno ricevuto, nel mese di novembre 2010, il modulo di adesione, in parte pre-compilato (cognome, nome e codice Enpam), sul quale – dopo aver preso visione del testo delle polizze pubblicate sulla rivista e sul sito dell'Ente – dovranno apporre la propria scelta: aderire solo alla polizza base (per se stessi o con il proprio nucleo familiare) o aderire sia alla polizza base che alla polizza integrativa (con o senza nucleo familiare in entrambe le polizze). Il modulo dovrà essere spedito all'indirizzo indicato entro il 31/12/2010, (in alternativa il modulo è compilabile sul sito www.enpam.it).

Tutti gli iscritti che hanno fornito alla Fondazione il proprio indirizzo mail hanno ricevuto per posta elettronica il modulo compilabile.

Successivamente, a tutti coloro che avranno aderito, verrà in-

viato il bollettino Mav per il pagamento del premio di importo corrispondente all'adesione espressa. Il bollettino Mav può essere pagato, entro la data di scadenza indicata sul mav stesso, sia in banca che alla posta, nonché on-line con carta della Banca Popolare di Sondrio accedendo nell'area riservata del portale della Fondazione, sul sito www.scrignopagofacile.it o al telefono chiamando il call-center della Banca Popolare di Sondrio tramite carta di credito, infine presso gli sportelli Sisal.

I nuovi aderenti, dopo aver preso visione del testo delle polizze pubblicate sulla rivista e sul sito dell'Ente, dovranno compilare il modulo di adesione (disponibile sul sito Internet www.enpam.it o sul "Giornale della Previdenza" o presso la sede dell'Ordine della propria città) e spedirlo all'indirizzo indicato in calce al modulo entro il 31/12/2010 (in alternativa alla compilazione manuale e alla spedizione il modulo è compilabile sul sito www.enpam.it); si può aderire alla sola polizza base (per se stessi o con il proprio nucleo familiare) o aderire sia alla polizza base che alla polizza integrativa (con o senza nucleo familiare in entrambe le polizze). Tutti coloro che sono iscritti al portale Enpam, hanno ricevuto il modulo, compilabile on-line, per posta elettronica.

Enpam, procederà alla lettura delle adesioni e successivamente provvederà all'invio del bollettino Mav per il pagamento del premio corrispondente all'adesione espressa, che dovrà essere versato entro la data di scadenza indicata sul Mav stesso. Il bollettino Mav può essere pagato sia in banca che alla posta, nonché on-line con carta della Banca Popolare di Sondrio accedendo nell'area riservata del portale della Fondazione, sul sito www.scrignopagofacile.it o al telefono chiamando il call-center della Banca Popolare di Sondrio tramite carta di credito, infine presso gli sportelli Sisal.

PER ULTERIORI INFORMAZIONI:

Sul sito della Fondazione verrà pubblicato il testo della Nuova convenzione, i centri clinici convenzionati con Unisalute Spa, una serie di faq con le domande più frequenti. Tutti gli iscritti potranno, inoltre, rivolgersi per ulteriori informazioni e chiarimenti al n. 0648294829 (tutto l'anno), via mail all'indirizzo di posta elettronica polizzasanzitaria@enpam.it o al call-center 199168311 messo a disposizione dalla Società Previdenza Popolare (attivo dal 15/11/2010 al 31/03/2011 dal lunedì al venerdì)

Per il numero 199168311, il costo al minuto da telefono fisso di telecom italia senza scatto alla risposta è di 14.26 centesimi di euro iva inclusa in fascia intera e di 5.58 centesimi di euro iva inclusa in fascia ridotta. La tariffa massima da telefono fisso di altro operatore è di 26.00 centesimi di euro e 12.00 centesimi di euro di scatto alla risposta; da telefono mobile è variabile a seconda del operatore e del piano tariffario prescelto.

(*) *Responsabile Ufficio Polizza sanitaria*

PIANO SANITARIO BASE (N° 40010472)

Copertura per Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi per gli iscritti Fondazione E.N.P.A.M.

DEFINIZIONI DEI TERMINI UTILIZZATI NELLA POLIZZA

Assicurazione

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Contraente

Il soggetto che stipula la polizza.

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.

Società

Unisalute S.p.A. Compagnia di Assicurazioni.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Malattia

Qualunque alterazione dello stato di salute, che non sia malformazione o difetto fisico, anche non dipendente da infortunio.

Malformazione

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Massimale

L'importo stabilito negli specifici articoli di polizza che rappresenta la spesa massima che la Società si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Difetto fisico

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Istituto di Cura

Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Struttura sanitaria convenzionata

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui Unisalute ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

Ricovero

La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che in terapia intensiva.

Intervento chirurgico

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero stesso o per altre prestazioni ad esso connesse.

Accertamento diagnostico

Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

Sinistro

Il verificarsi del ricovero in Istituto di Cura o della degenza in day hospital o dell'intervento chirurgico in ambulatorio, nonché delle altre prestazioni mediche garantite dal contratto assicurativo, reso necessario da malattia, infortunio e parto.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Franchigia

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato. Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.

Scoperto

La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.

SEZIONE A - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE GARANZIE - PRESTAZIONI - LIMITAZIONI

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio che hanno luogo durante l'operatività del contratto per le spese sostenute dall'Assicurato per:

- ricovero in Istituto di cura per i Grandi Interventi Chirurgici elencati nell'allegato A;
- ricovero in Istituto di cura senza intervento chirurgico a seguito dei Gravi Eventi Morbosi elencati nell'Allegato B;
- servizi di consulenza.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Assicurato può rivolgersi, con le modalità riportate alla voce "Sinistri" delle Condizioni Generali, a:

- a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società
- b) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società
- c) Servizio Sanitario Nazionale

Le modalità di utilizzo delle strutture sopraindicate vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

2. PERSONE ASSICURATE

L'Assicurazione è riservata ai seguenti soggetti che abbiano aderito e versato il relativo premio:

- 1) il medico e l'odontoiatra iscritto all'E.N.P.A.M. (in attività o pensionato);
- 2) i suoi superstiti con diritto a pensione indiretta o di reversibilità;
- 3) i componenti degli Organi Statutari dell'ENPAM e della F.N.O.M.C eO.;
- 4) il personale in servizio all'ENPAM, alla F.N.O.M.C.eO., agli Ordini Provinciali, all'ONAOSI e alle Organizzazioni Sindacali mediche firmatarie di contratti e convenzioni con diritto di rinnovo della polizza anche dopo la cessazione del rapporto di lavoro;
- 5) L'insieme dei componenti il nucleo familiare dei soggetti indicati al punto 1), 2),3) 4) che abbiano aderito alla presente assicurazione sottoscrivendo l'apposito modulo di adesione, e per i quali sia stato versato il relativo premio annuale di polizza, a condizione che venga assicurata la totalità dei familiari risultanti dallo stato di famiglia o da autocertificazione. Quali componenti il nucleo familiare si intendono: il Coniuge non legalmente separato convivente o il Convivente more uxorio e i Figli conviventi fiscalmente a carico.

In deroga al requisito della convivenza si intendono assicurati anche:

- a) i componenti del nucleo familiare del medico e/o pediatra di base che abbia la residenza nel luogo di prestazione del servizio, come richiesto dalle vigenti normative;
- b) i figli del medico legalmente separato o divorziato per i quali esiste a suo carico obbligo di mantenimento economico.

3. GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI e GRAVI EVENTI MORBOSI

3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (di cui all'Allegato A) e SENZA INTERVENTO CHIRURGICO PER GRAVE EVENTO MORBOSO (di cui all'allegato B)

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre- ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

Le prestazioni possono essere attivate in strutture convenzionate con la Società, esclusivamente alle modalità indicate al punto C.1.1 "Sinistri in strutture convenzionate con la Società"; diversamente la garanzia verrà prestata in forma rimborsuale.

b) Intervento chirurgico (garanzia operante esclusivamente in caso di Grande Intervento Chirurgico).

Onorari del chirurgo, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

c) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Nel caso di ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio non convenzionato con la Società, le spese sostenute ven-

gono rimborsate nel limite di □ 200,00 al giorno, compreso il caso di ricovero in terapia intensiva.

e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera.

Nel caso di ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di □ 100,00 al giorno.

f) Assistenza infermieristica privata individuale (garanzia operante per gli assicurati di età superiore ai 40 anni)

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di □ . 80,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

g) Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

Le prestazioni possono essere attivate in strutture convenzionate con la Società, esclusivamente alle modalità indicate al punto C.1.1 "Sinistri in strutture convenzionate con la Società"; diversamente la garanzia verrà prestata in forma rimborsuale.

3.2 TRASPORTO SANITARIO

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura, anche all'estero, ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di □ 1.500,00 per ricovero.

3.3 TRAPIANTI (garanzia operante esclusivamente quale Grande Intervento Chirurgico).

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi conseguente a malattia o a infortunio, la Società liquida le spese previste ai punti 3.1 "Ricovero in istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico (di cui all'allegato A) e senza intervento chirurgico per Grave Evento Morboso (di cui all'allegato B)" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assicura le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

3.4 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione delle seguenti:

punto 3.1 "Ricovero in istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico (di cui all'allegato A) o senza intervento chirurgico a se-

guito di Grave Evento Morboso (di cui all'allegato B)":
 - lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";
 punto 3.2 "Trasporto sanitario";
 punto 3.6 "Rimpatrio della salma"
 che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società.

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 30% con il minimo non indennizzabile di

□. 1.000,00 ad eccezione delle seguenti:

punto 3.1 "Ricovero in istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico (di cui all'allegato A) e senza intervento chirurgico per Grave Evento Morboso (di cui all'allegato B)":

- lett. d) "Retta di degenza";
 - lett. e) "Accompagnatore";
 - lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";

punto 3.2 "Trasporto sanitario";

punto 3.6 "Rimpatrio della salma";

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.5 "Indennità Sostitutiva".

Qualora l'Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva".

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati" o b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società".

3.5 INDENNITÀ SOSTITUTIVA

Se l'Assicurato non richiede alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di □ 120,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per persona e per anno assicurativo.

3.6 RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso all'estero durante un ricovero, la Società rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di □ 1.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

3.7 OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE A SEGUITO DI GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (di cui all'allegato A) O DI GRAVE EVENTO MORBOSO (di cui all'allegato B).

La Società, per un periodo di 120 giorni successivo alla data di di-

missioni, a seguito di un ricovero indennizzabile a termini di polizza, mette a disposizione tramite la propria rete convenzionata, servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica. La Società concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse.

Il massimale annuo assicurato corrisponde a □ 10.000,00 per persona.

4. MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie di cui all' art. 3.1 "Ricovero in istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico (di cui all'allegato A) e senza intervento chirurgico per Grave Evento Morboso (di cui all'allegato B)" corrisponde a □ 350.000 per nucleo familiare.

5. SERVIZI DI CONSULENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde 800-822444 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione tickets, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con la Società.

c) Pareri medici immediati

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

d) Diagnosi comparativa

La Società dà la possibilità all'Assicurato di avere un secondo e qualificato parere sulla precedente diagnosi fatta dal proprio medico, con le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia in atto.

Telefonando al numero verde della Centrale Operativa UniSalute 800-822444, l'Assicurato verrà informato sulla procedura da attivare per ottenere la prestazione.

La Società mette a disposizione dell'Assicurato i seguenti servizi:
 1. Consulenza Internazionale. UniSalute rilascerà all'Assicurato

un referto scritto contenente le indicazioni di un medico specialista individuato da Best Doctors® e la cui specialità risulti appropriata al caso. Tale referto sarà redatto in base all'analisi della documentazione medica richiesta per ricostruire la diagnosi e conterrà specifiche informazioni riguardanti il curriculum del medico interpellato.

2. Trova Il Medico. UniSalute, attraverso Best Doctors®, metterà in contatto l'Assicurato con un massimo di tre specialisti scelti tra i più qualificati nel trattamento della patologia in atto. A tal fine Best Doctors® ricerca nel suo database e identifica gli specialisti con una particolare competenza nel trattamento della malattia, tenendo conto, quando possibile, delle preferenze geografiche dell'Assicurato.
3. Trova la Miglior Cura. Qualora l'Assicurato intenda avvalersi di uno dei medici segnalati da UniSalute, la stessa, attraverso Best Doctors®, provvederà a fissare tutti gli appuntamenti e a prendere gli accordi per l'accettazione presso l'Istituto di cura, l'alloggio in albergo, il trasporto in automobile o ambulanza dell'Assicurato laddove necessario. Best Doctors® supervisionerà il pagamento delle fatture/ricevute e garantirà che la fatturazione sia corretta e priva di duplicazioni, errori e abusi. L'esclusiva rete di centri di eccellenza di Best Doctors® consentirà all'Assicurato di godere di sconti significativi sulle tariffe mediche.

L'insieme delle prestazioni sopraindicate è fornito esclusivamente per le seguenti patologie:

- AIDS
- Morbo di Alzheimer
- Perdita della vista
- Cancro
- Coma
- Malattie cardiovascolari
- Perdita dell'udito
- Insufficienza renale
- Perdita della parola
- Trapianto di organo
- Patologia neuro motoria
- Sclerosi multipla
- Paralisi
- Morbo di Parkinson
- Infarto
- Ictus
- Ustioni Gravi

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà contattare UniSalute e concordare con il medico la documentazione necessaria; dovrà poi inviare alla Società la documentazione clinica in Suo possesso, richiesta dal medico UniSalute, in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la diagnosi comparativa. Tale documentazione sarà poi inoltrata dalla Società, con costi a proprio carico, ai consulenti medici esterni per l'individuazione del miglior terapeuta italiano o estero per quella specifica patologia.

6. ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione non è operante per:

1. le spese relative a ricoveri / interventi / prestazioni che siano la conseguenza di situazioni patologiche manifestatesi e diagnosticate precedentemente alla data di adesione da parte di ciascun Assicurato alla presente polizza-convenzione. Qualora, con riferimento al comma precedente, insorga una con-

troversia in ordine alla operatività della copertura, il caso verrà sottoposto alla Commissione Paritetica di cui al successivo art. C.2.1.

Per gli aderenti già assicurati precedentemente dalla Convenzione ENPAM, ancorché prestata da altra compagnia di assicurazione e preesistente alla presente polizza, si intendono esclusi i ricoveri /gli interventi / le prestazioni che siano la conseguenza di situazioni patologiche manifestatesi e diagnosticate precedentemente alla data di prima adesione da parte di ciascun assicurato alla Convenzione ENPAM, ancorché prestata da altra compagnia di assicurazione e preesistente alla presente polizza, senza soluzione di continuità o precedentemente alla data di successiva adesione qualora vi sia stata interruzione.

Relativamente agli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo, si intendono compresi in garanzia quelli sostitutivi di protesi che siano state impiantate successivamente alla data di prima adesione dell'iscritto alla Convenzione senza soluzione di continuità o alla data di successiva adesione in caso di interruzione.

2. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni diagnosticati e/o conosciuti precedentemente alla data di prima adesione alla Convenzione ENPAM, ancorché prestata da altra compagnia di assicurazione e preesistente alla presente polizza, senza alcuna soluzione di continuità o precedentemente alla data di successiva adesione qualora vi sia stata interruzione.

3. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;

4. le protesi dentarie, le cure dentarie e parodontarie, ad eccezione di quelle a scopo ricostruttivo rese necessarie da infortunio;

5. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto) fatte salve quelle relative ai neonati fino al terzo anno di età;

6. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.

Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

7. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;

8. le conseguenze di infortuni derivanti da azioni compiute dall'Assicurato sotto l'effetto di sostanze stupefacenti, allucinogene, psicofarmaci o per effetto di abuso di sostanze alcoliche;

9. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;

10. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;

11. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;

12. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;

13. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

7. PREMI

I premi annui per ogni persona per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi:

fino a 40 anni □ 170 ; da 41 anni e oltre □ 420

Nel caso di estensione della copertura al nucleo familiare come definito al punto 2 “**Persone assicurate**” n.5), alla somma complessiva dei premi come sopra indicati corrispondenti a ogni singolo componente del nucleo familiare, viene applicata una percentuale di sconto in ragione del numero dei familiari secondo la seguente tabella:

a) iscritto + 1 familiare	sconto 5%
b) iscritto + 2 familiari	sconto 10%
c) iscritto + 3 familiari	sconto 20%
d) iscritto + 4 familiari e oltre	sconto 25%

Si precisa che l’età di riferimento per l’applicazione del premio per ogni componente del nucleo familiare è quella effettiva della persona assicurata.

SEZIONE B - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

B.1 EFFETTO DELL’ASSICURAZIONE

L’Assicurazione ha effetto dalle ore e dal giorno indicati in polizza se il premio complessivo della prima annualità è stato pagato entro 90 giorni dalla decorrenza del contratto, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Per il pagamento del premio complessivo relativo all’annualità successiva, il termine previsto dall’art. 1901 del C.C. è prorogato a 90 giorni. Resta peraltro inteso che, qualora entro il predetto termine il premio non venisse pagato, l’assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del giorno di scadenza del termine stesso. Il premio annuo complessivo di polizza sarà determinato dalla somma dei singoli premi versati dagli Assicurati.

Il premio annuo complessivo, relativo alle quote di adesione di polizza ricevute, sarà versato dall’E.N.P.A.M. alla Società.

B.2 DURATA DELL’ASSICURAZIONE/TACITA PROROGA DELL’ASSICURAZIONE

La polizza ha durata annuale e scade alle ore 24 del 31/12/2011. In mancanza di disdetta, l’assicurazione si intende tacitamente rinnovata per il periodo di un anno e così successivamente di anno in anno.

L’eventuale disdetta della polizza deve essere comunicata all’altra Parte a mezzo raccomandata almeno sessanta giorni prima della scadenza del contratto.

Relativamente al singolo aderente, in deroga all’art. 1901 del c.c. le Parti (Società, Contraente, Assicurato) si danno reciprocamente atto che qualora alla scadenza di ogni annualità assicurativa, e rinnovatosi tacitamente il contratto, non sia corrisposto il premio relativo alla successiva annualità da parte del singolo aderente all’assicurazione, quest’ultima, trascorsi 30 giorni, sarà risolta di diritto con riferimento al singolo aderente stesso.

B.3 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche del contratto successive alla stipulazione della polizza debbono essere provate per iscritto.

B.4 ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all’assicurazione sono a carico del Contraente, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della polizza.

B.5 FORO COMPETENTE

Per le controversie relative al presente contratto, il Foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo dell’Assicurato.

B.6 TERMINI DI PRESCRIZIONE

Ai sensi dell’art. 2952 c.c., il termine di prescrizione dei diritti relativi alla presente polizza è di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

B.7 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

L’assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

B.8 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dal dichiarare alla Società l’eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l’obbligo dell’assicurato di darne avviso per iscritto in caso di sinistro, ai sensi dell’art. 1910 c.c. .

B.9 FORMA DELLE COMUNICAZIONI DELLA CONTRAENTE E DELL’ASSICURATO ALLA SOCIETÀ.

Tutte le comunicazioni alle quali la Contraente e l’Assicurato sono tenuti devono essere effettuate mediante lettera raccomandata, telex o telefax.

B.10 ESTENSIONE TERRITORIALE

L’assicurazione vale in tutto il mondo.

C - SINISTRI

C.1 DENUNCIA DEL SINISTRO

L’Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di Unisalute al numero verde gratuito 800-822444 (dall’estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l’Italia + 0516389046) e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa sono a sua disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il piano sanitario.

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato ai successivi punti C.1.1 “Sinistri in strutture convenzionate con la Società”,

C.1.2 “Sinistri in strutture non convenzionate con la Società” o C.1.3 “Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale”.

Qualora l’Assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Società senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l’applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate agli artt. C.1.2 “Sinistri in strutture non convenzionate con la Società” e 3.4 “Modalità di erogazione delle prestazioni” lett. b) “Prestazioni in strutture sanitarie private e pubbliche non convenzionate con la Società”.

C.1.1 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

L’Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata, all’atto dell’effettuazione della prestazione, un documento comprovante

te la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

In caso di ricovero dovrà inoltre sottoscrivere, al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura, la lettera d'impegno, con cui l'Assicurato si impegna a versare alla struttura convenzionata eventuali importi di spesa che resteranno a suo carico in quanto non coperti dal piano, e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extraricovero l'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. A tal fine l'Assicurato delega la Società a pagare le strutture/medici convenzionati/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate. Qualora venga effettuata in una struttura convenzionata una qualsiasi prestazione sanitaria da parte di personale non convenzionato, tutte le spese sostenute dall'assicurato verranno liquidate con le modalità previste agli artt. C.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" o C.1.3 "Sinistri nel servizio sanitario nazionale" e con l'applicazione di scoperti e franchigie previsti nelle singole garanzie.

Anche le prestazioni di cui ai punti a) Pre-Ricovero e g) Post-Ricovero di cui all'art. 3.1 "Ricovero in istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico (di cui all'allegato A) e senza intervento chirurgico per Grave Evento Morboso (di cui all'allegato B)" possono essere attivate attraverso la rete convenzionata, sempreché sia stato effettuato il passaggio preventivo con la Centrale Operativa. In tal caso, le prestazioni di "pre-ricovero" verranno autorizzate con tariffe agevolate; l'importo di spesa sostenuto resterà comunque a carico dell'Assicurato e verrà rimborsato integralmente solo successivamente, sempreché l'Assicurato sostenga un ricovero in strutture convenzionate e con personale convenzionato con la Società.

In caso contrario, il rimborso avverrà come previsto ai punti C.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" o C.1.3 "Sinistri nel servizio sanitario nazionale" e con l'applicazione di scoperti e franchigie previsti nelle singole garanzie.

Anche le prestazioni di "post ricovero" verranno liquidate integralmente qualora siano effettuate in strutture convenzionate e con personale convenzionato con la Società. In caso contrario, il rimborso avverrà come previsto ai punti C.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" o C.1.3 "Sinistri nel servizio sanitario nazionale" e con l'applicazione di scoperti e franchigie previsti nelle singole garanzie.

C.1.2 SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve presentare denuncia alla Società al momento in cui ne abbia la possibilità ed entro due anni a pena di decadenza inviando il modulo di denuncia sinistri alla sede della Società.

La denuncia deve essere corredata della necessaria documentazione:

- in caso di ricovero(*), copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;

- in caso di intervento chirurgico ambulatoriale(*), copia completa della documentazione clinica, conforme all'originale;
- in caso di prestazioni extraricovero, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento. Inoltre, l'Assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte della Società, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

(* Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero, ad essi connessa, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce.

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, Unisalute avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata e previa consegna alla Società della documentazione di cui sopra entro 40 giorni dalla presentazione della necessaria documentazione medica completa. In ogni caso l'indennizzo sarà pagato in Euro ma, relativamente alle prestazioni fruite dall'Assicurato al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti alla patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato ad altre Compagnie Assicuratrici richiesta di rimborso per il medesimo sinistro, e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico, con le modalità di cui all'art. 3.4 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. B) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società", al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

C.1.3 SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti C.1.1 "Sinistri in strutture convenzionate con la Società" o C.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società".

Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, l'Assicurato dovrà presentare il modulo di denuncia del sinistro corredata da copia della cartella clinica conforme all'originale, non soggetta a restituzione dopo la liquidazione del sinistro.

C.1.4. GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società
La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate dalla Società effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Assicurato.

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con la Società

La documentazione di spesa ricevuta dalla Società in copia fotografica viene conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge mentre – qualora la Società dovesse avvalersi della facoltà di richiedere la produzione degli originali – si restituisce all'Assicurato, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

La Società, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato in merito allo stato delle Sue richieste di rimborso, provvede all'invio dei seguenti riepiloghi:

- in caso di necessità di integrazione di documentazione, l'Assicurato viene informato mediante invio di un riepilogo mensile delle richieste di rimborso in attesa di documentazione e non liquidate nel corso del mese;
- in caso di contestazione del sinistro di Ricovero l'Assicurato viene informato mediante invio di una lettera da parte dell'Area Liquidativa della Società contenente le motivazioni della contestazione;
- in caso di liquidazione del sinistro, l'Assicurato viene informato mediante utilizzo delle forme di messaggistica informatica e telefonica (e-mail; sms); nel caso di impossibilità di utilizzare queste modalità, sarà inviata comunicazione cartacea;
- la Società invia all'Assicurato un riepilogo annuale di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Assicurato.

C.2 CONTROVERSIE

C.2.1 COMMISSIONE PARITETICA

È costituita una Commissione paritetica, espressa dalle Parti, per la gestione delle controversie in relazione:

- alla liquidabilità dei rimborsi richiesti dagli assicurati;
- alla soluzione di eventuali contrasti interpretativi del contratto.

Per questi due argomenti la Commissione esamina i casi ad Essa sottoposti ed esprime il proprio parere che verrà poi comunicato dalla Società all'Assicurato.

La Commissione avrà anche il compito di:

- verificare la congruità e l'onere delle prestazioni e dei rimborsi conseguenti a richieste formulate dagli assicurati;
- monitorare l'utilizzo del contratto da parte degli Assicurati per un controllo costante dell'andamento della polizza;
- formulare, se necessario, indicazioni di modifiche contrattuali per l'annualità successiva alla scadenza del contratto.

C.2.2 ARBITRATO IRRITUALE

Qualora l'Assicurato non si ritenga soddisfatto della decisione della Commissione Paritetica per i casi di controversie di natura medica sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio, nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, ha facoltà di richiedere un arbitrato.

In tal caso le controversie verranno deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale irrituale composto da tre Arbitri.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo, o, in caso di dissenso, dal Presidente del Tribunale del luogo di residenza dell'Assicurato.

Il Collegio Arbitrale si riunirà nel comune in cui ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza o domicilio eletto dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera l'Arbitro da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle com-

petenze del terzo Arbitro esclusa ogni responsabilità solidale.

Le decisioni del Collegio Arbitrale sono assunte a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

C.2.3 PRECISAZIONE

Si prende atto tra le parti che la Fondazione ENPAM rimane comunque estranea ad ogni eventuale controversia tra la Società e l'Assicurato derivante dall'applicazione della presente polizza.

ALLEGATO A

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococcosi epatica
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovesicoclectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfoadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- Sterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfoadenectomia
- Vulvectomia radicale allargata con linfoadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfoadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dimetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

CHIRURGIA PEDIATRICA (gli interventi sotto elencati sono in garanzia solo in caso di neonati assicurati dal momento della nascita)

- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)

- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
- Correzione chirurgica di megauretere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

ALLEGATO B

ELENCO DEI GRAVI EVENTI MORBOSI

Si considerano "Grave Evento morboso" le seguenti patologie:

- Infarto miocardico acuto
- Insufficienza cardio-respiratoria scompensata che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:
 - dispnea
 - edemi declivi
 - aritmia
 - angina instabile
 - edema o stasi polmonare
 - ipossiemia
- Neoplasia maligna in trattamento con aggravamento delle condizioni generali e necessità di accertamenti o cure
- Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:
 - ulcere torbide
 - decubiti
 - neuropatie
 - vasculopatie periferiche
 - infezioni urogenitali o sovrainfezioni.
- Politraumatismi gravi che non necessitano di intervento chirurgico o per cui questo sia al momento controindicato
- Ustioni di terzo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo
- Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale e midollare
- Sclerosi multipla
- Sclerosi laterale amiotrofica
- Morbo di Parkinson
- Gravi miopatie
- Insufficienza renale che necessiti di dialisi



Piano Sanitario Integrativo (N° 40010473) per gli iscritti Fondazione Enpam

DEFINIZIONI DEI TERMINI UTILIZZATI NELLA POLIZZA

Assicurazione

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Contraente

Il soggetto che stipula la polizza.

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.

Società

Unisalute S.p.A. Compagnia di Assicurazioni.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Malattia

Qualunque alterazione dello stato di salute, che non sia malformazione o difetto fisico, anche non dipendente da infortunio.

Malformazione

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Massimale

L'importo stabilito negli specifici articoli di polizza che rappresenta la spesa massima che la Società si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Difetto fisico

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Istituto di Cura

Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Struttura sanitaria convenzionata

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui Unisalute ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

Ricovero

La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento

Day-hospital

Le prestazioni sanitarie relative a terapie mediche e chirurgiche praticate in Istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.

Intervento chirurgico

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero o di day-hospital in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero o il day-hospital stessi o per altre prestazioni ad essi connesse.

Intervento chirurgico ambulatoriale

Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.

Accertamento diagnostico

Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Franchigia

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato. Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.

Scoperto

La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.

SEZIONE A - OGGETTO DELL' ASSICURAZIONE

GARANZIE , PRESTAZIONI, LIMITAZIONI

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto per le spese sostenute dall'Assicurato per:

- ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico, diverso da Grande Intervento di cui all'allegato A, reso necessario da malattia e da infortunio;
- ricovero in Istituto di cura senza intervento chirurgico, non conseguente a Grave Evento Morboso di cui all'allegato B, reso necessario da malattia e da infortunio;
- parto e aborto terapeutico;
- day-hospital ;
- intervento chirurgico ambulatoriale;
- prestazioni di alta specializzazione;
- cure oncologiche;
- interventi chirurgici odontoiatrici;
- prestazioni odontoiatriche particolari;
- servizi di consulenza.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Assicurato può rivolgersi, con le modalità riportate alla voce "Sinistri" delle Condizioni Generali, a:

- a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società
- b) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società
- c) Servizio Sanitario Nazionale

Le modalità di utilizzo delle strutture sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

2. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione può essere stipulata dai titolari che abbiano aderito alla Polizza base Enpam-Unisalute.

Può essere estesa ai componenti il proprio nucleo familiare per i quali sia stata resa operante la Convenzione (“Piano Base”) di Fondazione ENPAM.

In questo caso dovranno essere inclusi tutti i familiari inseriti nella Convenzione (“Piano Base”) ENPAM.

3. RICOVERO

3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA CON INTERVENTO CHIRURGICO DIVERSO DA GRANDE INTERVENTO (come da allegato A) E SENZA INTERVENTO CHIRURGICO NON CONSEGUENTE A GRAVE EVENTO MORBOSO (come da Allegato B) A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre- ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 100 giorni precedenti l’inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall’infortunio che ha determinato il ricovero.

Le prestazioni possono essere attivate in strutture convenzionate con la Società, esclusivamente alle modalità indicate al punto C.1.1 “Sinistri in strutture convenzionate con la Società”; diversamente la garanzia verrà prestata in forma rimborsuale.

b) Intervento chirurgico

Onorari del chirurgo, dell’anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all’intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

c) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di □. 200,00 al giorno, compreso il caso di ricovero in terapia intensiva.

e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell’accompagnatore nell’Istituto di cura o in struttura alberghiera.

Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di □. 100,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

f) Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall’istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall’infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all’atto delle dimissioni dall’istituto di cura.

Le prestazioni possono essere attivate in strutture convenzionate con la Società, esclusivamente alle modalità indicate al punto C.1.1 “Sinistri in strutture convenzionate con la Società”; diversamente la garanzia verrà prestata in forma rimborsuale.

3.2 TRASPORTO SANITARIO

La Società rimborsa le spese di trasporto dell’Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all’Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di □ 1.000,00 per ricovero.

3.3 DAY-HOSPITAL A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Nel caso di day-hospital, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 “Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico diverso da Grande Intervento (di cui all’allegato A) e senza intervento chirurgico, non conseguente a Grave Evento Morboso (di cui all’Allegato B), a seguito di malattia e infortunio” e 3.2 “Trasporto sanitario” con i relativi limiti in essi indicati. La garanzia non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici.

3.4 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 “Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico diverso da Grande Intervento (di cui all’allegato A) e senza intervento chirurgico, non conseguente a Grave Evento Morboso (di cui all’Allegato B), a seguito di malattia e infortunio” lett. a) “Pre-ricovero”, b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, f) “Post-ricovero” e 3.2 “Trasporto sanitario” con i relativi limiti in essi indicati.

3.5 INDENNITA’ SOSTITUTIVA

L’Assicurata, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un’indennità di □. 65,00 per ogni giorno di ricovero con pernottamento per un periodo non superiore a 30 giorni per ogni ricovero.

3.6 PARTO E ABORTO

3.6.1 PARTO CESAREO

In caso di parto cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 “Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico diverso da Grande Intervento (di cui all’allegato A) e senza intervento chirurgico non conseguente a Grave Evento Morboso (di cui all’Allegato B), a seguito di malattia e infortunio” lett. b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Retta di degenza”, e) “Accompagnatore”, f) “Post-ricovero”, e 3.2 “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di □ 5.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia “Trasporto sanitario”.

3.6.2 PARTO NON CESAREO E ABORTO TERAPEUTICO

In caso di parto non cesareo e aborto terapeutico effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 “Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico diverso da Grande Intervento (di cui all’allegato A) e senza intervento chirurgico non conseguente a Grave Evento Morboso (di cui all’Allegato B) a seguito di malattia e infortunio” lett. b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Retta di degenza”; relativamente alle prestazioni “post-ricovero” vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti al punto 3.1 “Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico diverso da Grande Intervento (di cui all’allegato A) e senza intervento chirurgico non conseguente a Grave Evento Morboso (di cui all’Allegato B) a seguito di malattia e infortunio”, lettera f)

“Post-ricovero”, e 3.2 “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di □ 4.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia “Trasporto sanitario”.

3.7 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione delle seguenti:

punto 3.2 “Trasporto sanitario”;

che vengono rimborsate all’Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati e delle seguenti:

punto 3.5 “Parto e aborto”;

che vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti ai punti indicati.

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società.

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all’Assicurato con uno scoperto del 30%, con il minimo non indennizzabile di □. 1.000,00 ad eccezione delle seguenti:

punto 3.1 “Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico diverso da Grande Intervento (di cui all’allegato A) e senza intervento chirurgico, non conseguente a Grave Evento Morboso (di cui all’allegato B), a seguito di malattia e infortunio”:

– lett. d) “Retta di degenza”;

– lett. e) “Accompagnatore”;

punto 3.2 “Trasporto sanitario”;

punto 3.5 “Parto e aborto”;

che vengono rimborsate all’Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.5 “Indennità Sostitutiva”.

Qualora l’Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall’Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l’indennità sostitutiva”.

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell’Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) “Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati” o b) “Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società”.

3.8 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a □ 200.000,00 per nucleo familiare.

4. ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) (“anche digitale”)

- Angiografia
- Arteriografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vescicolodeferentografia
- Videangiografia
- Wirsunggrafia

Accertamenti

- Amniocentesi
- Doppler
- Ecocardiografia
- Ecocolordoppler
- Ecografia
- Ecotomografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Holter
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Radioterapia

Per l’attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di □. 60,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a

□. 5.000,00 per nucleo familiare.

5. CURE ONCOLOGICHE

Nei casi di malattie oncologiche la Società liquida le spese relative a chemioterapia e terapie radianti (se non effettuate in regime di ricovero o day hospital) con massimale autonomo.

Si intendono inclusi in garanzia le visite, gli accertamenti diagnostici e le terapie (anche farmacologiche).

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 25% -

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a □. 8.500,00 per nucleo familiare.

6. PRESTAZIONI DI ODONTOIATRIA

6.1 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società liquida le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale:

- osteiti mascellari che coinvolgono almeno un terzo dell'osso
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- adamantinoma
- odontoma
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

La documentazione medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma, ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare;
- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari;

Le spese sostenute vengono liquidate nel limite annuo di □ 3.000,00 per assicurato.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% .

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

6.2 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società provvede al pagamento di un sinistro costituito da una visita specialistica e da una seduta di igiene orale professionale l'anno in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni sotto indicate sono nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità. Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione

- Ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale. La Società provvederà al pagamento della prestazione fino ad un massimo di □. 60,00;

- Visita specialistica odontoiatrica.

Restano invece a carico dell'Assicurato, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico della struttura convenzionata riscontri, in accordo con la Società, la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene orale nell'arco dello stesso anno assicurativo, la Società provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

7. SERVIZI DI CONSULENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde 800-822444 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione tickets, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con la Società.

c) Pareri medici

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

8. LIMITAZIONI

8.1 - ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione non è operante per:

1. le cure per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie;
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici ad eccezione di quanto previsto al punto 6. "Prestazioni di odontoiatria";
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche;
5. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
6. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
7. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.
Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
8. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
9. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
10. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
11. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
12. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
13. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

8.2 - LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento dell'80° anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza successiva al compimento di tale età da parte del titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare l'assicurazione cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga l'80° anno di età, l'assicurazione cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Assicurato.

8.3 - TERMINI DI ASPETTATIVA

La garanzia decorre dalle ore 24:

- dal giorno di effetto dell'assicurazione per le malattie manifestatesi in un momento successivo alla decorrenza della copertura e per gli infortuni;
- del 90° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le conseguenze di malattie e infortuni preesistenti alla data di effetto dell'assicurazione; relativamente alle malattie, il termine di

aspettativa opera per le conseguenze di stati patologici manifestatisi anteriormente alla decorrenza dell'assicurazione;
- del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per il parto e l'aborto terapeutico.

I termini di aspettativa sopraindicati non vengono applicati qualora la persona risulti essere stata assicurata per le rispettive garanzie con la Convenzione ENPAM ("Piano Base") o con il "Piano Integrativo" nell'annualità 2010.

9. PREMI

I premi annui per ogni persona per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi:

fino a 40 anni □ 415 ; da 41 a 79 anni □ 670

Nel caso di estensione della copertura al nucleo familiare come definito al punto 2 "Persone assicurate", alla somma complessiva dei premi come sopra indicati corrispondenti a ogni singolo componente del nucleo familiare, viene applicata una percentuale di sconto in ragione del numero dei familiari secondo la seguente tabella:

iscritto + 1 familiare	sconto 5%
iscritto + 2 familiari	sconto 10%
iscritto + 3 familiari	sconto 20%
iscritto + 4 familiari e oltre	sconto 25%

Si precisa che l'età di riferimento per l'applicazione del premio per ogni componente del nucleo familiare è quella effettiva della persona assicurata.

SEZIONE B - CONDIZIONI GENERALI

B.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione ha effetto dalle ore e dal giorno indicati in polizza se il premio complessivo della prima annualità è stato pagato entro 90 giorni dalla decorrenza del contratto, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Per il pagamento del premio complessivo relativo all'annualità successiva, il termine previsto dall'art. 1901 del C.C. è prorogato a 90 giorni. Resta peraltro inteso che, qualora entro il predetto termine il premio non venisse pagato, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del giorno di scadenza del termine stesso. Il premio annuo complessivo di polizza sarà determinato dalla somma dei singoli premi versati dagli Assicurati.

Il premio annuo complessivo, relativo alle quote di adesione di polizza ricevute, sarà versato dall'E.N.P.A.M. alla Società.

B.2 DURATA DELL'ASSICURAZIONE/TACITA PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

La polizza ha durata annuale e scade alle ore 24 del 31/12/2011. In mancanza di disdetta, l'assicurazione si intende tacitamente rinnovata per il periodo di un anno e così successivamente di anno in anno.

L'eventuale disdetta della polizza deve essere comunicata all'altra Parte a mezzo raccomandata almeno sessanta giorni prima della scadenza del contratto.

Relativamente al singolo aderente, in deroga all'art. 1901 del c.c. le Parti (Società, Contraente, Assicurato) si danno reciprocamente atto che qualora alla scadenza di ogni annualità assicurativa, e rinnovatosi tacitamente il contratto, non sia corrisposto il premio relativo alla successiva annualità da parte del singolo aderente al-

l'assicurazione, quest'ultima, trascorsi 30 giorni, sarà risolta di diritto con riferimento al singolo aderente stesso.

B.3 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche del contratto successive alla stipulazione della polizza debbono essere provate per iscritto.

B.4 ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della polizza.

B.5 FORO COMPETENTE

Per le controversie relative al presente contratto, il Foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato.

B.6 TERMINI DI PRESCRIZIONE

Ai sensi dell'art. 2952 c.c., il termine di prescrizione dei diritti relativi alla presente polizza è di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

B.7 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

B.8 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo dell'assicurato di darne avviso per iscritto in caso di sinistro, ai sensi dell'art. 1910 c.c.

B.9 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

SEZIONE C - SINISTRI

C.1 DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di Unisalute al numero verde gratuito 800-822444 (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389046) e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa sono a sua disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il piano sanitario.

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato ai successivi punti C.1.1 "Sinistri in strutture convenzionate con la Società", C.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" o C.1.3 "Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale".

Qualora l'Assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Società senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate ai punti C.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" e 3.7 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private e pubbliche non convenzionate con la Società".

C.1.1 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

In caso di ricovero dovrà inoltre sottoscrivere, al momento dell'am-

missione nell'Istituto di cura, la lettera d'impegno, con cui l'Assicurato si impegna a versare alla struttura convenzionata eventuali importi di spesa che resteranno a suo carico in quanto non coperti dal piano, e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extraricovero l'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. A tal fine l'Assicurato delega la Società a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate.

Qualora venga effettuata in una struttura convenzionata una qualsiasi prestazione sanitaria da parte di personale non convenzionato, tutte le spese sostenute dall'assicurato verranno liquidate con le modalità previste ai punti C.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" o C.1.3 "Sinistri nel servizio sanitario nazionale" e con l'applicazione di scoperti e franchigie previsti nelle singole garanzie. Anche le prestazioni di cui ai punti a) Pre-Ricovero e g) Post-Ricovero di cui all'art. 3.1 "Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico diverso da Grande Intervento (di cui all'allegato A) e senza intervento chirurgico non conseguente a Grave Evento Morboso (di cui all'Allegato B), a seguito di malattia e infortunio" possono essere attivate attraverso la rete convenzionata, sempreché sia stato effettuato il passaggio preventivo con la Centrale Operativa.

In tal caso, le prestazioni di "pre-ricovero" verranno autorizzate con tariffe agevolate; l'importo di spesa sostenuto resterà comunque a carico dell'Assicurato e verrà rimborsato integralmente solo successivamente, sempreché l'Assicurato sostenga un ricovero in strutture convenzionate e con personale convenzionato con la Società.

In caso contrario, il rimborso avverrà come previsto ai punti C.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" o C.1.3 "Sinistri nel servizio sanitario nazionale" e con l'applicazione di scoperti e franchigie previsti nelle singole garanzie.

Anche le prestazioni di "post ricovero" verranno liquidate integralmente qualora siano effettuate in strutture convenzionate e con personale convenzionato con la Società. In caso contrario, il rimborso avverrà come previsto ai punti C.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" o C.1.3 "Sinistri nel servizio sanitario nazionale" e con l'applicazione di scoperti e franchigie previsti nelle singole garanzie.

C.1.2 SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare direttamente alla sede della Società la documentazione necessaria:

- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- in caso di ricovero(*), copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di intervento chirurgico ambulatoriale(*), copia completa della documentazione clinica, conforme all'originale;
- in caso di prestazioni extraricovero, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento. Inoltre, l'Assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte della Società, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

(*) Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero / intervento chirurgico ambulatoriale, ad esso connesso, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce.

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, Unisalute avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata e previa consegna alla Società della documentazione di cui sopra entro 40 giorni dalla presentazione della necessaria documentazione medica completa. In ogni caso l'indennizzo sarà pagato in Euro ma, relativamente alle prestazioni fruite dall'Assicurato al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato. Qualora l'Assicurato abbia presentato ad altre Compagnie Assicuratrici richiesta di rimborso per il medesimo sinistro, e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico, con le modalità di cui al punto 3.7 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società", al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

C.1.3 SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti punti C.1.1 "Sinistri in strutture convenzionate con la Società" o C.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società".

Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, l'Assicurato dovrà presentare il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale, non soggetta a restituzione dopo la liquidazione del sinistro.

C.1.4 GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società
La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate dalla Società effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Assicurato.

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con la Società
La documentazione di spesa ricevuta dalla Società in copia fotostatica viene conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge mentre - qualora la Società dovesse avvalersi della facoltà di richiedere la produzione degli originali - si restituisce all'Assicurato, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

La Società, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato in merito alla stato delle Sue richieste di rimborso, provvede all'invio dei seguenti riepiloghi:

riepilogo mensile delle richieste di rimborso in attesa di documentazione liquidate e non liquidate nel corso del mese;
riepilogo annuale di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Assicurato.

C.2 CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

C.2.1 COMMISSIONE PARITETICA

E' costituita una Commissione paritetica, espressa dalle Parti, per la gestione delle controversie in relazione :

alla liquidabilità dei rimborsi richiesti dagli assicurati;
alla soluzione di eventuali contrasti interpretativi del contratto.

Per questi due argomenti la Commissione esamina i casi ad Essa sottoposti ed esprime il proprio parere che verrà poi comunicato dalla Società all'Assicurato.

La Commissione avrà anche il compito di :
verificare la congruità e l'onere delle prestazioni e dei rimborsi conseguenti a richieste formulate dagli assicurati ;
monitorare l'utilizzo del contratto da parte degli Assicurati per un controllo costante dell'andamento della polizza;
formulare, se necessario, indicazioni di modifiche contrattuali per l'annualità successiva alla scadenza del contratto.

C.2.2 ARBITRATO IRRITUALE

Qualora l'Assicurato non si ritenga soddisfatto della decisione della Commissione Paritetica per i casi di controversie di natura medica sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio, nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, ha facoltà di richiedere un arbitrato.

In tal caso le controversie verranno deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale irrituale composto da tre Arbitri.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo, o, in caso di dissenso, dal Presidente del Tribunale del luogo di residenza dell'Assicurato.

Il Collegio Arbitrale si riunirà nel comune in cui ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera l'Arbitro da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo Arbitro esclusa ogni responsabilità solidale.

Le decisioni del Collegio Arbitrale sono assunte a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

ALLEGATO A

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococchi epatica
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovesicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale

- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
 - Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
 - Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia
- ## ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
- Interventi per costola cervicale
 - Interventi di stabilizzazione vertebrale
 - Interventi di resezione di corpi vertebrali
 - Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
 - Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
 - Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

CHIRURGIA PEDIATRICA (gli interventi sotto elencati sono in garanzia solo in caso di neonati assicurati dal momento della nascita)

- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
- Correzione chirurgica di megauretere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

ALLEGATO B

ELENCO DEI GRAVI EVENTI MORBOSI

Si considerano " Grave Evento morboso " le seguenti patologie:

- Infarto miocardico acuto
- Insufficienza cardio-respiratoria scompensata che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:
 - dispnea
 - edemi declivi
 - aritmia
 - angina instabile
 - edema o stasi polmonare
 - ipossiemia
- Neoplasia maligna in trattamento con aggravamento delle condizioni generali e necessità di accertamenti o cure
- Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:
 - ulcere torbide
 - decubiti
 - neuropatie
 - vasculopatie periferiche
 - infezioni urogenitali o sovrinfezioni.
- Politraumatismi gravi che non necessitano di intervento chirurgico o per cui questo sia al momento controindicato
- Ustioni di terzo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo
- Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale e midollare
- Sclerosi multipla
- Sclerosi laterale amiotrofica
- Morbo di Parkinson
- Gravi miopatie
- Insufficienza renale che necessiti di dialisi

MODULO DI ADESIONE E AUTOCERTIFICAZIONE - Piani Sanitari ENPAM

(stipulati in convenzione con Unisalute)

Da inviare firmato entro il 31/12/2010 a: Fondazione ENPAM - Casella Postale 7216 - 00162 ROMA NOMETANO

Periodo copertura: dalle ore 00,00 del 01.01.2011 - alle ore 24,00 del 31.12.2011. Piano Base N. 40010472- Piano Integrativo N. 40010473

DATI ANAGRAFICI TITOLARE

Codice ENPAM

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Io/Sottoscritto/a _____ Nato/a a _____ Il _____

Tel./Cell. _____ E-mail _____ @ _____

Confermo, con le firme da me qui poste, la mia dichiarazione indicata sul retro, al punto A) e aderisco (per me e per i miei familiari, se da me inseriti nel sottostante prospetto) al:

Costo per ogni persona assicurata

	<input type="checkbox"/>	SOLO Piano Base N. 40010472	<input type="checkbox"/>	PIANO BASE + INTEGRATIVO N. 40010472 e N. 40010473
Fino a 40 anni **		€ 170		€ 585 (170+415)
Da 41 a 79 anni		€ 420		€ 1.090 (420+670)
Da 80 e oltre **		€ 420		Non possibile per oltre 79 anni

** Che al 31.12.2010 non hanno compiuto 41 anni o 80 anni

DATI ANAGRAFICI dei COMPONENTI il NUCLEO FAMILIARE (Titolare/ coniuge o convivente more uxorio/figli conviventi fiscalmente a carico)

	Cognome e Nome	Codice Fiscale	COSTO			
Titolare			€			
Coniuge			€			
Figlio/a			€			
Figlio/a			€			
Figlio/a			€			
Figlio/a			€			
Figlio/a			€			
Figlio/a			€			
Figlio/a			€			
Totale Costi			€			
Sconto per nuclei composti da:	2 persone	3 persone	4 persone	5 o più persone	Totale sconto	€-
	5%	10%	20%	25%		
Totale da versare			€			

Prendo atto che, in caso di discordanza tra l'importo complessivo da me calcolato e quello effettivamente da me dovuto, prevarrà quello che mi sarà comunicato con il bollettino Mav, che la Banca Popolare di Sondrio emetterà (su richiesta di Enpam) e che mi verrà inviato a mezzo posta, non appena Enpam avrà ricevuto e registrata la mia adesione. Se avrò spedito il presente modulo di adesione entro il 31.12.2010 e pagato il dovuto entro la data indicata sul Mav, il Piano sanitario da me scelto, avrà efficacia (per me e per i miei familiari - se da me inseriti) dalle ore 00 dell' 1.01.2011 e scadrà alle ore 24 del 31.12.2011.

Per conferma dell'adesione (per me stesso e per i miei familiari, se da me inseriti)

Luogo e data

Firma

Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assicurative e liquidative (Art. 23 D.Lgs. n. 196/03 - Codice protezione dei dati personali). Sulla base dell'informativa allegata, potete esprimere il consenso, valevole per il trattamento dei Vostri dati personali, eventualmente anche sensibili, per finalità assicurative e liquidative, apponendo la Vostra firma e facendo apporre quella dei Vostri familiari assicurati. Ricordiamo che in mancanza di questo consenso Enpam e UniSalute S.p.A. (o altro soggetto della catena assicurativa) non potranno dare esecuzione alla Sua richiesta di adesione e/o non potranno essere trattati i dati sensibili per la liquidazione degli eventuali sinistri o rimborsi.

Firma consenso al trattamento dei dati personali

T i t o l a r e	Firma	
Coniuge o Convivente (more uxorio)	Firma	
Figlio/a	Firma	
Figlio/a	Firma	
Figlio/a	Firma	
Figlio/a	Firma	
Figlio/a	Firma	
Figlio/a	Firma	
Figlio/a	Firma	

Consenso al trattamento dei dati personali comuni per finalità commerciali (Art. 23 del D.Lgs. n. 196/03 - Codice in materia di protezione dei dati personali). Sulla base dell'Informativa allegata, potrete fornire il Vostro consenso alle società facenti parte di Unipol Gruppo Finanziario (elencate nell'informativa) per le finalità commerciali indicate al punto 3 (b, c,d) dell'informativa. Lei è assolutamente libero di non dare il suo consenso e di non firmare la seguente dichiarazione.

Firma consenso al trattamento dei dati personali per finalità commerciali

Firma del Titolare _____



A) Dichiaro di aver ricevuto il n. 10/2010 del Giornale della Previdenza (con l'integrale descrizione dei due Piani Sanitari che Enpam ha attivato in Convenzione con Unisalute spa - disponibili anche sul sito www.enpam.it, dove è possibile consultare anche ulteriore informativa sui piani sanitari).

Dichiaro di aver esaminato e di conoscere il contenuto dei due piani sanitari (Piano Base: Solo grandi interventi chirurgici e Gravi eventi morbosi; Piano Integrativo: estensione delle garanzie a qualunque tipologia di intervento chirurgico ed altre prestazioni aggiunte). In particolare prendo atto che l'erogazione delle prestazioni spetta esclusivamente alla Società assicuratrice, e riconosco pertanto l'estraneità di Enpam da controversie tra Società di Assicurazione e Assicurati.

UNISALUTE



B) Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti

Art. 13 D. Lgs 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali

Gentile Cliente,

per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi previsti, Unisalute S.p.A., in qualità di Titolare del trattamento, ha necessità di utilizzare alcuni dati che La riguardano. Ove la copertura sia eventualmente estesa al nucleo familiare, il trattamento potrà riguardare anche i dati dei Suoi familiari e conviventi per le finalità e nei termini di seguito indicati¹.

QUALI DATI RACCOGLIAMO E COME LI TRATTIAMO

Si tratta di dati comuni (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione) che Lei stesso od altri soggetti⁽¹⁾ ci fornisce; nonché di dati di natura sensibile⁽²⁾, indispensabili per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il rilascio della polizza e per la gestione dell'attività assicurativa e, in alcuni casi, obbligatorio per legge⁽³⁾. In assenza di tali dati non saremo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati comuni ulteriori (recapito telefonico fisso e mobile e indirizzo di posta elettronica) può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio ed eventualmente, ove Lei sia d'accordo, per illustrarLe nuove opportunità commerciali, anche delle società facenti parte di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A.

I dati così acquisiti non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, solo dal personale incaricato dalle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa⁽⁴⁾.

TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI (COMUNI E SENSIBILI) PER FINALITÀ ASSICURATIVE

I dati personali saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti⁽⁵⁾; ove necessario potranno essere utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo⁽⁶⁾ e potranno essere inseriti in un archivio clienti di Gruppo.

I dati personali di natura sensibile (relativi al Suo stato di salute) potranno essere oggetto di trattamento soltanto previo rilascio di esplicito consenso della persona interessata (Cliente o Suo eventuale familiare/convivente) così come richiesto nella specifica sezione della pagina precedente.

I dati personali potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi richiesti od in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa⁽⁷⁾.

Ai fini dell'estensione della copertura assicurativa a favore di familiari/conviventi, alcuni dati anche sensibili relativi alle prestazioni assicurative effettuate a loro favore saranno messi a conoscenza anche del Cliente, quale contraente della polizza, ove necessario per la gestione della medesima polizza, nonché per la verifica delle relative coperture e massimali a disposizione del Cliente e del suo nucleo familiare.

TRATTAMENTO DI DATI COMUNI PER FINALITÀ COMMERCIALI

In una sezione separata Le chiediamo di esprimere un specifico consenso per il trattamento dei Suoi soli dati comuni (compresi recapito telefonico fisso e mobile e indirizzo di posta elettronica) per finalità commerciali: il Suo consenso ci permetterà di utilizzare i Suoi dati per finalità di rilevazione della qualità dei servizi, ricerche di mercato ed indagini statistiche, promozione e vendita di servizi e/o prodotti della nostra Società e delle società del nostro Gruppo⁽⁶⁾ svolte per posta o telefono, con sistemi anche automatizzati, e-mail, fax, messaggi preregistrati e SMS, ed analisi dei prodotti e servizi richiesti.

Il consenso al trattamento dei Suoi dati comuni per tali finalità è facoltativo e il suo mancato rilascio non incide sui rapporti assicurativi in essere.

Esclusivamente per le qui descritte finalità e solo nel caso Lei abbia prestato il Suo consenso, i Suoi dati potranno essere comunicati anche ad altri soggetti - in Italia o all'estero - che li utilizzeranno come autonomi titolari. In particolare, i Suoi dati potranno essere trattati da taluni dei seguenti soggetti: società - anche bancarie - del Gruppo UGF; società specializzate per attività di informazione e promozione commerciale, per ricerche di mercato e per indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti.

Il consenso che Le chiediamo di esprimere riguarda, pertanto, anche gli specifici trattamenti effettuati da tali soggetti.

QUALI SONO I SUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D.Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione.

Titolare del trattamento dei Suoi dati comuni e sensibili è Unisalute S.p.A. (www.unisalute.it), con sede in Via del Gomito n. 1 - 40127 Bologna.

Per ogni eventuale dubbio o chiarimento, nonché per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie di soggetti ai quali comunichiamo i dati e l'elenco dei Responsabili potrà consultare i siti www.unisalute.it o rivolgersi al Responsabile per il riscontro agli interessati presso UGF Assicurazioni S.p.A. con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna - e-mail: privacy@ugfassicurazioni.it.

Note

- 1) Ad esempio, contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.
- 2) Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale. Sono considerati particolarmente delicati anche i c.d. dati giudiziari relativi a sentenze o indagini penali.
- 3) Ad esempio, in materia di accertamenti fiscali, ecc.
- 4) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.
- 5) Ad esempio, per predisporre o stipulare polizze assicurative, per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie di Unipol Gruppo Finanziario, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; l'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; l'analisi di nuovi mercati assicurativi; la gestione ed il controllo interno; attività statistico-tarifarie.
- 6) Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. ed UGF Assicurazioni S.p.A., cui è affidata la gestione di alcuni servizi condivisi per conto della altre società appartenenti al Gruppo UGF.
- 7) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia o anche all'estero (ove richiesto), da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori, mediatori di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; periti, legali; società di servizi, tra cui società che svolgono servizi di gestione e liquidazione dei sinistri (quali le Centrali Operative), servizio di quietanzamento, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta in arrivo e in partenza; medici, strutture sanitarie o cliniche convenzionate da Lei scelti; nonché ad enti ed organismi del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (indicati nell'elenco disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per il Riscontro).
- 8) Le società facenti parte di Unipol Gruppo Finanziario sono: Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. (www.unipolgf.it), UGF Assicurazioni S.p.A. (www.ugfassicurazioni.it), Compagnia Assicuratrice Linear S.p.A. (www.linear.it), Navale Assicurazioni S.p.A. e Navale Vita S.p.A. (www.navale.it), UniSalute S.p.A. (www.unisalute.it), UGF Banca S.p.A. (www.ugfbanca.it), UGF Merchant S.p.A. (www.ugfmerchant.it), UGF Leasing S.p.A. (www.ugfleasing.it), Unicard S.p.A. (www.unicard.it) e BNL Vita S.p.A. (www.bnlvita.it); i recapiti aggiornati di ogni società sono disponibili sul sito web di ogni società.

¹ In caso di polizze per nucleo familiare copia della presente informativa viene consegnata al Cliente ed ai Suoi familiari e conviventi (se maggiorenni).



29 DICEMBRE 1937

Proclamazione di indipendenza per l'Irlanda: il paese si riappropria dell'antico nome celtico Eire.

7 DICEMBRE 1941

Gli Stati Uniti entrano in guerra dopo il bombardamento giapponese di Pearl Harbor. Pochi giorni dopo, l'11 dicembre, Italia e Germania dichiarano guerra agli Stati Uniti.

10 DICEMBRE 1952

L'americano Selman Waksman viene insignito del premio Nobel per la medicina per aver scoperto il primo antibiotico contro la tubercolosi.



Selman Waksman

Dicembre e le sue storie...

Il riso castiga certi difetti pressappoco come la malattia castiga certi eccessi.

Bergson, Il riso.

Saggio sul significato del comico

10 DICEMBRE 1953

Il Nobel per la letteratura viene attribuito al primo ministro inglese Winston Churchill



Winston Churchill

17 DICEMBRE 1973

All'aeroporto romano di Fiumicino un attentato terroristico, ai danni di un Boeing della Panam, costa la vita a trenta persone.

10 DICEMBRE 1975

Eugenio Montale è Nobel per la letteratura.

27 DICEMBRE 1979

In Afghanistan le forze armate dell'Unione Sovietica occupano la capitale Kabul.

9 DICEMBRE 1990

Lech Walesa, leader di Solidarnosc, viene eletto presidente della Polonia.



Lech Walesa



Eugenio Montale

11 DICEMBRE 1991

È la stipula del Trattato di Maastricht al quale inizialmente aderirono 12 Paesi. L'Unione europea nasce ufficialmente due anni dopo, il 1° novembre del '93. Il Trattato si prefiggeva tre principali linee guida: realizzazione degli scopi prefissati dai trattati di Ceca, Cee ed Euratom, il conferimento di più poteri al Parlamento e l'introduzione entro il '99 della moneta unica, l'Euro; definizione di una politica estera e di difesa comuni; affrontare tematiche quali i problemi sociali, del lavoro e dell'immigrazione.

21 DICEMBRE 1991

Si scioglie l'Unione delle repubbliche socialiste sovietiche, l'Urss, e prende vita la Comunità degli Stati indipendenti, la Csi.

25 DICEMBRE 1997

Muore Giorgio Strehler, regista e fondatore del Piccolo Teatro di Milano.



Giorgio Strehler



TEMPI E MODI PER LA PUBBLICAZIONE

Le notizie inerenti congressi, convegni, corsi e manifestazioni scientifiche, devono essere rese note alla redazione del giornale dell'Enpam - **oltre tre mesi prima dell'evento** - tramite posta all'indirizzo Via Torino, 38 - 00184 Roma; via e-mail all'indirizzo congressi@enpam.it; via fax ai numeri 06/48294260 - 06/48294793. Per esigenze tipografiche e di spazio si invita a trasmettere testi sintetizzati in circa dieci righe. Si ribadisce che la pubblicazione degli avvisi è gratuita.

Associazione italiana per la ricerca e l'aggiornamento scientifico

Medicina manuale e manipolazioni

Padova, a.a. 2010-2011

Obiettivi: undici seminari teorico-pratici, della durata complessiva di 200 ore, consentono al professionista di apprendere e praticare la metodica del prof. Robert Maigne di Parigi. La presenza dei maestri francesi dell'equipe del prof. Maigne, primo fra tutti del prof. Alain Gourjon e dei suoi migliori allievi francesi e italiani, garantisce una didattica fedele alla tecnica, scevra da errori di interpretazione, ed una sua immediata attuazione

Iscrizioni: le iscrizioni si aprono il 1° gennaio 2011

Informazioni: e-mail: info@airas.it, tel. 338 6577169 (Carla Pedone- Responsabile segreteria organizzativa), tel. 337 521885 (prof. F. Ceccherelli - Direttore e Vicepresidente A.I.R.A.S.), sito web: www.airas.it

Dissezione anatomica per chirurgia della calvizie

Nizza, 2-4 dicembre, Istituto di anatomia umana Ospedale Pasteur

Docenti: prof. Michele Roberto, prof. Vincenzo Gambino, prof. Roberto D'Ovidio, prof. Robert Leonard, prof. Bessam Farjo

Programma: il corso consta di lezioni teoriche e di esercitazioni pratiche e sessioni dissectorie sul cadavere. Saranno trattati tutti gli argomenti di chirurgia della calvizie per l'autotrapianto

Informazioni: **Segreteria Scientifica** prof. Michele Roberto, Corso Cavour 130, Bari, addetto stampa Liliana Chiari tel. 080 5247933, e-mail: seab2003@libero.it

Segreteria Organizzativa: SIACH dott. Giuseppe Garo, tel. 340 3785028, e-mail: info@siach.eu



Medicina estetica

Catania, 17-18-19-20 febbraio, 14-15-16-17 aprile, Hotel Mediterraneo

Direzione scientifica: prof. Giovanni Biondi

Argomenti principali: visita-psicologia, peeling, implantologia dermoestetica, scleroterapia, obesità e dietologia

Informazioni: Segreteria Scientifica tel. 329 4851520

Segreteria Organizzativa: tel. 095 437357

Università degli studi di Bologna

Endoscopia avanzata

Bologna, a.a. 2010-2011

Direttore: prof. Giancarlo Caletti

Principali argomenti: il Master, che avrà inizio nel gennaio 2011, tratterà di: ecografia endoscopica diagnostica e operativa; endoscopia operativa delle vie biliari e pancreatiche; diagnosi e terapie endoscopiche delle urgenze emorragiche; terapie endoscopiche delle neoplasie iniziali e palliazione di quelle avanzate; utilizzo degli strumenti avanzati per endoscopia

Ammissione e termine: l'ammissione al Master avverrà per titoli ed esame, per un massimo di 10 partecipanti; il termine per la presentazione delle domande è il 17/12/2010

Informazioni e iscrizioni: tel. 051 6955224, e-mail: g.caletti@ausl.imola.bo.it, fax 051 6955206

sito web: www.unibo.it

Società italiana di floriterapia

Floriterapia clinica

Bologna, 30 gennaio, 27 febbraio, 20 marzo, 10 aprile, 8 maggio, 5 giugno

Obiettivi: si propone di fornire al medico le evidenze scientifiche e le competenze per l'efficace gestione dei disturbi emotivi, psicosomatici e somatopsichici nella pratica clinica della medicina di base e specialistica. Il corso, finalizzato all'immediata applicazione, si svolge attraverso lezioni frontali, case-study, role-play e supervisioni cliniche

Informazioni: Segreteria Organizzativa Società italiana di floriterapia, tel. 051 441020, 333 3857130,

e-mail: info.sif@libero.it

Agopuntura

Torino, 17 dicembre

Struttura: il Corso ha carattere quadriennale e sono previsti sei seminari annuali, per un totale di 480 ore di formazione residenziale, più 50 ore di pratica clinica ambulatoriale in regime di tutoraggio. Al termine viene assegnato l'Attestato italiano di agopuntura F.i.s.a.

Argomenti principali: fondamenti di medicina cinese, punti e meridiani di agopuntura, eziopatogenesi, semeiotica e diagnostica agopunturali, metodiche di infissione e di manipolazione dell'ago, neurofisiologia dell'agopuntura, principali quadri sindromici della mtc, agopuntura clinica nelle varie specialità. Esercitazioni pratiche, discussione di casi clinici

Informazioni ed iscrizione: segreteria CSTNF, tel. 011 3042857, e-mail: info.cstnf@fastwebnet.it,

sito web: www.agopuntura.to.it

Ecm: il corso assegna crediti ecm

Terapia dei tumori del fegato

Torre del Greco (Na), 11 dicembre, Palazzo Vallelonga

Obiettivi: il congresso è rivolto ai medici di medicina generale, chirurghi, gastroenterologi, oncologi, epatologi e ha lo scopo di far conoscere i diversi approcci terapeutici nel campo dei tumori primitivi e secondari del fegato

Informazioni: Segreteria Scientifica dott. Sordelli I., tel. 328 6598053, e-mail: info@ignaziosordelli.com

Segreteria Organizzativa: Sig.ra Mennella Colomba, tel. 340 1446371,

e-mail: segreteria@ecografiainterventistica.it, sito web: www.ecografiainterventistica.it



Facoltà di medicina dell'università di Siena

Medicina integrata

Siena, da gennaio 2011 a giugno 2012, Polo didattico di Colle Val D'Elsa

Argomenti: Master biennale teorico-pratico in medicina integrata. Sono previsti tre percorsi didattici per il conseguimento del diploma con indirizzo in omeopatia, agopuntura o fitoterapia. Il Master è riservato all'area sanitaria e rivolto alla formazione teorico-pratica di laureati in medicina, farmacia, ctf e odontoiatria

Scadenza iscrizioni: 23 dicembre

Informazioni: d.ssa Simonetta Bernardini, e-mail: bernardinis@virgilio.it, cell. 340 7291939, Università di Siena: Franchi@unisi.it

Segreteria Organizzativa: Fimo srl, tel. 055 6800389, e-mail: m.ceredi@fimo.biz

Ecm: esonero ecm per tutta la durata del master

Istituto nazionale tumori – Fondazione G. Pascale

Ecocolor-doppler e mezzi di contrasto ecografici

Napoli, 18 gennaio – 29 aprile, aula scientifica uoc di radiodiagnostica I, Istituto Pascale

Coordinatore scuola: dott. Adolfo Gallipoli D'Errico

Responsabile corsi: dott. Orlando Catalano

Struttura: 7 lezioni e 9 esercitazioni pratiche con pazienti

Informazioni: tel. 081 5903664, e-mail: ecocontrasto.napoli@libero.it, sito web: www.ceus.it

Ecm: è stato richiesto accreditamento ecm

Crinali cooperativa sociale onlus

Clinica transculturale: discussione casi e supervisione

Milano, 28 gennaio, 18 marzo, 27 maggio, 30 settembre, 2 dicembre

Docenti: d.ssa Patrizia Bevilacqua, d.ssa Luisa Cattaneo, d.ssa Ida Finzi

Argomenti: il laboratorio di clinica transculturale vuole essere un punto di incontro e di riferimento per l'aggiornamento sulla teoria avanzata nel campo della clinica transculturale, con possibilità di discutere casi e ricevere supervisione

Informazioni: Crinali cooperativa sociale onlus, Corso di Porta Nuova 32, 20121 Milano, tel. 02 62690932, fax 02 45475919, e-mail: info@coopcrinali.it, sito web: www.crinali.org

Formazione ortodontica 2011

Palermo, Astoria Palace Hotel; Catania Nh Jolly Hotel Bellini; Lamezia Terme (Cz),

T Hotel, gennaio - luglio 2011

Relatori: dott. Nicola Minutella, dott. Arturo Fortini

Caratteristiche: il Corso consta di 7 incontri, uno al mese, e verranno forniti cdrom multimediali

Informazioni: Segreteria Organizzativa tel 091 904082, e-mail: nicolaminutella@alice.it

Ecm: il Corso è accreditato con 50 crediti ecm

Fattori di rischio psicosociali e cardiopatia ischemica

Roma, 29 gennaio; San Filippo Neri, aula del padiglione 28, S. Maria della Pietà

Responsabile scientifico: d.ssa Adriana Roncella

Obiettivi: offrire al medico una panoramica su quello che le moderne metodologie possono offrire per la stratificazione del rischio cardiovascolare; fornire a tutti i partecipanti competenze e conoscenze per la ricerca e definizione dei nuovi fattori di rischio psico-sociali; illustrare le implicazioni terapeutiche e le moderne opzioni terapeutiche, sia farmacologiche che psicoterapeutiche, sia dal punto di vista teorico, che con esercitazioni pratiche su casi clinici

Informazioni: d.ssa A. Roncella, tel. 06 33062504, 3476890950

Ecm: in fase di accreditamento



Omeopatia e patologie in otorinolaringoiatria

Roma, 15 gennaio, Istituto Nazareth, Via Cola di Rienzo 140

Argomenti: la metodologia diagnostica, clinica e terapeutica omeopatica in orl; posologia omeopatica

Informazioni: Segreteria Organizzativa I.r.m.s.o., Via Paolo Emilio 32, 00192 Roma, tel. 06 3242843, fax 06 3611963, e-mail: omeopatia@iol.it, sito web: www.irmso.it

Ecm: richiesti crediti ecm

Centro studi per l'analisi dialettica - Istituto per le scienze psicologiche e la psicoterapia sistemica

Psicoterapia professionale sistemica, psicopatologia fenomenologica e analisi dialettica

Genova, a.a. 2010-2011, Via A. M. Maragliano 8/5

Direttore Didattico: dott. G. Giacomo Giacomini

Scadenza iscrizioni: 31 gennaio

Inizio corso: 20 febbraio

Il diploma di specializzazione in psicoterapia rilasciato dalla scuola è abilitante all'esercizio legale dell'attività professionale di psicoterapeuta e costituisce titolo di qualificazione specialistica per i concorsi presso le strutture pubbliche

Informazioni e iscrizioni: tel. 010 580903, e-mail: g_giacomini@libero.it

Patologia vulvo-perineale

Milano, 21 gennaio, aula magna clinica "L. Mangiagalli"

Coordinamento scientifico: dott. Carlo Antonio Liverani

Docenti: dott. Maggiorino Barbero, dott. Roberto Bernorio, dott. Fausto Boselli, Massimiliano Brambilla, Paolo Cristoforoni, Luigi Fedele, Carlo Antonio Liverani, Leonardo Micheletti, Mario Preti

Informazioni: Segreteria Organizzativa Mediacom, Via Brescia 5, 41043 Casinalbo (Mo), tel. 059 551863, fax 059 5160097, e-mail: mediabac@tin.it, sito web: www.mediacomcongressi.it

Vaccini e strategie di vaccinazione

Firenze, 9-11 febbraio, 9-11 marzo, 13-15 aprile, 11-13 maggio, Dipartimento di Sanità Pubblica

Università degli Studi di Firenze

Direttore: prof. Paolo Bonanni

Struttura: il Corso si articola in 4 moduli che affrontano tutte le tematiche legate alle vaccinazioni, ciascuno della durata di 3 giorni, per un totale di 80 ore di frequenza. Sono previste lezioni, esercitazioni, seminari, tavole rotonde

Termine iscrizioni: dicembre 2010

Informazioni: d.ssa Giovanna Pesavento, e-mail: giovanna.pesavento@unifi.it, tel. 055 4598542

Ecm: richiesti crediti ecm

Musculoskeletal pathology

Bologna, 31 gennaio - 4 febbraio

Direttori: dott. Nicola Fabbri, dott. Marco Manfrini

Alcuni argomenti: histiocytic fibroma, fibrous dysplasia, bone cyst, eosinophilic granuloma, osteochondromas, chondromas, myositis ossificans, osteoid osteoma, osteoblastoma

Informazioni: Sig.ra Alba Ballardelli, e-mail: alba.balladelli@ior.it, tel. 051 6366757-767, fax 051 6366761

Medicina psicosomatica sistemica: la rete corpo-mente-sistema

Milano, 29-30 gennaio, 19-20 febbraio, 19-20 marzo, 16-17 aprile, 7-8 maggio, 11-12 giugno, 2-3 luglio

Argomenti: la malattia considerata come espressione nel corpo di un messaggio che va letto nella complessa interazione corpo-mente sia simbolicamente a livello individuale sia a livello del sistema in cui agisce l'individuo; vengono trattate le terapie quali le visualizzazioni che mediante il simbolo modificano lo stato psicobiologico in ipnosi, la meditazione e il relativo stato di coscienza, le rappresentazioni sistemiche dello psicodramma familiare, l'esperienza immaginativa

Informazioni: Segreteria Scientifica sig.ra Luisa Merati, tel. 348 6055289, e-mail: luisa.merati@psicosomatica.org

Segreteria Organizzativa: Sig.ra Roberta Iovino, tel. 02 48700436, 02 4048435, fax 02 48715301, e-mail: assoc-labirinto@libero.it

Ecm: accreditamento ecm

Libri ricevuti

di G. F. Barbalace



Il modello organizzativo dell'in house providing

Luigi Fruscio fa conoscere con questo lavoro il successo ottenuto dal nuovo modello organizzativo, con il quale la Pubblica Amministrazione può scegliere di affidare l'attività, sul piano negoziale, ad un produttore interno. Questo modello, conosciuto sotto il nome di "in house providing", ha il vantaggio di essere svincolato dalle discipline comunitarie che regolano gli appalti pubblici quando l'attività è affidata a produttori esterni.

Il libro dà conto, in particolare, delle potenzialità di sviluppo che l'in house providing ha in ambito sanitario e delle prospettive esistenti fra l'imprenditoria privata e le Asl. Questa tematica viene esaminata alla luce delle normative vigenti e delle esperienze fatte dal Servizio sanitario nazionale della Regione Puglia.

Luigi Fruscio

"Il modello organizzativo dell'in house providing"

Neldiritto editore, Roma - pp. 231



Genovesi di adozione

In questo libro, scritto con uno stile discorsivo e accattivante, Beppe Accarpio racconta le storie di alcuni personaggi originari di Noto, che, nel periodo successivo alla seconda guerra mondiale, si trasferirono a Genova. Queste storie di emigrazione si alternano ad altre del posto in vicende di guerra, d'amore, di resistenza di sofferenza e sfruttamento che avvengono

il lettore. E Genova, la città che ha accolto con la sua ospitale gentilezza gli emigranti del sud, è vissuta da questa gente del meridione come una nuova terra da amare, nella quale integrarsi adottandone al meglio la cultura, gli usi e il modo di parlare. Da queste storie emerge che la caratteristica più evidente dell'emigrazione verso il nord fu proprio un sincero desiderio di integrarsi nella nuova terra di adozione.

Beppe Accarpio

"Genovesi di adozione"

Nuova Editrice Genovese, Genova - pp. 176, euro 12,00



Il trapianto degli organi toracici

Gli aspetti tecnici più aggiornati del trapianto del cuore e dei polmoni vengono trattati nella monografia di Antonino M. Grande con dovizia di particolari e indiscusso rigore scientifico. Assieme alle argomentazioni prettamente chirurgiche, l'autore sviluppa anche una serie di riflessioni di notevole attualità e strettamente connesse agli interventi trattati. Il prelievo degli organi toracici, infatti, va fatto a cuore ancora pulsante e ciò solleva interrogativi etici spesso angoscianti, quali lo stato di coma, il concetto di morte cerebrale, il consenso alla donazione, il commercio degli organi e il testamento biologico. L'inclusione di questi argomenti accresce l'interesse della monografia per medici e studenti di medicina coinvolgendo anche il comune lettore alle problematiche della donazione.

Antonino M. Grande

"Il trapianto degli organi toracici"

Piccin Nova Libreria, Padova - pp. 196, euro 30,00

Storie di canzoni

Con una raccolta di ricordi biografici, di poetici testi di canzoni dialettali, di altri brani scritti con intenti diversi e un CD delle sue canzoni incluso nel volume, Aniello De Vita racconta la sua vita artistica e professionale, l'attaccamento alla sua terra, il Cilento, per il quale ha scritto la canzone intitolata "Sò nato a lo Cilento... e me ne vanto".

Queste pagine scorrevoli e spontanee fanno conoscere i suoi genitori e gli anni della sua gioventù. Danno notizia della sua prima chitarra, della laurea in medicina, del suo matrimonio e dei suoi viaggi in Italia e all'estero, dove ha incontrato tanti coreggionali in occasione di manifestazioni musicali. La musica, infatti, e le sue canzoni sono il filo conduttore di questa storia e il mezzo con il quale egli ha espresso l'amore per la vita, per la sua famiglia, per la sua professione e per la sua terra.

Aniello De Vita

"Storie di canzoni"

Edizioni Noitè, Battipaglia (SA) - pp. 254, euro 15,00





Ho paura del bullo

Lo studio, realizzato dalla psicoterapeuta Terry Bruno, è il frutto di una lunga pratica terapeutica e di formazione svolta nelle scuole assieme agli insegnanti e ai genitori. Il libro vuole essere uno strumento e una guida comportamentale per gli adulti che si imbattono, come accade sempre più spesso, di fronte a casi di bullismo, fenomeno, che, nella sua vasta

gamma di gravità, trae sempre origine dall'aggressività. L'opera si articola in una prima parte, in cui sono trattati teoricamente i vari aspetti del bullismo e dell'aggressività; una seconda parte, che presenta il caso reale di un ex bullo, dalla cui intervista emergono interessanti aspetti psicologici del fenomeno e un'ultima parte dove sono messe in evidenza le caratteristiche proprie del bullo e della vittima e viene spiegato come individuare e riconoscere queste figure, suggerendo, nel contempo, i metodi più idonei per trattare con loro.

Terry Bruno

"Ho paura del bullo"

Anicia, Roma - pp. 127, euro 17,50

Ho studiato da dottore

Con una penna felice e quel senso dell'ironia tanto diffuso fra le genti emiliane, Paolo Montanari compone i racconti riuniti in questo volume traendo ispirazione dalla sua professione di pediatra e dai ricordi della sua gioventù trascorsa in un piccolo centro della bassa bolognese. Fin dalle prime pagine egli diverte il lettore descrivendo gli aspetti più umoristici dei suoi piccoli pazienti e delle loro mamme, pre-occupate interpreti delle infermità, reali o immaginate, delle loro creature. Anche raccontando gli episodi della sua infanzia egli sa ricreare le chiosose atmosfere che si vivevano nel piccolo, affollato cinematografo del paese, nella piscina comunale, al bar della stazione locale e fa conoscere gli scherzi ingenui che si facevano allora per passare allegramente il tempo in mancanza di altri divertimenti. I proventi di questo volume sono devoluti all'associazione pro cerebrolesi FaCe.



Paolo Montanari

"Ho studiato da dottore"

Edizioni Pendragon, Bologna - pp. 140, euro 12,00

In breve

Giuseppe Sanfilippo
LIBERE DIVAGAZIONI

Un'opera originale che tratta dell'umanità dei nostri giorni osservando l'incongruenza di molti fra i più comuni comportamenti quotidiani, descritti con l'arguzia del cabarettista e spesso con inattese e sorprendenti osservazioni che riportano alla mente i celebri paradossi di Zenone di Elea. Paruzzo Printer Editore, Caltanissetta - pp. 279, euro 12,00

Antonio Spagnuolo
FRATTURE DA COMPORRE

Sogno, rimpianto, sofferte correlazioni fra passato e presente sono alla base di questo verseggiare sicuro e tagliente, dall'aspro sapore ermetico. È una poesia nella quale si percepisce la tensione di giungere ad un'analisi del sentire, ad una scomposizione del sé con l'intento di riuscire a definire e marcare il confine tra la realtà e l'illusione. Kairòs Edizioni, Napoli - pp. 92, euro 10,00

Maria Luisa Amendola, Antonio Berardi
TÈ ALLA MENTA

Scritto a quattro mani, con bella prosa fluente e accattivante, questo romanzo inserisce in una trama poliziesca d'ambientazione internazionale elementi della più sconvolgente attualità, come Osama bin Laden e l'11 settembre 2001, in un progetto di attentati kamikaze da farsi a Roma, all'Auditorium della Musica e a San Pietro. Iacobelli, Pavona di Albano (RM) - pp. 205, euro 12,00

Carlo Antonelli
OLTRE L'ABISSO DI MOINBÙ

È il seguito della precedente storia intitolata "Tempo e Luna", in cui il pilota Carren viene spedito negli anni 3000 per studiare le possibilità di salvare l'umanità dalla distruzione. In quel futuro incontra Luna che salverà lui. In questa seconda parte i due vivono nel sottosuolo incredibili avventure fantascientifiche che appassioneranno gli amanti di questo genere letterario. Ed. Giuseppe Laterza, Bari - pp. 141, euro 13,00

Margherita Gallini, Emma D'Elia, Margherita Dalle Vacche
GUERRA E CUCINA

Sono le pagine di una nonna, autrice di un diario di drammatici fatti di guerra, di una madre che compose brevi racconti, versi di intensa emotività e raccolse le sue ricette rapide e gustose, e di una nipote che riunisce amorevolmente questi scritti dando vita ad una continuità letteraria, familiare e affettiva che commuove e intenerisce il lettore. Mandistrega Editrice, Livorno - pp. 114, euro 12,00

Patologie cutanee del piede



Nato dall'esperienza acquisita in oltre dieci anni di attività come docente di Dermatologia e Patologie infettive podologiche, il testo di Carlo Pranteda è tra le rare opere che si dedicano in modo così approfondito alle manifestazioni cutanee del piede. Spesso la comparsa di lesioni cutanee sottintende patologie di altri organi o tessuti, e ne sono esempio il diabete, le malattie autoimmuni e le malattie genetiche, che possono avere serie ripercussioni generali e che hanno frequentemente nel piede una sede elettiva di localizzazione. È proprio per tale motivo che l'interpretazione delle lesioni cutanee diviene di fondamentale importanza. La semplice modalità di consultazione e l'ottima iconografia lo rendono un valido aiuto per il medico di medicina generale e gli specialisti di medicina dello sport, oltre, naturalmente, il dermatologo.

Guglielmo Carlo Pranteda
"Patologie cutanee del piede"
 Emsi, Roma – pp. 128

Cuor di veneto



Rivendicare l'identità culturale di se stessi e della propria gente non ha nulla a che fare con il campanilismo di paese, specie se - come veneti - si è gli epigoni della più longeva repubblica del mondo. E Lorenzetto lo fa non con l'improduttiva retorica di certi scritti, ma presentandoci, dopo una nutrita e documentata prefazione, alcuni personaggi emblematici nati in terra veneta quali esempi di una civiltà apparentemente oggi "fuori dal tempo". Come Antonio Scrinali che, finita la Seconda guerra mondiale, si rimise faticosamente a cercare le ossa disperse dei caduti della Prima, rimaste insepolti o sotto stele ormai soffocate dai rovi, ridando loro pace e dignità; o il medico Claudio Alberto Munari, inventore della "psicodanzaterapia", risultata utile per alcune patologie psichiatriche ma soprattutto di supporto per gli anziani rimasti soli, per i quali ha addirittura trasformato in ricovero la sua ampia abitazione. Decine di incredibili storie danno modo di conoscere da vicino l'intima generosa natura di un popolo sempre pronto a immergersi nel presente ma ostinatamente deciso a ricordare e vivere le virtù del passato. (*L.Ster.*)

Stefano Lorenzetto
"Cuor di veneto"
 Marsilio editore, Milano - euro 19,00

Tondo come il mondo

Un progetto editoriale per le scuole elementari per favorire e diffondere i principi del rispetto e della tutela dell'ambiente, con l'obiettivo di sensibilizzare gli alunni all'uso responsabile delle risorse naturali, al risparmio energetico, alla corretta gestione dei rifiuti e all'appropriato consumo dell'acqua. Nato dalla collaborazione di Cristina Gobetti, inviata di "Occhio allo spreco" su Striscia la Notizia, Piero Corva, che ne ha curato l'illustrazione, e Fondazione Ambienta, che si dedica alla promozione di politiche ambientali, "Tondo come il mondo" è stato distribuito gratuitamente in duemila classi delle otto principali città italiane. Accompagnati da BOB, il simpatico personaggio creato dalla matita di Pietro Corva, i bambini impareranno l'interconnessione tra gli elementi della natura e come le azioni quotidiane influenzano la vita e l'ambiente. Un primo passo fondamentale per capire come debbano cambiare ed evolvere le abitudini di tutti. In ogni capitolo anche alcuni esperimenti pratici per gli alunni in modo che possano comprendere appieno i concetti esposti. Al libro è, inoltre, legato un divertente concorso per le classi, al quale saranno abbinati alcuni premi.

Cristina Gobetti, Piero Corva
"Tondo come il mondo"
 Giunti progetti educativi, Firenze
 Info: tel. 055 5062383, fax 055 5062324
 e-mail proed.concorsi@giunti.it



Il parco della vita

Sono i giorni che precedono il Natale e Marco Donati, giovane commesso presso una concessionaria automobilistica di Roma, incontra Cristina, la sua ex convivente, mentre passeggia spingendo una carrozzina occupata da un bambino di pochi mesi che lei riferisce essere suo figlio. L'atteggiamento della donna ed il fatto che lui è a conoscenza della sua impossibilità ad avere figli fanno sorgere in Marco forti sospetti sulle origini del bambino che lo spingono a volerci vedere più chiaro. Accompagnato dalla sua nuova compagna, Marco va alla ricerca della verità e scopre l'esistenza della clinica lombarda *Il parco della vita* dove Cristina sostiene di aver partorito. L'ospedale, splendido e apparentemente efficiente, però, celerà una lunga serie di segreti inconfessabili...

Giuseppe Tonutti
"Il parco della vita"
 Campanotto editore, Piasan di Prato (UD) – pp. 256, euro 15,00

Ritorno al paziente. Una sfida per la formazione medica del nuovo millennio?



Il tradizionale rapporto medico-paziente, cardine e base della medicina olistica del passato, è nell'attuale medicina iperspecialistica e ipertecnologica in crisi profonda, con pazienti, cittadini e società stessa che denunciano ormai correntemente l'aspetto disumanizzante della attuale medicina clinica. Crisi profonda di valori e di identità collegata, o forse anche condizionata, in gran parte, da

un significativo ritardo culturale della formazione professionale del medico.

Questo libro si propone di analizzare criticamente le cause di questa complessa ed articolata involuzione, correlarle ai profondi cambiamenti culturali, sociali e comunicativi relazionali di questi anni per individuare, in sintonia con il tempo attuale, una rete dinamica della formazione professionale che permetta di recuperare e rivalorizzare il vecchio tradizionale rapporto medico-paziente, modificandolo culturalmente.

Pasquale Marano

“Ritorno al paziente. Una sfida per la formazione medica del nuovo millennio?”

FrancoAngeli, Milano – pp. 208, euro 18,00

Farmaci e parametri chimico-clinici



Gli eventi avversi ai farmaci in ambito sanitario hanno pesanti ricadute in termini clinici, sociali ed economici. Tra le modalità con cui tali eventi si manifestano c'è l'alterazione di un parametro di laboratorio. Questo testo supporta gli operatori sanitari nell'interpretare i dati di laboratorio e le relative alterazioni. Per ciascun parametro chimico-clinico preso in esame sono riportati,

in modo schematico, funzioni, patologie per le quali è impiegato a fini diagnostici e livelli plasmatici normali. Sono quindi elencati i farmaci la cui assunzione può causare aumento o diminuzione di tale parametro. La consultazione è facilitata da un indice riassuntivo che consente di individuare rapidamente gli effetti di un dato principio attivo sugli esiti degli esami laboratoristici. Rivolto a tutti i professionisti sanitari: medici di medicina generale e specialisti, studenti, infermieri, e farmacisti.

Achille Patrizio Caputi, Giuseppina Fava

“Farmaci e parametri chimico-clinici”

Seed, Torino – pp. 240, euro 25,00

Acronimi medici

L'adozione di abbreviazioni utilizzando le lettere iniziali degli elementi principali (acronimi) di un termine composto ha caratterizzato la recente terminologia medica al pari di altre discipline a carattere tecnico-scientifico. L'elenco riportato nel presente dizionario non ha la pretesa di essere esaustivo, ma solo quella di poter essere in qualche modo di supporto a quanti si trovano nella condizione di confrontare un acronimo memorizzato con quello riportato in questo volume. Molti acronimi possono essere collegati a più significati sia nella terminologia italiana che anglosassone e diventa, quindi, importante estrapolare il giusto abbinamento tenendo conto della materia medico-scientifica che si sta esaminando. A tale scopo è stato realizzato questo utile e pratico manuale che riporta l'elenco, in ordine alfabetico, di tutte le abbreviazioni di uso ricorrente, per un rapido collegamento dell'acronimo inserito in un testo di medicina oppure per una più rapida ricerca dello stesso.



Corrado Sfacteria

“Acronimi medici”

Edizioni Minerva Medica, Torino – pp. 344



Io non ho più paura

Un testo dedicato alla terapia cognitivo-comportamentale e al trattamento delle fobie, in cui Marco Colafelice ci racconta la paura, quella ontologica, profonda, dell'uomo, e quella legata al quotidiano, che nasce e si sviluppa nell'insicurezza propria del nostro tempo; ci narra di come le paure patologiche si leghino all'evolversi della specie umana e si manifestino,

nella singola esistenza, come espressione biologica e psicosociale di “quella” specifica persona. Il lettore viene condotto in una full immersion nel sapere pratico di questo lavoro psicoterapeutico, illustrato da una ricca casistica clinica. Un libro per gli psichiatri e gli psicologi già esperti di terapia cognitivo-comportamentale, per quelli di loro che non hanno questa formazione psicoterapeutica, per i medici di famiglia e gli operatori sanitari, ma anche, e soprattutto, per i pazienti e per i loro familiari.

Marco Colafelice

“Io non ho più paura”

Libreria Cortina editrice, Verona – pp. 152, euro 22,00

Tra navi a perdere, veleni e malattie

Tratti della costa tirrenica calabrese sono compromessi dall'affondamento di scafi contenenti rifiuti tossici nocivi, ma il territorio della regione è fortemente inquinato anche in alcune zone interne.

I dati sull'aumento di tumori e leucemie

di Orfeo Notaristefano

I tramonto sul Tirreno è sempre bello da vedere. Ma solo da vedere. Quel mare che sta di fronte ad Amantea continua a dare i suoi colori, il cielo vi si specchia dentro e l'orizzonte, quando è terso, continua a far intravedere Stromboli.

Si scatta una foto e tutto sembra essere uguale a prima, a venti, trent'anni fa. Sembra che non sia cambiato nulla. E la notte viene sempre da dire "Preferisco il rumore del mare". Tutto qui. La realtà è però diversa, tragica. Quel mare lì è fortemente inquinato non soltanto dagli scarichi senza depuratori, ma è inquinato dal fondo marino a salire verso la superficie. I fondali ospitano purtroppo gli scafi, distrutti dall'usura dell'ac-

qua, contenenti rifiuti tossici e nocivi. Quante siano queste navi affondate non si sa di preciso, forse 39, forse 53, non soltanto nel Tirreno, ma anche nello Jonio. E in tutto il Mediterraneo si è stimato che ve ne siano almeno 73, contenenti di tutto.

Questa vicenda dello smaltimento illecito di rifiuti tossici e nocivi, nonché radioattivi, risale almeno agli anni '80 e conduce a trame internazionali che c'entrano con la Somalia e quindi con la morte di Ilaria Alpi, giornalista del Tg3 e di Miran Hrovatin, cameramen. Ma c'è un altro morto in circostanze mai chiarite fino in fondo: il capitano di corvetta Natale De Grazia, che indagava attivamente su quegli strani 'giri' connessi al ciclo dei rifiuti. La sua morte improvvisa, avvenuta a soli 39 anni, mentre era impegnato in una missione importante, inducono a pensare che De Grazia sia stato "fermato", perché stava per arrivare a qualche risultato importante. Ad Amantea è sorto il Comitato "Natale De Grazia",

che ha avuto il grande merito di avere portato in emersione di nuovo la storia delle navi dei veleni e dell'inquinamento del fiume Oliva che interessa non solo Amantea, ma anche i Comuni contermini di Campora San Giovanni, Serra d'Aiello, Cleto, Malito, Aiello Calabro, ma anche San Pietro di Amantea e Coreca, località marina del territorio di Amantea. E' ancora vivo il ricordo dello spiaggiamento della nave Rosso proprio a Coreca, il 14 dicembre 1990. Una nave dell'armatore Ignazio Messina.

Ha indagato per prima la Procura di Reggio Calabria con il sostituto procuratore Francesco Neri, poi il sostituto di Paola Francesco Greco, quindi il Capo della Procura di Paola Bruno Giordano. Le indagini vanno avanti, troppi fatti devono essere ancora accertati e troppi colpevoli devono essere individuati, anche se alcuni meccanismi si sono capiti. Per esempio, si è capito bene che i veleni e le morti vengono dal mare, da navi che vengono svuotate dei loro

fusti, che vengono caricati sui TIR e trasportati in luoghi come il fiume Oliva. Rifiuti letteralmente sepolti sotto terra, coperti con una struttura in cemento, costruita apposta per occultare i carichi di veleni. Oppure i TIR puntano su zone impervie dell'Aspromonte, dove crepacci e cave naturali si prestano bene per nascondere contenitori carichi di tutto, anche di scorie radioattive delle centrali nucleari dismesse.

Avviene così che un ex paradiso terrestre si stia trasformando in una pattumiera tossica. Il meccanismo è analogo a quello ben noto dello smaltimento dei rifiuti in Campania, in mano a camorra e clan dei casalesi. Importanti aziende, anche multinazionali, pur di risparmiare sull'eliminazione dei rifiuti, avrebbero abbandonato le regole dello smaltimento nella legalità e imboccato la scorciatoia di affidare alla criminalità organizzata questo compito. Le aziende risparmiano e i criminali si arricchiscono, in questo caso la 'ndrangheta calabrese, la mafia più forte in questo momento, soprattutto grazie al controllo che esercita sul traffico mondiale di stupefacenti. Intanto il Comitato "Natale De Grazia", il WWF, Legambiente, i politici calabresi non collusi, le Istituzioni locali dei comuni interessati e della regione tutta attendono da anni risposte e certezze, risposte che non arrivano. Come an-

Un paradiso terrestre si sta trasformando in una pattumiera tossica



che non arrivano sostegni economici significativi per bonificare territori e mare. Come è avvenuto per la nave, presumibilmente la Cunski, affondata al largo di Cetraro, Alto Tirreno Cosentino. Per recuperare un relitto lungo oltre cento metri occorrono risorse finanziarie e mezzi che la Regione Calabria non possiede. L'intervento dello Stato è pertanto necessario, oltre che doveroso. "Ad Amantea c'è una leggenda. Qui si muore. Si muore di più, si muore più in fretta. Si muore in silenzio", racconta Andrea Palladino nel suo libro "Bandiera Nera, le navi dei veleni". Impressionante è la relazione del dottor Giacomo Brancati del dipartimento Tutela salute della Regione Calabria: una

CTU, sottoscritta dal Procuratore di Paola Bruno Giordano che, in 310 pagine, descrive lo sconcertante aumento di patologie tumorali ad Amantea e dintorni, la zona interessata dalla storia delle navi dei veleni. Attraverso una comparazione tra i dati di questa zona e quelli dell'intera Calabria, Brancati, aiutandosi con cartine e tabelle, arriva a conclusioni inquietanti, parlando di "pericolo attuale" per le popolazioni residenti in quell'area. Brancati afferma poi: "L'entità di danno ambientale è consistente, sia in ragione della tipologia delle sostanze presenti sia in rapporto al luogo in cui sono dimesse (il letto del fiume Oliva). Menzione specifica e particolare merita il rilievo di radionuclidi artificia-

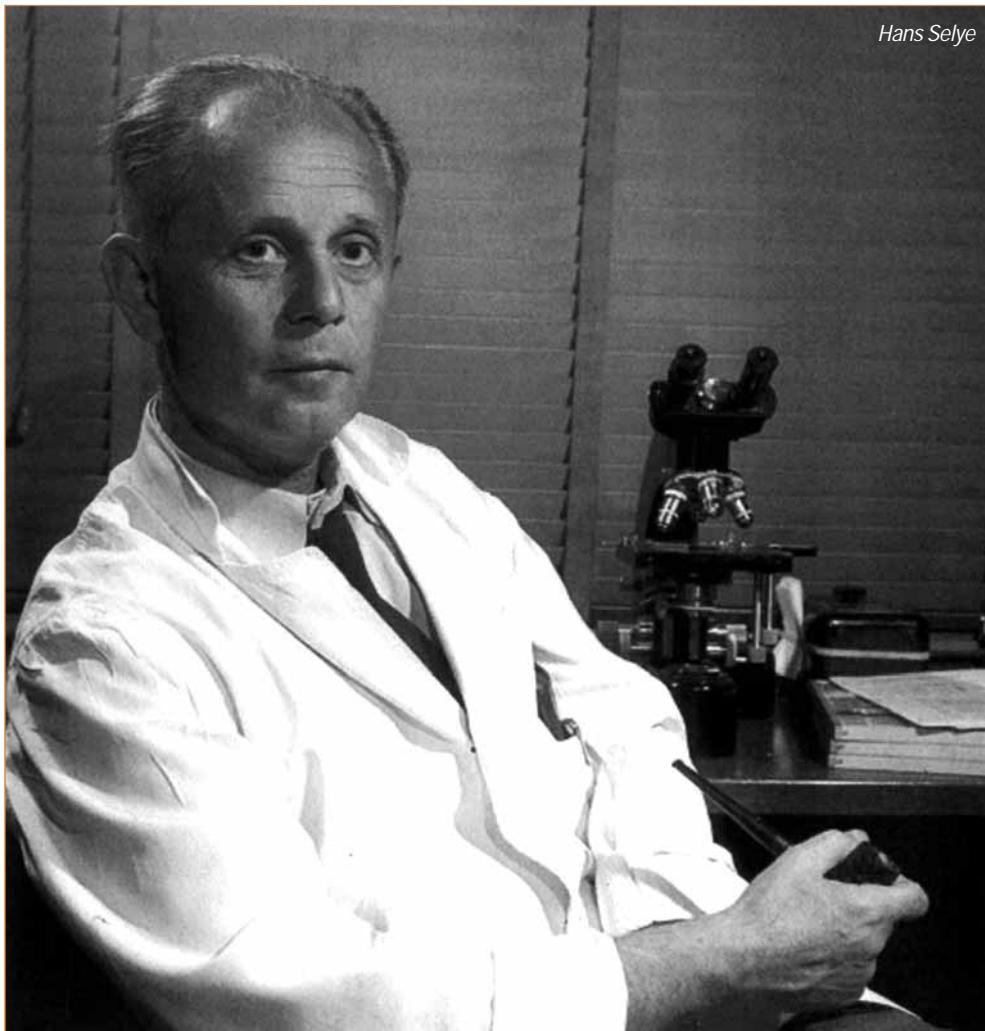
li e in particolare dell'isotopo del Cesio, la cui presenza e diffusione impone azioni tese a una caratterizzazione ulteriore e rende la fattispecie del danno ambientale assai più grave". La relazione del dottor Brancati è dell'11 maggio 2009. Conferma pertanto la precedente relazione della professoressa Rosanna De Rosa e del dottor Mario Sprovieri del 25 febbraio 2009 anche per quanto riguarda la presenza rilevata del Cesio 137, quel maledetto metallo che si sprigionò con l'esplosione della centrale di Chernobyl. Brancati parla di rapporto standardizzato di mortalità (SMR), un parametro che nella zona presa in esame risulta essere ben più alto rispetto ad altre zone della Calabria. I 13 mila

abitanti di Amantea che arrivano a poco più di 25 mila considerando gli altri Comuni citati sono colpiti da forme tumorali maligne al fegato, al colon e retto, agli organi genito-urinari e della mammella. Su quei 25 mila cittadini, si sono registrati ben 3.018 ricoveri di 1.808 cittadini nel periodo 1996-2008, una percentuale alta rispetto ai complessivi 151.717 ricoveri in tutta la regione che fa circa due milioni di abitanti.

Il Comitato "Natale De Grazia" intanto è riuscito a far intitolare un tratto di lungomare di Amantea proprio a Natale De Grazia. Chiunque passa di lì legge quell'intitolazione. Per ricordare che verità e giustizia devono ancora arrivare. •

Hans Selye, allarme, siamo surreni!

Negli anni '30 il medico viennese coniò la definizione di "Sindrome generale di adattamento" per descrivere la risposta sistemica dell'organismo ad un qualsiasi tipo di stressor, anche quello di natura positiva. La storia del "padre dello stress"



Hans Selye

l'avvento di Hitler, pensa bene di emigrare prima negli Stati Uniti e poi in Canada, ove entra alla McGill University di Montreal.

Ha solo 19 anni e frequenta il secondo anno della facoltà, quando si pone una domanda alquanto insolita: come mai molte sindromi, assai diverse tra loro, presentano tanti sintomi in comune? Perché, dopo un'emorragia profusa, dopo un'iniezione o in presenza di un tumore si diviene deboli e inappetenti, e il volto assume un'espressione particolare? Concepisce allora l'esistenza di una "sindrome da infermità", *indipendentemente* dalla natura della malattia che la sottende, probabilmente indotta da un ormone noto, se non addirittura da un ormone ancora sconosciuto (si era nel pieno exploit dell'endocrinologia). E per chiarire il mistero, al dipartimento di Biochimica dell'Università, comincia a sperimentare sui ratti con estratti ovarici di bovino, rilevando (1934) un fenomeno davvero curioso, cioè che l'iniezione di questi estratti prova essenzialmente tre fenomeni:

1. ingrossamento della corteccia surrenale;
2. riduzione delle dimensioni del timo, della milza e dei linfonodi;
3. comparsa di ulcere emorragiche dello stomaco e/o del duodeno.

In pratica, la stessa "sindrome di infermità" concepita quand'era studente. Crede

di Luciano Sterpellone

“In base ad esperienze su animali risultò chiaro che caldo, freddo, infezioni, traumi, emorragie, irritazione nervosa e molti altri stimoli provocano lo stesso tipo di alterazioni patologiche causa-

te dagli estratti di corteccia surrenale. Si ottiene così, in sede sperimentale, la replica della *sindrome di infermità*. Un modello misurabile quantitativamente”. Chi scrive è Hans Selye, il “padre dello stress”. È figlio del chirurgo di Corte dell'imperatore Francesco Giu-

seppe, ed è nato a Vienna (allora Austria-Ungheria) nel 1907. Dopo aver studiato a Parigi e Roma, si laurea in Medicina a Praga (1929), e due anni dopo in Chimica. Ma sull'Austria stanno addensandosi cupe nuvole e, prevedendo l'arrivo di tempi duri, due anni prima del-

a questo punto di aver identificato nell'ovaio la sostanza responsabile dell'ipotizzata sindrome e sta per annunciare la sua scoperta, quando nel prosieguo delle ricerche si accorge che gli stessi effetti provocati dagli estratti ovarici vengono dati anche dagli estratti di ipofisi, di rene, di milza e di altri organi.

Sembra quasi una beffa. Altro che "nuovo" ormone! L'illusione di averne scoperto uno nuovo si dissipa del tutto quando include negli esperimenti non più materiale organico, ma... la semplice formalina usata in laboratorio: e anche questa mostra di provocare gli stessi sintomi!

Selye si rende allora conto che non è un particolare stimolo a poter "stressare" l'organismo, ma una serie di *noxae* di natura quantomai diversa, anche di ordine psichico.

È del 1936 la sua prima comunicazione sullo stress, nel lavoro *A syndrome produced by diverse nocuous agents*, comparso su *Nature*: "Lo stress - scrive - scatena nell'organismo delle reazioni che possono poi concretizzarsi in una sindrome di ipertrofia della corteccia surrenale e di atrofia del sistema timo-linfatico". I dati delle ricerche, e la stessa teoria di Selye, non mancano tuttavia di suscitare perplessità e polemiche nel mondo medico, anche nell'ambiente in cui lavora: ma Selye continua imperterrita nei suoi esperimenti, divenuti sempre più ardui e fantasiosi: ad esempio,

A 19 anni concepì l'esistenza di una "sindrome da infermità" indipendente dalla natura della malattia

per "testare" gli effetti del freddo espone incolpevoli ratti al gelo delle notti canadesi o li rinchioda per ore in *frigidaire*! Ma riesce a trarre conclusioni quantomai preziose per la Scienza, che coinvolgono non solo gli effetti dell'esposizione prolungata al freddo, ma ad un qualsiasi agente nocivo; e descrive le tre fasi tipiche - successive - della sindrome di stress: reazione di allarme, fase di adattamento e fase di esaurimento. Conia per l'intera sindrome l'espressione *General Adaptation Syndrome* (GAS), Sindrome generale di adattamento.

Per Selye, quindi, una condizione di stress (febbre, intossicazione, iponutrizione, ecc.) rappresenta sia per gli animali sia per l'uomo un turbamento per l'organismo, che può coinvolgere anche le attività mentali. E la "sindrome di adattamento" non è altro che la somma delle reazioni aspecifiche e generali di danno e di difesa indotte dall'azione protratta di fattori di diversa natura: chimica, batterica, fisica, psichica. In realtà, l'esperienza dello

stress è sempre esistita, sin dai primordi dell'umanità. Lo stesso uomo preistorico si rese presto conto del nesso esistente tra lavoro pesante e affaticamento, tra malattia e perdita delle forze e del senso di benessere; e si accorse persino che se il lavoro pesante dura un certo tempo e viene poi ripetuto più volte - come il trasportare pietre o costruire una capanna - si susseguono immancabilmente tre fenomeni: all'inizio affaticamento, indi adattamento, e infine minore fatica.

In sostanza, quindi, queste reazioni aspecifiche dell'organismo hanno sempre lo stesso scopo: consentire all'organismo - dopo un breve turbamento - di "adattarsi" alle diverse *noxae*, cercando di tollerarle e di vincerle; in fondo Selye razionalizza e approfondisce il concetto di "milieu intérieur" precedentemente espresso da Claude Bernard, e quello di "omeostasi" di Walter Cannon.

Va però oltre: e documenta che lo stress differisce da altre risposte fisiche in quanto risulta ugualmente ... "stressante" sia che uno

riceva una buona notizia sia che ne riceva una cattiva, o se esso è positivo (*eustress*) o negativo (*distress*). Riconosce infine nell'asse surreno-ipotalamo-ipofisario il meccanismo che lo regola. Nel 1945 Hans Selye diviene direttore dell'Istituto di Medicina e Chirurgia sperimentale dell'Università di Montreal. Dalla sua storica pubblicazione sulla "sindrome di adattamento" ha pubblicato sul tema oltre 1700 lavori e trentanove libri. Al momento della morte (ottobre 1982), i suoi lavori erano stati citati oltre 362 mila volte nelle riviste scientifiche; e due dei suoi libri - *Stress of Life* e *Stress without Distress* - sono stati tradotti in diciassette lingue. Per di più a Selye sono state conferite ben quarantatré lauree *ad honorem*.

Eppure, neppure allo scopritore degli stress sono ...mancati gli stress. Due dei quali degni di nota: il primo lo ha quando vede andare letteralmente in fumo, per un incendio, la preziosa biblioteca di 300 mila volumi ereditata dal padre. Il secondo, decisamente il più cocente, quando gli annunciano di aver vinto il Premio Nobel: prima la gioia incontenibile, poi la doccia fredda della smentita.

Raccontano gli amici che in quei giorni il suo "viso di roditore era più lungo del solito". Sì, perché nella sua vita aveva tanto avuto a che fare con i ratti (ne avrebbe sacrificato 200 mila l'anno, circa mille al giorno) che lui - dicevano - assomigliava sempre più a un ratto... •

Riconosce nell'asse surreno-ipotalamo-ipofisario il meccanismo che regola lo stress

Alla scoperta del vecchio West

Grand Canyon, Monument Valley, Mesa Verde



testo e foto
di Mauro Subrizi

In qualunque stagione, con qualsiasi clima, a qualsiasi ora lo si visiti, il **Grand Canyon** provoca uno shock emozionale. Uno spazio e un silenzio smisurati tramortiscono i sensi, e l'ottundimento prevale sul-

l'esaltazione. Il Rio Colorado, scorrendo costantemente, ha scavato nel terreno il suo letto. Data la composizione e la pendenza dell'immenso pianoro chiamato Colorado Plateau, il fiume è riuscito ad ottenere un risultato veramente notevole.

Il Grand Canyon è lungo

445 Km, largo 29 e profondo 1600 m, il bordo nord si eleva fino a 2470 m e quello sud raggiunge i 2164. Le popolazioni indiane definivano il Grand Canyon come una montagna capovolta.

Tutti conoscono il suo aspetto spettacolare, ma ciò che lascia senza fiato, quando lo si ammira per la prima vol-

ta, è il colore del paesaggio roccioso che di ora in ora cambia tonalità, toccando ogni sfumatura del rosso e del marrone, in continuo contrasto con un cielo intensamente azzurro.

A partire dal 1919, anno in cui venne dichiarato parco nazionale, sono state create molte strutture che, pur



Colorado River



Grand Canyon

non turbando il paesaggio, consentono al visitatore di goderne anche gli angoli più remoti.

Proseguendo ad est, lungo le rive del Colorado, ai confini tra l'Arizona e lo Utah arriviamo alla **Monument Valley**.

C'è una sensazione che avvince il visitatore quando, dopo aver percorso miglia e miglia nel vuoto in uno strano stato d'ansia, si affaccia finalmente al belvedere che spalanca la vista ai monoliti più famosi al mondo.

Quanto il Grand Canyon sconcerta per le proporzioni, così la semplicità e nitidezza di questi monoliti, la loro imperturbabilità nello spazio di una pianura e di un cielo illimitati crea stupore muto. La visita alla Monument Valley è una trama di aspettative, emozioni visive e ricordi: ci sono le mesa imponenti, c'è l'esplorazione all'interno, le taciturne guide Navajo, gli antichi siti Anasazi, l'alba e il tramonto, e c'è lo storico Goulding's Trading Post, che vive dei ricordi di John Ford e del periodo aureo del western.

La Monument Valley condivide la stessa storia geologica del Colorado Plateau. Gli strati di sedimenti formati in centinaia di milioni di anni subirono il sollevamento causato dai movimenti tettonici e formarono un vasto altipiano che raggiunge una altitudine superiore ai 1500 m. Negli ultimi 50 milioni di anni l'erosione di acqua e vento ha disintegrato gli strati più friabili e levigato quelli più re-



sistenti. I Navajo iniziarono a sfruttare la valle per il pascolo nel Settecento. L'intera area della Monument Valley nel 1958 è stata dichiarata Navajo Tribal Park e ha una estensione equivalente a metà Lombardia.

Il primo film che ebbe come Location la Monument Valley fu *Stirpe eroica* Di George B. Seitz, ma la sua consacrazione cinematografica è legata a *Ombre rosse*, che John Ford girò nel 1939, e agli altri capolavori western, che il regista vi realizzò nel-

l'arco di 25 anni. Tra i film non western con scene girate in loco ricordiamo *2001: Odissea nello spazio*; *Easy Rider*; *Assassinio sull'Eiger*; *Forrest Gump*.

Spostandosi ancora verso est, si attraversa il confine con il Colorado e si raggiunge la **Mesa Verde**.

Le rovine preistoriche qui sono le più spettacolari e più visitate del Nord America, e il Cliff Palace è senz'altro il monumento più conosciuto. La sua immagine è nota in tutto il mondo; molti in-

fatti hanno visto la fotografia di una ripida parete rocciosa a metà della quale, da una grande caverna, si affaccia un villaggio di pietra. Il villaggio venne costruito tra il 1100 e il 1300 d.C. dagli Anasazi; popolazione che poi emigrò a sud-est verso il Rio Grande alla ricerca di regioni più calde e fertili.

La scoperta di Mesa Verde avvenne nel 1888 da opera dei cowboy Richard Wetherill e Charlie Mason, che attraversarono il Mancos River e risalirono il canyon verso la sommità della mesa alla ricerca di alcuni capi di bestiame dispersi dopo una nevicata.

L'espressione Mesa Verde in spagnolo vuol dire tavola verde; il parco infatti si sviluppa sulla sommità di un vasto altipiano ricco di vegetazione, che contrasta con l'arida pianura sottostante. •



Mesa Verde - Cliff Palace

CHARDIN. IL PITTORE DEL SILENZIO

FERRARA – fino al 30 gennaio 2011
È la prima grande mostra dedicata in Italia a Chardin, artista francese del Settecento, uno dei pochi ad aver elevato gli oggetti d'uso quotidiano e le scene di vita domestica a materia di rappresentazione pittorica.

Palazzo dei Diamanti
telefono: 0532 244949
www.palazzodiamanti.it

CAPOLAVORI E RESTAURI DEL COMUNE DI SIENA E DELLA FONDAZIONE MONTE DEI PASCHI DI SIENA

SIENA – fino al 9 gennaio 2011
Attraverso le numerose opere d'arte esposte conservate nel complesso museale di Santa Maria della Scala, appositamente restaurate, è possibile ammirare l'ampio dipanarsi dell'arte senese nei suoi molteplici aspetti.

Santa Maria della Scala
telefono: 0577 534511 – 534501

LE ORE DELLA DONNA

NAPOLI – fino al 3 aprile 2011
Trenta ceramiche appartenenti alla collezione di Intesa San Paolo raccontano la vita e le storie delle donne vissute tra V e III secolo avanti Cristo in Grecia e nella Magna Grecia.

Palazzo Zevallos Stigliano
www.palazzozevallos.com

MUNCH E LO SPIRITO DEL NORD.

**SCANDINAVIA
NEL SECONDO
OTTOCENTO
PASSARIANO
DI CODROIPO (UD)**

fino al 6 marzo 2011
La mostra è composta di circa centoventi dipinti provenienti da musei scandinavi, europei e americani ed è dedicata particolarmente al

paesaggio, ma anche al tema del ritratto e della figura.

Villa Manin
telefono: 0422 429999
www.lineadombra.it

TEATRO DEL SOGNO. DA CHAGALL A FELLINI

PERUGIA – fino al 9 gennaio 2011
Il sogno è il tema di questa mostra che unisce gli artisti esposti e che intreccia il Simbolismo di inizio Novecento con l'arte contemporanea, con i vari Surrealismi e le espressioni più fantastiche e suggestive del cinema.

Galleria Nazionale dell'Umbria
telefono: 0755 721009

KAITAG. GIOIELLI TESSILI DAL DAGHESTAN

PORDENONE
fino al 31 gennaio 2011
Sessantacinque esemplari di kaitag, tessuti ricamati in seta prodotti nel Daghestan (Caucaso nord-orientale), provenienti da collezioni private europee, molti dei quali del tutto inediti.

Museo Civico di Storia Naturale
telefono: 0434 392950

CRANACH. L'ALTRO RINASCIMENTO

ROMA – fino al 13 febbraio 2011
Per la prima volta in Italia vengono

esposte alla Galleria Borghese le opere del grande pittore tedesco Lucas Cranach il Vecchio.

Galleria Borghese
telefono: 06 8413979

EGITTO MAI VISTO. LE DIMORE ETERNE DI ASSIUT E GEBELEIN

FORLÌ – fino al 9 gennaio 2011
Oltre quattrocento reperti datati intorno al 2000 a.C., tra i quali dodici straordinari sarcofagi in legno stuccato e dipinto con iscrizioni che tramandano formule d'offerta e rituali magico-religiosi.

*Complesso monumentale
di San Domenico*
telefono: 0543 712659 – 199 757515
(prenotazioni)

FRANCESCO HAYEZ. IL BACIO. UN CAPOLAVORO PER L'ITALIA

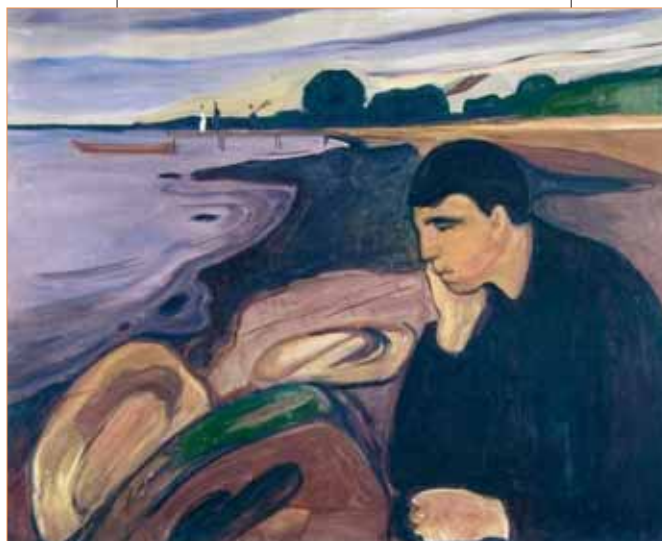
GENOVA – fino al 9 gennaio 2011
L'esposizione rientra nell'ambito delle iniziative dedicate al 150° anniversario dell'Unità d'Italia e il quadro di Hayez è una delle opere che meglio rappresenta l'amore patriottico e gli ideali risorgimentali.

*Museo del Risorgimento
Istituto Mazziniano*
telefono: 010 2465843

VINCENT VAN GOGH. CAMPAGNA SENZA TEMPO E CITTÀ MODERNA

ROMA
fino al 30 gennaio 2011
Oltre centodieci opere tra importanti dipinti, splendidi acquerelli e disegni illustrano l'intera carriera del maestro olandese mettendo in luce le due inclinazioni principali e dicotomiche: l'amore per la campagna e il legame per la città.

Complesso del Vittoriano
telefono: 06 6780363



Edvard Munch, "Malinconia", 1894-1896, olio su tela, cm 81 x 100,5

Astor Piazzolla, re del "nuevo tango"

di Piero Bottali

Figura musicalmente rivoluzionaria e come tale amata e detestata insieme, Astor Piazzolla (Mar del Plata, 1921 - Buenos Aires, 1992) dopo quasi dieci anni dalla sua scomparsa non ha ancora messo d'accordo i suoi estimatori (la maggioranza) e i suoi de-

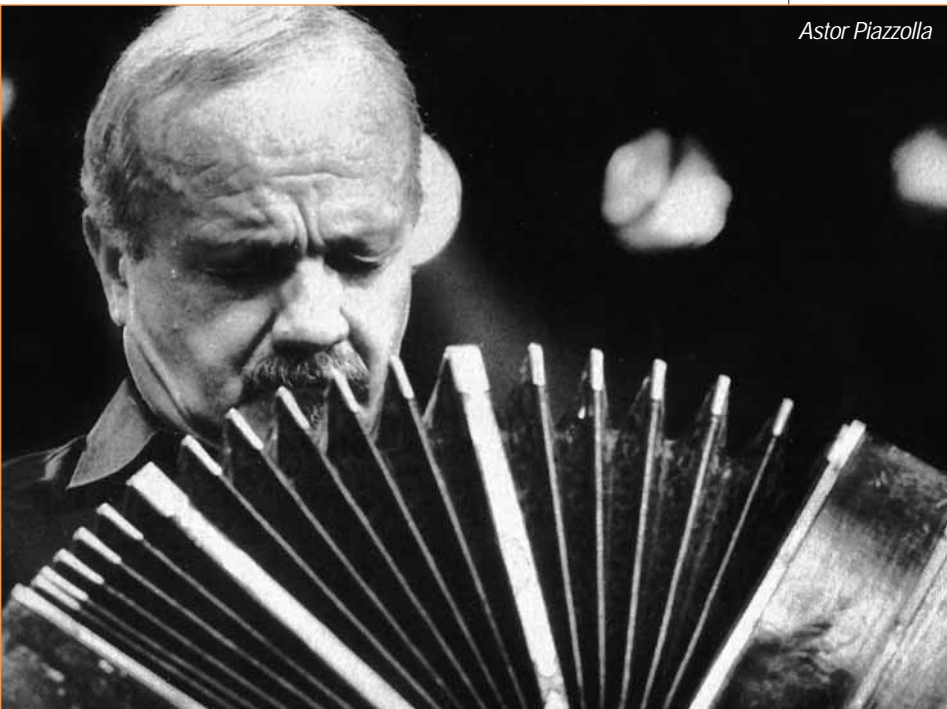
trattori. Figlio di emigrati italiani, a otto anni il padre Vicente gli regala un bandoneon, una specie di piccola fisarmonica esagonale con doppia bottoniera, difficilissima da suonare. Astor ci rimane male: lui si aspettava un saxofono perché sogna di fare del jazz. Ancora adolescente, con la famiglia lascia l'Argentina e si trasferisce a New York ma nel 1936 ritorna nel paese d'origine. Il giovanotto non sa cosa fare: col bandoneon ci si gingilla, e del tango ancora non gliene importa niente. Prima vuole dedicarsi alla musica classica, poi decide senza convinzione di diventare musicista professionista ma non ha le idee chiare e suonichia qua e là con orchestre mediocri: si sta preparando un futuro da perfetto fallito. Poi la svolta: quando un bandoneonista della celebre *Orquesta Típica* si ammala, Astor chiede al suo amico violinista Hugo Baralis di presentarlo, e siccome conosce a memoria tutto il repertorio dell'orchestra viene immediatamente assunto. A quel tempo - siamo negli anni '40 - l'Argentina era uno fra i paesi più ricchi del mondo, la gente voleva divertirsi dimenticando la miseria degli anni '30, e tutti andavano a ballare. Le balere si moltiplicavano, solo a Buenos Aires ve n'erano migliaia, e ovunque si suonava, si ballava e si soffriva il tango. Soffriva, perché per gli argentini il tango è più di una danza in 2/4 che col suo andamento lento e languido avvince e rapisce; per questo passionale popolo sudamericano il tango rappre-

Il tango non lo arrangiò bensì lo fuse col jazz, ne prese le dissonanze, le rotture. È questa la sua rivoluzione

senta un'espressione dell'identità nazionale. Fateci caso: le coppie di danzatori argentini quando ballano il tango non sorridono, pare che nemmeno si divertano tanto sono compresi e assorti nell'avvinghiarsi, nel fissarsi con intensità disperata, nel prendersi e lasciarsi in un eterno gioco di abbandono e riconquista reciproca. Tutti, a quell'epoca, suonavano il tango: i brani erano sempre gli stessi ma gli arrangiamenti diversi. In questo consiste la rivoluzione di Astor Piazzolla: lui il tango non lo arrangiò bensì lo fuse col jazz, ne prese le dissonanze, le rotture. Forse nemmeno se ne rese conto subito: era il 1955 ed appena tornato da Parigi aveva assorbito quella che era una moda dell'epoca, cioè utilizzare la musica popolare della sua terra (il tango) arricchendola e trasformandola per mezzo di un linguaggio nuovo e contemporaneo (appunto, il jazz). Astor, come invasato, si butta a comporre brani su brani, e fonda orchestre su orchestre, mai soddisfatto dei risultati. Fra tutte la più famosa è l'*Octet Buenos Aires* ancora abbastanza tradizionale, ma nel *Conjunto Electronico* entrano strumenti 'estranei' come la chitarra elettrica, l'organo Hammond, il flauto, il basso

elettrico, la marimba, la batteria e perfino un coro be-bop che danno un colore moderno all'ensemble. Jazz più tango, dunque: non tutti accettarono questa miscela e si scagliarono contro Piazzolla accusandolo di avere stravolto il ballo nazionale e di aver messo al suo posto un improponibile "nuevo tango". Inoltre, fatto importantissimo, quei suoi tanghi-jazz, così pieni di sincopi non erano più ballabili: un vero tradimento verso l'Argentina. Ma lui non se ne cura e continua freneticamente a comporre: alla fine della sua vita si conteranno oltre 3 mila brani e circa cinquecento registrazioni. In Italia molti suoi successi verranno interpretati da Admonda Aldini e da Milva. •

Astor Piazzolla





MI CONVIENE PRESENTARE IL RISCATTO?

Chiarissimo presidente, gradirei avere alcune precisazioni riguardo a quanto ammonterà il mio trattamento pensionistico allorchè compirò 65 anni. Nata nel 1949, sono iscritta all'Ordine dei medici dal 1982, e ho svolto attività di guardia medica sia durante il tirocinio in pediatria che come medico di base.

Dal 1991 sono pediatra di base. Non ho riscattato gli anni di università né di specialità: mi converrebbe riscattarne alcuni? Vorrei convertire alla scadenza in capitale il 15% della pensione: a quanto ammonterebbe? E quanto percepirei di pensione al mese?

Ringraziando anticipatamente per i suoi chiarimenti porgo un cordiale saluto.

(lettera firmata)

Cara Collega, ipotizzando la cessazione dell'attività professionale svolta in convenzione con gli Istituti del Ssn al compimento del 65° anno di età, come da te indicato, l'ammontare della rendita pensionistica che percepiresti è quantificabile in circa □ 4.300,00 lordi mensili. Nel caso decidessi di convertire in capitale il 15% della pensione maturata, come consentito dalle vigenti norme regolamentari, ti verrebbe erogata una indennità pari a circa □ 95.000,00 al lordo delle ritenute fiscali, congiunta ad una rendita pensionistica ammontante a circa □ 3.700,00 lordi mensili.

Devo precisarti che i suddetti importi sono stati determinati sulla base dei contributi riferiti all'ultimo quinquennio di attività professionale, supponendo una contribuzione costante fino al raggiungimento del suddetto requisito anagrafico.

Relativamente, invece, alla convenienza dell'operazione di riscatto, oltre a ricordarti che quanto corrisposto a tale titolo è interamente deducibile dall'imponibile determinato ai fini fiscali, posso anticiparti che l'incremento pensionistico conseguibile tramite il riscatto del corso di laurea in medicina e chirurgia è pari a circa □ 8.500,00 lordi annui. Riscattando anche il periodo relativo alla specializzazione in pediatria, la maggiorazione del trattamento pensionistico sarebbe pari a circa □ 14.000,00 lordi annui.

Riceverai, comunque, entro breve la lettera di proposta inerente la tua istanza di riscatto del 30/7/2008, in cui oltre all'onere da sostenere e le possibili forme di rateizzazione, ti verranno dettagliatamente illustrati i benefici pensionistici connessi con l'effettuazione dell'operazione; qualora giudicassi non convenienti le condizioni rappresentate, hai facoltà di non dare alcun seguito alla procedura.

Ti preciso, infine, che a fronte di eventuali modifiche della normativa previdenziale di riferimento le ipotesi sopra rappresentate potrebbero subire variazioni. La presente informativa non deve pertanto ritenersi comunque impegnativa per la Fondazione.

L'occasione è gradita per salutarti cordialmente.

Eolo Parodi



RICHIESTA CHIARIMENTI SU POSIZIONE CONTRIBUTIVA

Gentile Presidente, desidero rivolgermi a Lei per avere alcune informazioni relative alla mia posizione contributiva e, pertanto, riporto alcuni dati: medico di medicina generale dal 1982; sto ultimando il riscatto degli anni di laurea, iniziato nell'anno 2002, che terminerà entro dicembre; ho inoltrato domanda di ricongiunzione di precedenti contribuzioni giacenti presso l'Inps, rispetto alla quale non ho avuto più dettagliate notizie. Confidando nella possibilità da parte Sua di avere informazioni rispetto alla posizione della richiesta di ricongiunzione di cui sopra e, tutto ciò premesso, desidero sapere: 1) quale sarà l'importo della pensione a me spettante nel caso di un mio pensionamento all'età di 61 anni; 2) quale sarà l'importo della pensione a me spettante nel caso di un mio pensionamento all'età di 65 anni.

(lettera firmata)

Caro Collega, in esito alle richieste informazioni ti rappresento che sulla posizione previdenziale in essere presso il Fondo dei Medici di Medicina Generale risultano accreditati contributi, dal luglio 1982 al dicembre 2009, pari ad □

270.022,39. Inoltre, è in fase di definizione il pagamento del riscatto della laurea e, in particolare, risulta ancora in corso di versamento l'ultima rata, pari ad □ 3.404,97, da saldare entro il 31 dicembre prossimo venturo. Ti informo, altresì, che a breve ti verrà trasmessa la proposta, non vincolante, inerente oneri eventuali da sostenere e connessi benefici previdenziali della ricongiunzione dei periodi contributivi maturati all'Inps. In questa sede, pertanto, ho fatto elaborare le ipotesi previdenziali del tuo eventuale collocamento a riposo per anzianità, ovvero per vecchiaia, stimate esclusivamente sulla base dei dati attualmente memorizzati sulla tua posizione. Come richiesto, potresti usufruire del rateo pensionistico già dal gennaio del 2014, all'età di 61 anni, con un importo mensile pari, approssimativamente, ad □ 4.000,00 lordi mensili. Invece, proseguendo l'attività fino ai 65 anni, ti verrebbe erogata una pensione di vecchiaia mensile pari a circa □ 5.400,00 lordi.

Corre l'obbligo di precisarti che, a fronte di eventuali modifiche della normativa previdenziale di riferimento, le ipotesi sopra rappresentate potrebbero subire variazioni. È pertanto opportuno che tu proceda, prima della cessazione del rapporto professionale, ad una ulteriore verifica presso il Servizio competente all'erogazione della pensione. Ne consegue che la presente informativa non deve

ritenersi impegnativa per la Fondazione.
Ti saluto cordialmente.

E. P.



DESIDERO CONOSCERE L'IMPORTO DELLA PENSIONE

Caro Presidente, ti sarei grato se potessi rispondere al mio quesito, sia privatamente sia sul *Giornale della Previdenza*, che ricevo e leggo regolarmente. Laureato nel 1973, convenzionato con Ssn dal '74, ex medico condotto pensionato dal 2009. Desidero conoscere l'importo mensile della pensione a carico della gestione "Quota B" (sia per il trattamento lordo mensile e sia per l'indennità in capitale). Nel ringraziarti per la gentile disponibilità ti invio cordiali saluti.

(lettera firmata)

Caro Collega, la Fondazione E.N.P.A.M. ti eroga, dal 2009, una pensione di vecchiaia a carico del Fondo di Previdenza Generale - Quota A, per effetto della contribuzione annuale da te versata alla gestione sin dalla data di iscrizione all'Albo professionale. Non risultano memorizzati, invece, contributi scaturenti dall'esercizio della libera professione ed affluenti alla Quota B della medesima gestione. Peraltro risultano accreditati, dal gennaio 1974 al gen-

naio 2010, i contributi sulla posizione previdenziale in essere presso il Fondo dei Medici di Medicina Generale, per € 199.981,96.

Detti versamenti ti danno il diritto di godere da subito, in quanto già ultrasessantacinquenne, del trattamento previdenziale di vecchiaia. Ove interessato a questa eventualità, puoi cessare l'attività in convenzione e presentare all'E.N.P.A.M. la domanda di pensione, precisando la tipologia di collocamento a riposo alla quale preferisci accedere.

A seguire, gli uffici preposti determineranno con esattezza l'importo cui avrai diritto e procederanno all'erogazione dei soli ratei mensili ovvero, in alternativa, del trattamento misto composto dall'indennità in capitale - accreditata una tantum - e dalla quiescenza mensile residua.

Peraltro, potresti proseguire l'attività di specie fino a 70 anni per poi pensionarti definitivamente. Per tale ipotesi è stata effettuata una stima che ha determinato una prestazione mensile da riconoscere in tuo favore pari a circa € 3.400,00 lordi mensili. Con il trattamento misto, l'indennità sarebbe di circa € 62.000,00 e il rateo residuo scenderebbe a circa € 2.900,00.

Corre l'obbligo di precisarti che, a fronte di eventuali modifiche della normativa previdenziale di riferimento, le ipotesi sopra rappresentate potrebbero subire variazioni.

Ti saluto cordialmente.

E. P.

Foglietto SMOM



di Gian Piero Ventura (*)

Eccoci ancora una volta all'ultimo numero dell'anno e, come abbiamo già fatto in passato, ci continua a piacere il suggerimento di fare un regalo natalizio a carattere filatelico! Infatti oltre le solite cravatte, cinte, articoli di tabaccheria (il fumo fa male...!), per non parlare dei molteplici marchingegni tecnologici... noi preferiamo regalare qualcosa di diverso, che può spaziare nelle sue tematiche dallo sport agli animali, dallo spazio ai fiori, dalla storia all'arte. Come artistici sono alcune delle emissioni filateliche pre-

viste proprio per questo Santo Natale 2010. Infatti il Sovrano Militare Ordine di Malta, come naturale, offre un soggetto religioso e ci propone un bel foglietto con all'interno due valori raffiguranti particolari di un quadro di G.B. Castiglione detto il Grechetto, ovvero l'*Adorazione dei pastori*, esposto al Louvre di Parigi. Di diametro opposto la scelta di San Marino che, per la prima volta dal 1998, non propone nessun francobollo a tema religioso bensì tre diversi valori con alberi natalizi identici, differenziati però nel colore, blu 0,60 verde 0,65 e rosso 0,80. Poste Italiane, come da tradizione ormai conclamata, propone invece due valori, uno a tema laico ed uno religioso. Il primo, della brava bozzettista Silvia Isola, vede un allegro giocattolo, un trenino di legno, mentre, il secondo, l'*Adorazione dei Magi* di Sandro Botticelli, presente nella Galleria de-

Sacro e profano nei francobolli natalizi

gli Uffizi a Firenze. Il Vaticano infine emette congiuntamente con la Romania due valori, di cui uno è *La nascita di Gesù*, opera del pittore ottocentesco Gheorghe Tattarascu, un pioniere del neoclassicismo romeno.

Oltre ai singoli francobolli però, si possono fare anche altri regali interessanti e sempre a tema, ad esempio agli appassionati di rugby il bel folder che ha accompagnato l'emissione di Mario Mazzuca presentato a RomaFil, oppure degli album da riempire o anche semplicemente dei cataloghi, ovvero quei libri dove trovare tutte le indicazioni, tirature, errori e soprattutto le stime, sia per il nuovo che per l'usato, come ci chiedono spesso volte molti colleghi. Nell'ampia e valida offerta di questi ultimi segnaliamo il catalogo della UNIFICATO, cioè quello pubblicato

Catalogo UNIFICATO



dai commercianti italiani filatelici (CIF), l'unico con le immagini di tutti i francobolli, il che vuol dire che se in una serie ce ne sono 7 uguali, ma di colore diverso, su questo catalogo saranno riportate sempre le immagini di tutti e sette. Un regalo non scontato e di cultura, potrebbe essere davvero qualcosa di diverso e stimolante, pourquoi pas!?

(*) gp.ventura@enpam.it



Soggetto laico Poste italiane

Folder di Mario Mazzuca pioniere del rugby



A cura
dell'avv. Pasquale Dui (*)

Il medico e la struttura ospedaliera in caso di negligenza nella mancata diagnosi di una grave patologia del paziente che ne determina la morte dopo una lunga e dolorosa agonia sono responsabili nei confronti dei familiari del defunto non solo per i danni morali, ma anche per il "danno da agonia".

Lo ha stabilito il Tribunale di Venezia, con la sentenza 6 dicembre 2004, precisando che il "danno da agonia" consiste in quel danno non patrimoniale, autonomamente apprezzabile, causato dal protrarsi di una lunga e dolorosa agonia, consapevolmente inutile, il cui impatto sulla qualità della vita del paziente non è seriamente dubitabile.

Nel caso di specie il Giudice ha condannato il medico e la struttura ospedaliera in solido al pagamento in favore degli attori della somma complessiva di euro 1.000.816,00, oltre interessi legali dalla domanda al saldo.

Il marito e i figli agivano per il ristoro di ogni danno sofferto a causa di ritardo dia-

gnostico di carcinoma maligno in danno di una donna, nelle more deceduta, già rivoltasi, sin dal 1990 al medico convenuto, ottenendo, con assunta imperizia e negligenza, mera diagnosi di infiammazione vaginale, con inutili somministrazioni di terapie negli anni successivi ed ulteriore grave errore diagnostico, come conseguenza di denunciata imperizia, risalente al 1994, in questo caso consistente nella diagnosticata infiammazione alla cervice, a fronte invece dell'accertata esistenza di carcinoma maligno all'utero.

La prima voce di danno che il Tribunale liquida investe il danno direttamente sofferto dalla vittima, ovvero il danno biologico da inabilità temporanea, a questo occorre poi aggiungere il danno morale, ovvero il "*pretium doloris*" strettamente inteso.

Ma non basta. Secondo il Giudice occorre considerare anche la condizione psicologica, di persona che scopra, in non rapido succedersi di essere affetta da carcinoma maligno e letale; di nulla poter fare a riguardo, salvo vivere l'agonia con dignità, nella consapevolezza

della sostanziale inutilità della stessa e della inevitabilità della medesima, il tutto come conseguenza della anti-giuridicità manifesta dell'altrui condotta.

La paziente, infatti, ha convissuto, e a lungo, nella conflittualità disperata e nella consapevolezza della inevitabilità degli eventi, quanto meno dal 1995, e ancora nel doloroso patimento di una patologia tempestivamente diagnosticabile; suo malgrado, e così ha condiviso con i familiari, prima l'incertezza del suo stato, poi la certezza del medesimo, lentamente abbandonando i propri affetti e la propria relazionalità, come la propria famiglia, sospesa tra inutili interventi invasivi della sua stessa qualità di donna, dubbi di improbabile guarigione, nel contesto di una ineluttabile e lenta agonia, non solo fisica ma anche mentale, nutrendo, con ogni ragionevolezza, la consapevolezza della morte, quale esito certo di un doloroso cammino chirurgico e nella consapevolezza, quasi paradossale, come detto, della ragionevole evitabilità di tale assurdo esito.

Siamo di fronte ad un danno autonomamente apprezzabile, afferma il Tribunale.

Il protrarsi, per almeno quattro anni, di una dolorosa agonia, consapevolmente inutile, il cui impatto sulla qualità della vita della interessata non è seriamente dubitabile: questo il danno in commento. Un danno, appunto, non patrimoniale, comunque lo si voglia definire.

Danno, dunque, certamente connotato da uno spiccato effetto privativo: nella indiscutibile incidenza sulla qualità della vita, della capacità di relazionarsi, secondo parametri di normalità, con il contesto familiare e sociale.

A riguardo la nota categoria del c.d. danno esistenziale non pare a chi scrive esaurire l'impatto dannoso degli eventi descritti nella sfera giuridica della vittima; al certo ed evidente effetto spiccatamente privativo dal punto di vista della concorrenzialità sociale, del diritto di vivere spiegando tutte le proprie energie, ovvero quelle che una tempestiva diagnosi avrebbero consentito di realizzare, si aggiunge qualcosa di più. Si tratta della consapevolezza di una ingiusta condanna a morte, una lenta inutile agonia; un danno, dunque, definibile come *danno da agonia*. •

(*) *Avvocato del Foro di Milano, professore all'Università di Milano - Bicocca*

"Danno da agonia", consapevole disperazione

**Il protrarsi di una dolorosa agonia
consapevolmente inutile il cui impatto sulla
qualità della vita della persona interessata
"non è seriamente dubitabile"**

Organi Collegiali

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Prof. **Eolo G. PARODI** (Presidente)
Dott. **Alberto OLIVETI** (Vice Presidente Vicario)
Dott. **Giovanni P. MALAGNINO** (Vice Presidente)
CONSIGLIERI: Dott. **Eliano MARIOTTI** • Dott. **Alessandro INNOCENTI**
Dott. **Arcangelo LACAGNINA** • Dott. **Antonio D'AVANZO** • Dott. **Luigi GALVANO** • Dott. **Giacomo MILILLO** • Dott. **Francesco LOSURDO**
Dott. **Salvatore Giuseppe ALTOMARE** • Dott.ssa **Anna Maria CALCAGNI**
Dott. **Malek MEDIATI** • Dott. **Stefano FALCINELLI** • Dott. **Roberto LALA**
Dott. **Angelo CASTALDO** • Dott. **Giuseppe RENZO** • Dott.ssa **Francesca BASILICO** • Dott. **Giovanni DE SIMONE** • Dott. **Giuseppe FIGLINI**
Dott. **Francesco BUONINCONTI** • Prof. **Salvatore SCIACCHITANO**
Dott. **Emmanuele MASSAGLI** • Dott. **Pasquale PRACELLA**

COMITATO ESECUTIVO

Prof. **Eolo G. PARODI** (Presidente)
Dott. **Alberto OLIVETI** (Vice Presidente Vicario)
Dott. **Giovanni P. MALAGNINO** (Vice Presidente)
CONSIGLIERI: Dott. **Eliano MARIOTTI** • Dott. **Alessandro INNOCENTI**
Dott. **Arcangelo LACAGNINA** • Dott. **Giacomo MILILLO**
Dott. **Roberto LALA**

COLLEGIO SINDACALE

Dott. **Ugo Venanzio GASPARI** (Presidente)
Dott.ssa **Adriana BONANNI** (Presidente supplente)
Sindaci: Dott.ssa **Laura BELMONTE** • Dott. **Francesco NOCE** • Dott. **Luigi PEPE** • Dott. **Mario ALFANI** • Dott.ssa **Anna Maria PAGLIONE**
Dott. **Marco GIONCADA** • Dott. **Giovanni SCARRONE** • Dott. **Giuseppe VARRINA**

“SORRIDI AD UN NUOVO STILE DI VITA”

La Società italiana di parodontologia è da sempre impegnata nella promozione di campagne di informazione scientifica. Per il biennio 2010-2011 SidP ha organizzato un nuovo Progetto di divulgazione scientifica denominato “Sorridenti a un nuovo stile di vita” - Rapporti tra fattori legati agli stili di vita e patologie infiammatorie croniche: correlazioni tra malattie parodontali e malattie sistemiche.



Tra i principali obiettivi del progetto - l'ideatore è l'attuale presidente della SidP, prof. Luca Francetti, ed il coordinatore, il dr. Sandro Cortellini - sono l'informazione e la sensibilizzazione del pubblico, attraverso gli operatori sanitari di area odontoiatrica (dentisti ed igienisti dentali), sull'influenza che lo stile di vita può avere nei confronti di uno stato infiammatorio sistemico, trasmettendo l'importante concetto che la salute è un bene prezioso, da conservare con l'adozione di abitudini di vita sane.

La divulgazione del progetto avviene anche grazie al sito Web, interamente dedicato agli stili di vita (www.progettostilidivita.it), e attraverso l'organizzazione di incontri culturali gratuiti presso gli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

Registrazione Tribunale di Roma n. 348/99 del 23 luglio 1999

IL GIORNALE DELLA PREVIDENZA DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

PERIODICO INFORMATIVO DELLA FONDAZIONE ENPAM

Editore: Fondazione ENPAM

DIREZIONE E REDAZIONE

Via Torino, 38 - 00184 Roma
giornale@enpam.it

Direttore: EOLO PARODI

Direttore responsabile: GIULIANO CRISALLI

PROGRAMMAZIONE E COORDINAMENTO REDAZIONALE

Carlo Ciocci

email: c.ciocci@enpam.it

CULTURA

Claudia Furlanetto

email: c.furlanetto@enpam.it

CONGRESSI, CONVEGNI E CORSI

ARCHIVIO E DOCUMENTAZIONE

Andrea Meconcelli: Tel. 06 48294513

Fax 06 48294260/793

email: congressi@enpam.it

SCIENZA E SOCIETÀ

Andrea Sermonti

email: andrea.sermonti@gmail.com

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Paola Boldregghini: Tel. 06 48294258 - Fax 06 48294260

email: giornale@enpam.it

Foto: Archivio ENPAM - THINKSTOCK

**MENSILE - ANNO XV - N. 10
DEL 22/11/2010**

**Di questo numero sono
state tirate 431.370 copie**

L'autore è a disposizione degli aventi diritto con i quali non è stato possibile comunicare, nonché per eventuali omissioni o inesattezze delle fonti delle immagini riprodotte nel presente numero

Stampa: COPTIP Industrie Grafiche
41100 Modena (MO) - v. Gran Bretagna, 50
tel: 059 312500 - fax: 059 312252
email: centralino@coptip.it

Servizio Accoglienza Telefonica

06.4829.4829 - 06.4829.4444 (fax) - e-mail: sat@enpam.it

Servizio di consulenza telefonica. Rispondiamo a quesiti su Previdenza,
Polizza sanitaria, Servizi integrativi, Patrimonio...

NOTIZIE FLASH

Terremoto Abruzzo - Ulteriore sospensione dei termini di versamento

Ai sensi del comma 3, dell'art. 39 del Decreto Legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito con Legge 30 luglio 2010 n. 122, la sospensione del versamento dei contributi previdenziali ed assistenziali è stata ulteriormente prorogata **fino al 15 dicembre 2010 esclusivamente** nei confronti dei soggetti di cui all'art. 1, comma 1, dell'Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri del 30 dicembre 2009, n. 3837, **titolari di redditi di impresa o di lavoro autonomo, con volume d'affari non superiore a 200.000 euro.**

Quota A - pagamento contributi 2010

Il 30 novembre è scaduta la quarta rata del contributo obbligatorio Quota A.

Quota B - redditi professionali 2009

Mancato ricevimento modello D personalizzato: coloro che non sono in possesso del modello D personalizzato, possono utilizzare il "*modello D generico*" disponibile sul sito www.enpam.it, presso la sede dell'E.N.P.A.M. in Roma, via Torino n. 98 (II piano) o presso l'Ordine provinciale di appartenenza.

Ricevimento del bollettino MAV: - coloro che hanno inviato la dichiarazione (modello D) entro il 31 luglio hanno ricevuto il bollettino MAV precompilato con scadenza 31 ottobre. Coloro che hanno presentato tale dichiarazione successivamente al 31 luglio dovranno attendere il bollettino MAV.

Pagamento del contributo: il pagamento deve essere effettuato non oltre il termine indicato sul bollettino MAV precompilato e deve essere effettuato in unica soluzione, **non sono ammesse rateazioni.** Il bollettino MAV è pagabile presso qualsiasi Istituto di Credito o Ufficio Postale.

Mancato ricevimento del bollettino MAV: il mancato ricevimento del bollettino MAV non esonera dall'obbligo del versamento. In tal caso è necessario contattare tempestivamente la Banca Popolare di Sondrio al numero verde **800.24.84.64**, la quale provvederà all'invio di un duplicato del MAV, ovvero fornirà le istruzioni necessarie per effettuare il pagamento di quanto dovuto entro i termini regolamentari.

Utenti registrati: gli utenti registrati presso il portale www.enpam.it possono stampare dall'Area riservata il duplicato dei bollettini già emessi a loro carico. In questo caso il pagamento potrà essere effettuato esclusivamente presso gli Istituti di Credito oppure utilizzando le procedure on-line.

Sanzioni per il ritardato pagamento - Il vigente regime sanzionatorio, in caso di pagamento dei contributi oltre il termine regolamentare, prevede:

- una sanzione in misura fissa pari all'1% del contributo, qualora il versamento sia effettuato entro 90 giorni dalla scadenza (entro il 29 gennaio 2011);
- qualora il versamento sia effettuato oltre tale termine, una sanzione, in ragione d'anno, pari al Tasso Ufficiale di Riferimento (T.U.R.) maggiorato di 5,5 punti, fino ad un importo massimo pari al 70% del contributo.

Trattamento ordinario del Fondo di Previdenza Generale

Ai sensi del vigente Regolamento del Fondo di Previdenza Generale, gli iscritti nati nel 1946 potranno presentare la domanda di pensione ordinaria, nel corso dell'anno 2011, dal compimento del 65° anno di età.

Il modulo verrà recapitato agli iscritti unitamente alla dichiarazione concernente il diritto alle detrazioni d'imposta, da allegare obbligatoriamente compilata in ogni parte.

Riscatti

Versamento di un acconto

Gli iscritti che hanno presentato domanda di riscatto e sono **in attesa di ricevere il prospetto di calcolo** possono effettuare il versamento di un acconto, **entro e non oltre il 15 dicembre 2010**, mediante bonifico bancario sul conto corrente acceso presso la Banca Popolare di Sondrio IT06 K 05696 03200 000017500X50 intestato alla Fondazione Enpam.

Nella causale del bonifico indicare cognome e nome, codice Enpam, tipologia del riscatto, Fondo sul quale è stato richiesto il riscatto e su cui sarà accreditato il versamento.

Versamento una tantum

In caso di riscatto **in corso di pagamento**, l'iscritto può effettuare, **entro e non oltre il 15 dicembre 2010**, un versamento aggiuntivo nei limiti del debito residuo.

Il suddetto versamento non sostituisce la rata di dicembre che, pertanto, deve essere versata alla scadenza prevista.

Sia per il versamento in acconto che per il versamento una tantum, al fine della tempestiva rendicontazione da parte del Servizio Riscatti e Ricongiunzioni, dovrà essere trasmessa entro e non oltre il 15 gennaio 2011 copia della ricevuta del bonifico al seguente numero di fax 06.48.294.978.

Ufficio accoglienza e relazioni con il pubblico

Via Torino 100 - Roma

Orari di ricevimento:

dal lunedì al giovedì ore 9.00-13.00 / 14,30-17.00

venerdì ore 9.00 / 13.00

