

Editoriale

Nell'ultimo numero di "Aesernia Medica" abbiamo sottoposto alla vostra attenzione un articolo sullo stato dell'arte dei colleghi che operano nella Continuità Assistenziale (ex guardia medica territoriale).

L'argomento trattato si riferiva all'applicazione del contratto collettivo nazionale vigente della Medicina Generale in materia di sicurezza e idoneità dei locali dove operano i medici "guardisti". L'articolo, se ricordate, prendeva lo spunto dai risultati di due questionari (uno a cura dell'Ordine dei Medici di Campobasso e l'altro del sindacato S.M.I.) compilati dai colleghi in servizio nelle postazioni di C.A. distribuite sul territorio molisano. Le conclusioni emerse dal lavoro furono scoraggianti se si considera che il 33% delle sedi risultavano assolutamente non rispondenti a quanto previsto dalle norme in vigore. L'intento della ricerca era quello di sensibilizzare gli organi preposti affinché si adoperassero per garantire il rispetto delle regole in materia di sicurezza e idoneità delle sedi.

Ancora più sconcertante, a distanza ormai di quasi un anno dalla verità emersa dall'indagine conoscitiva, è l'assoluta mancanza di risposte che avessero in qualche modo contribuito a migliorare la situazione. Anche se ci rendiamo perfettamente conto che l'argomento che stiamo trattando non è di stretta competenza di un'ordine di categoria qual è il nostro, nello stesso tempo non possiamo rimanere insensibili di fronte ad un comportamento che offende la dignità non solo dei medici che operano nella Continuità Assistenziale, ma di tutta la classe medica che, grazie alle divisioni che spesso emergono al suo interno, offre lo spazio alla politica che proprio su queste divisioni governa "tranquillamente" la Sanità, e ai mass media per attacchi sempre più frequenti a tutta la categoria, senza distinzioni.

L'aspetto più negativo è che questa scarsa considerazione venga riservata ad una categoria, quella degli ex medici di guardia, da sempre considerata la "cenerentola" della medicina. Oltretutto ci troviamo di fronte ad un comportamento palesemente contraddittorio alla luce di tutti gli indirizzi politici, regionali e nazionali, che spingono verso la centralità della medicina del territorio (sempre sbandierata e mai attuata) nell'ottica non solo del risparmio ma, soprattutto, di una maggiore vicinanza ai bisogni di salute del cittadino. Senza il contributo importante di una Continuità Assistenziale, finalmente riconosciuta nella sua piena dignità, sarà del tutto velleitario pensare ad una medicina del territorio realmente capace di essere vicina al malato 24

ore su 24, come vogliono, almeno a chiacchiere, tutte le forze politiche, senza distinzioni, e tutti gli esperti chiamati a pronunciarsi sul delicato tema della Sanità, sulla uniformità delle cure e sul risparmio delle risorse.

Tutte queste belle intenzioni sono destinate a rimanere sulla carta se non si parte dal rispetto delle parti in gioco, anche di quelle strutturalmente più deboli. Su questi grandi temi saranno i sindacati, speriamo, a dare battaglia. L'occasione più vicina è l'apertura delle trattative per il rinnovo dei contratti, che rappresenterà l'occasione per integrare defrutivamente la figura del medico di Continuità Assistenziale nella Medicina Generale a tempo pieno e con un ruolo non subalterno.

Noi, come Ordine, nel rispetto del nostro ruolo, che non è quello di un sindacato, continueremo a stigmatizzare e a denunciare quei comportamenti che non rispettano la dignità di tutti i medici senza esclusione.

Tra le righe un piccolo consiglio ai colleghi della ex guardia medica: partecipate con più passione e impegno alle iniziative che sono attuate con il fine di far guadagnare a tutta la categoria il rispetto di chi governa la sanità. Non va in questa direzione il dover constatare che poco più del 30% del totale dei medici di C.A. aveva risposto al questionario. Questo non solo indebolisce il tono delle rivendicazioni che si pongono all'attenzione della Parte Pubblica, ma non consente nemmeno di conoscere con esattezza le dimensioni del fenomeno "sedi inadeguate" che, certamente, sarà ancora più rilevante di quanto emerso.

Angelo Trabassi

BIOETICA E MEDICINA

La prescrizione dell'attività fisica: nuova opportunità terapeutica.

A CURA DI FREDERICH GIAMMATTEI

Sin dagli anni '60 l'esercizio fisico è stato promosso come metodo per prolungare l'aspettativa di vita, principalmente attraverso la prevenzione delle patologie cardiovascolari e della loro progressione, ma dagli anni '80 le applicazioni cliniche dell'esercizio fisico come terapia si sono estese ad una varietà di malattie croniche per le quali l'attività fisica si è dimostrata in grado di migliorare oltre che la quantità anche la qualità della vita, preservando le capacità funzionali e rinforzando il senso di autodeterminazione e l'autonomia dell'individuo.

La Federazione Medico Sportiva Italiana assieme alla SIC Sport, ANCE, ANMCO, GICR e SIC, ha costituito una *Task Force* sulla "Prescrizione dell'esercizio fisico in ambito cardiologico al fine di contribuire a promuovere uno stile di vita fisicamente attivo nella nostra popolazione". La *Task Force*, ha prodotto un documento scientifico, rivolto a professionisti della salute, che sottolinea il ruolo favorevole dell'esercizio nella prevenzione e nel trattamento delle principali malattie cardiovascolari.

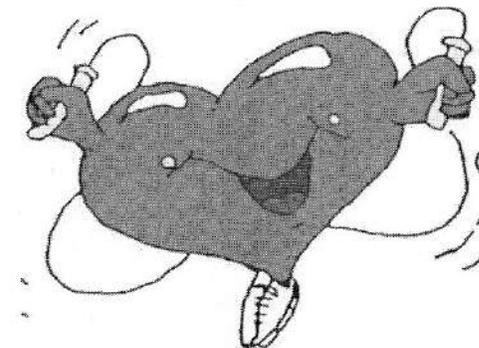
Tra i punti salienti a favore dell'attività fisica:

- Riduzione del rischio di morte per infarto o per malattie cardiache.
- Riduzione del rischio, fino al 50%, di sviluppo del diabete di tipo II.
- Prevenzione o riduzione dell'ipertensione.
- Calo di peso e diminuzione del rischio di obesità.

La sedentarietà contribuisce invece, insieme ad altri fattori di rischio, allo sviluppo di diverse malattie croniche, in particolare quelle che gravano sull'apparato cardiovascolare. Non fare movimento, infatti, contribuisce al peggioramento del metabolismo del glucosio e concorre all'aumento della pressione sanguigna e del grasso corporeo, tutti fattori che non solo accrescono il rischio di sviluppare malattie cardiovascolari e il diabete di tipo II, ma, nel caso in cui già si soffre di queste patologie, ne enfatizzano gli effetti negativi.

Dunque, il miglioramento della capacità funzionale, per la verità rappresentato non solo dalla potenza aerobica, ma anche dalla disponibilità di un buon tono-trofismo muscolare, di una buona flessibilità, ecc, è la via fondamentale per il conseguimento di un idoneo livello di benessere (*wellness*) e ciò si persegue solamente attraverso la pratica dell'attività fisica e cioè l'allenamento.

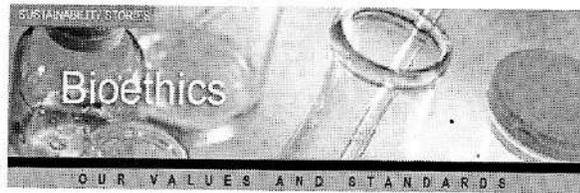
Tuttavia, la concreta realizzazione di tali concetti può comportare difficoltà pratiche e, più spesso, errori metodologici derivanti, fondamentalmente, dall'ignoranza totale o parziale, delle regole della metodologia dell'allenamento e soprattutto, di una di tali regole e cioè che il carico di lavoro deve essere individualizzato. È assai comune, infatti, che anche da parte di chi potrebbe/dovrebbe fornire indicazioni scientificamente e metodologicamente corrette, ci si limiti a fornire ai praticanti o ai futuri praticanti suggerimenti



del tutto corretti ma totalmente generici.

D'altronde, già Ippocrate, circa 2500 anni fa, parlava di "giusta dose" di esercizio fisico (e nutrimento). La giusta dose dipende da molteplici fattori: lo stato di salute, l'eventuale tipo di patologia, lo stile di vita, l'alimentazione, le caratteristiche funzionali del soggetto, il tipo di attività fisica, ecc. Infatti, così come per la somministrazione di un farmaco vanno valutati il tipo e la gravità della patologia e le caratteristiche del soggetto (sesso, peso, stato fisico), così il "farmaco sport" va somministrato in funzione del livello di efficienza fisica di base del soggetto individualizzando, dunque, il carico di lavoro.

Nonostante la documentazione sui benefici di una attività fisica regolare e di una corretta alimentazione incrementi anno per anno in misura esponenziale, la percentuale di persone che seguono queste indicazioni è piuttosto bassa ed in molte regioni italiane non raggiunge



un terzo della popolazione. Negli ultimi anni si sono moltiplicate le iniziative finalizzate a favorire l'adozione di queste abitudini ed una notevole enfasi sugli stili di vita è riscontrabile in tutti i Piani Sanitari Nazionali.

Il successo di queste iniziative è spesso discreto quando si valuta l'attenzione che riesce ad indurre nei partecipanti, ma insufficiente quando viene valutato a lungo termine. È noto infatti che è proprio il cambiamento a lungo termine degli stili di vita il risultato più difficile da conseguire ed al contempo anche il più redditizio per la salute ed il benessere della persona.

La prescrizione della Sport-terapia deve identificare le controindicazioni cardiovascolari, ma anche metaboliche, osteo-articolari o neurosensoriali e deve indicare i pericoli del sovradosaggio, cioè di un programma di training mal condotto.

Il controllo medico è la base su cui viene prescritta la sport-terapia, così come la prescrizione di una dieta, di un farmaco, di un intervento chirurgico. Possono essere proposte alcune indicazioni generali per il programma motorio in prevenzione secondaria:

I Fase: riscaldamento di circa 10' (come preparazione alle sedute): stretching generale e specifico dei muscoli in generale e di quelli accessori della respirazione. Ginnastica calistenica.

II Fase: attività fisica ad impegno prevalentemente aerobico tipo camminata a passo veloce, corsa lenta, cyclette (svolto per circa 30-45') + training con pesi a basse resistenze.

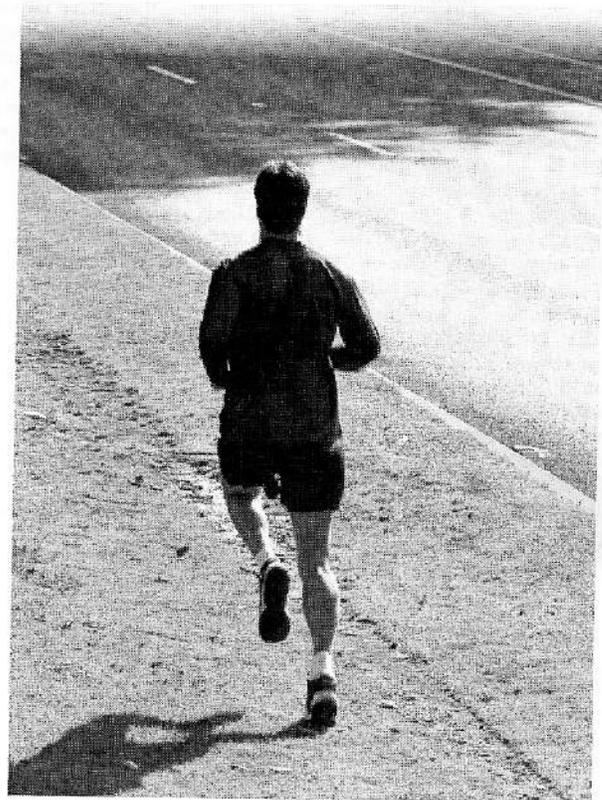
III Fase: raffreddamento 5 minuti.

Promuovere l'attività fisica è dunque un'azione di sanità pubblica prioritaria, spesso inserita nei piani e nella programmazione sanitaria in tutto il mondo. In Italia, prima il *Piano sanitario nazionale 2003-2005*, che sottolinea l'importanza dell'attività fisica per la salute, poi anche il più recente *Piano sanitario nazionale 2006-2008* affronta il tema della sedentarietà, in particolare dal punto di vista delle cause delle malattie cardiovascolari e del diabete mellito.

Gli effetti positivi di una diffusa attività fisica a livello di comunità sono del resto evidenti sia a livello sociale che economico. La collettività ne trae gio-

vamento non solo in termini di riduzione dei costi della sanità pubblica, di aumento della produttività, di migliore efficienza nelle scuole e di una riduzione dell'assenteismo sul lavoro.

Oggi la presenza dello specialista medico sportivo può essere importante nella valutazione funzionale di categorie a rischio, per le quali una regolare attività sportiva può contribuire ad integrare un piano terapeutico da effettuare in collaborazione con gli specialisti di settore. È forse la novità di maggiore rilievo perché da un lato sancisce l'importanza dell'attività fisica non solo nello stile di vita ma anche nelle strategie preventive e terapeutiche di alcune importanti patologie, quali ad es. ipertensione, diabete, obesità, prefigurando quindi quella che già da tempo efficacemente viene definita sport terapia, dall'altro riconosce ai medici sportivi un ruolo giustamente sinergico con gli altri specialisti.



PAGINA SCIENTIFICA

L'obesità infantile, una nuova epidemia

A CURA DI CLAUDIO D'APOLLONIO

Più diffusa nei paesi ricchi e praticamente inesistente fino a circa un secolo fa riconosce cause genetiche (poligenica) e cause polifattoriali create da una maggiore disponibilità di cibo, minor dispendio energetico con attività fisica ridotta, maggiore protezione dal freddo e dalla sedentarietà. In maniera sintetica la capacità del nostro organismo di conservare le energie in presenza di cibo si è rivelata dannosa per l'uomo moderno.

Un solo esempio basta a confermare la gravità del fenomeno: gli indiani Pyma erano una tribù di pellerossa come tanti che dopo la carestia dell'800 e il benessere del '900 sono diventati grassissimi; ebbene di questi, il 70% delle donne e il 45% degli uomini sono obesi. Il 50% degli obesi sviluppa il diabete prima dei 35 anni. Gli indiani Pyma testimoniano che il loro organismo era in grado di resistere ai periodi di ipocalorizzazione ed alle libere corse dietro ai bisonti ma non altrettanto egregiamente all'eccesso di cibo e alla sedentarietà.



L'obesità nei bambini è raddoppiata negli ultimi vent'anni (come per l'asma) ed è una pia-



ga del progresso delle nazioni ad alto tenore industriale. In circa cento anni uomo e donna di razza bianca sono circa dieci centimetri più alti ma ben dieci chili più pesanti, ciò contrasta con gli stati del terzo mondo dove il 10% dei bambini sono affetti da malnutrizione severa (pelle e ossa) e il 30% presenta ritardo e/o arresto della crescita staturale.

Complicanze nell'obesità infantile (The Lancet Vol 360 August 10, 2002)

Tralasciando le complicanze dell'obesità infantile ben note alla classe medica passiamo esaminare alcune regole per prevenire l'obesità infantile:

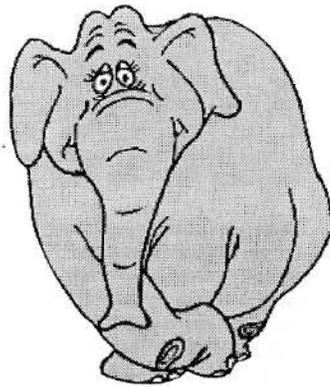
- Allattamento al seno: uno studio su 32000 bambini scozzesi ha valutato il BMI tra i 9 e i 42 mesi e relazione il BMI con il tipo di allattamento nella primissima infanzia ha dimostrato che l'obesità era meno frequente del 30% nei bambini allattati al seno (lavoro pubblicato sul Lancet dai ricercatori di Glasgow).
- Corretta alimentazione sin dai primi mesi di vita con ridotto introito di grassi di origine animale.
- Corretto stile di vita sin da

piccolo con incentivazione dell'attività fisica coinvolgendo la famiglia nel cambiare il regime alimentare con meno grassi e più fibre, maggior distribuzione dei pasti (capita spesso che i bambini obesi non facciano colazione) razionando il tempo dedicato alla televisione ed ai videogiochi; mille ragazzini neozelandesi nati tra il 1972 e il 1973 sono stati seguiti per vent'anni e interrogati sul tempo trascorso davanti al televisore ebbene, i ragazzini che avevano trascorso più di due ore al giorno davanti al televisore, presentavano più tessuto adiposo, colesterolo più elevato, cuore meno efficiente e inoltre fumavano di più.

- Non anticipare l'età di inizio del svezzamento che secondo le linee guida OMS dovrebbe effettuarsi intorno ai sette mesi nel bambino allattato al seno e mai prima del quinto nel lattante alimentato con latte artificiale adattato, che rimane l'unica alternativa valida al latte materno. I tempi del svezzamento sono condizionati soprattutto dalla maturazione del sistema immunitario, dalla funzione renale e dalla coordinazione neuromuscolare, dalla capacità cioè, di spingere il bolo alimentare nella faringe posteriore.

Gli errori più frequenti all'epoca del svezzamento in grado di generare un aumento del peso corporeo sono:

- l'aumento della dose degli ingredienti costituenti la pappa
- non misurare olio e parmigiano;
- versare nella pappa carne



(liofilizzato o omogeneizzato) e formaggino;

- salare la pappa;
- offrire dolci e biscotti nel latte o nello yogurth della merenda.

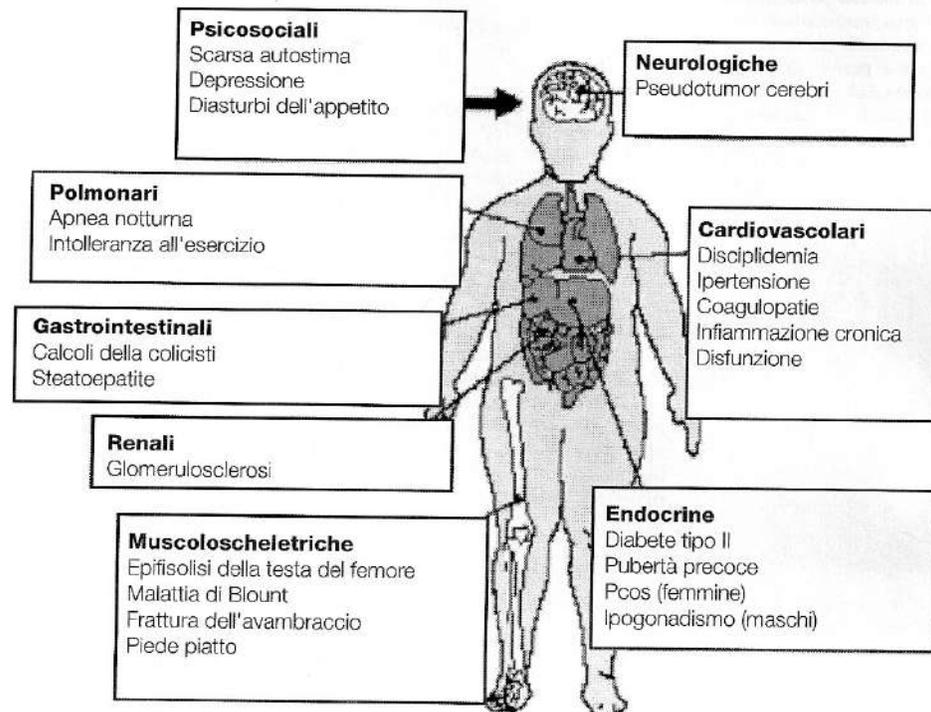
Nell'ambito dello stile di vita il 15-17 % dei casi di sovrappeso-obesità sono attribuiti al televisore - videogame, perché si sta più seduti, non si gioca e quindi poco movimento e perché è la televisione stessa che invita a "cattivi stili di vita" con il rischio di mangiare sempre senza fame.

(Studio pubblicato sul Lancet nel luglio 2004)

Televisione e pubblicità possono interferire negativamente sulle scelte alimentari del bambino. Da un'analisi su sette reti nazionali (tre Rai tre Mediaset e La7) nella fascia oraria 16-19 e prima serata è risultato che gli spot pubblicitari erano circa 1800 al giorno; di questi quelli che pubblicizzavano un alimento erano rappresentati dal 26,3% con biscotti e merendine. Gli spot alimentari sono fondamentalmente di due tipi: quelli per convincere il bambino, con al centro una mamma rassicurante o con l'associazione di un regalo o cartone animato e quelli per convincere la madre che vertono sulla genuinità del prodotto ma spesso scorretto nel messaggio. Un esempio pratico è quello di uno snack pubblicizzato da decenni "con più latte meno cacao". Una sola barretta di questo snack ha una quantità di calorie pari a cento grammi di carne di manzo e il doppio dei grassi mentre a livello energetico in una barretta sono presenti metà degli zuccheri di una mela che però non contiene grassi. (indagine di "Altro consumo in collaborazione con l'osservatorio di Pavia").

Lo spuntino pomeridiano deve essere una buona merenda con queste caratteristiche: di facile preparazione, apportare il 10-15% delle calorie giornaliere, deve essere equilibrata (non molto salata o molto dolce), deve saziare momentaneamente la fame evitando però una lunga digestione compromettendo il pasto serale. Evitare quindi le merende che sull'etichetta indicano un generico quantitativo di grassi vegetali, e preferire quelle senza troppi additivi e con farina tra i principali ingredienti.

La merendina è un alimento dolciario tipico del mercato italiano, si tratta generalmente di dolci al forno semplici o farciti fondamentalmente di tre tipi: brioche, di pandispagna o a base di pasta frolla, da non confondere con gli snack, barrette di cioccolato o di caramello, patatine o soft drink, che presentano rispetto alla merendina un maggior apporto calorico (20-40% in più), una minor quantità di farina utilizzata nell'impasto, sono meno digeribili e tipiche del mercato nord americano. Nella somministrazione delle merendine bisognerebbe attenersi ad al-



cune semplici regole: andrebbero consumate a metà mattina come spezza-digiuno o nel pomeriggio, mai in aggiunta ad altri alimenti. Solo in situazioni particolari si possono superare due merendine al giorno. La merendina deve essere proporzionata all'età del bambino ed al suo dispendio energetico. Quindi, ad ogni bambino la sua merenda; per un bambino in sovrappeso la frutta, da sola, in macedonia, con un cucchiaino di gelato, come frullato oppure cotta, rappresenta la merenda ideale in quanto non presenta grassi, è dolce e ricca di fibre, aumenta il senso di sazietà, contiene acqua e vitamine.

Per un bambino normopeso una o due fette di pane tostato più due cucchiaini di marmellata, una crostatina oppure una piccola porzione di crostata con succo di frutta una merenda quindi ricca in carboidrati con poche proteine sali minerali e vitamine. Per un bambino sottopeso una merenda calorica ed energetica come pane e prosciutto o formaggio con una spremuta o succo di frutta.

Nella prevenzione dell'obesità è fondamentale una incenti-



vazione dell'attività fisica non necessariamente intensa e di lunga durata; pertanto non è sempre necessario iscriversi a società sportive, ma può risultare salutare anche camminare come andare e tornare a scuola a piedi o in bicicletta. Nel bambino non scolarizzato risulta utile giocare per almeno un'ora all'aria aperta. In conclusione la strategia migliore consiste nella prevenzione (allattamento al seno, corretta alimentazione nei primi mesi di vita ecc.) senza ricorrere a farmaci o a diete rigide coinvolgendo tutta la famiglia nel "recupero dell'obeso", senza trascurare

alcuni aspetti psicologici collegati all'obesità come le carenze affettive e la solitudine che possono portare il bambino a rifugiarsi nel cibo e la perdita dell'autostima che l'obesità stessa comporta, perpetuando così un vizioso circolo depressione-cibo.

La stragrande maggioranza dei bambini obesi è spesso frutto di cattive abitudini alimentari ed è quindi compito del medico spiegare ai genitori che educazione alimentare non equivale a "privare di cibo" il proprio figlio ma a regolare il suo appetito.

PAGINA SCIENTIFICA

Una Sindrome di Wallemborg incompleta: una nuova forma atipica?

U.O.C. Neurofisiopatologia
Clinica
N. Iorio
L. Ferri
E. Paolucci
L. Valetta



Paziente di sesso maschile di 74 anni.

In anamnesi: ipertensione arteriosa e dislipidemia in trattamento farmacologico; discopatia lombare con episodi di lombosciatalgia.

Improvvisa comparsa di sensazione vertiginosa associata a vomito, incrementata dai cambi posturali (passaggio clino-ortostatismo). A due giorni dall'insorgenza, per la persistenza della sintomatologia, giunge presso il PS del Presidio Ospedaliero di Isernia dove esegue TC encefalo in urgenza senza m.d.c. che evidenzia: "Leucoencefalopatia ipossico-degenerativa. Esiti vascolari corona radiata dx". Viene attuata terapia sintomatica con beneficio. Viene pertanto rinvio a domicilio.

Dopo circa 24 ore, per il ripresentarsi e l'intensificarsi della sintomatologia, caratterizzata soprattutto da impossibilità a mantenere la stazione eretta, vomito e cefalea, si reca nuo-

vamente in PS dove viene sottoposto a valutazione ORL che esclude l'eziopatogenesi vestibolare del disturbo.

Dopo una valutazione neurologica viene deciso il ricovero presso il reparto di Neurofisiopatologia Clinica per approfondimenti clinici e diagnostici.

Esame neurologico all'ingresso in reparto: paziente vigile, lucido, orientato. Eloquio fluente. Non deficit di forza. Sensibilità superficiali e profonde: indenni. Nervi cranici esplorati: indenni. ROT: presenti, ipoevocabili e simmetrici. R. cutaneo-plantare: in flessione bilateralmente. Presenza di minime scosse di nistagno nello sguardo di lateralità con fase rapida verso destra, esauribile. Prove di coordinazione ed eumetria: ben eseguite. Prova degli indici protesi: deviazione verso destra. Romberg: lateropulsione destra. Stazione eretta possibile con doppio appoggio.

Esami ematochimici all'ingresso: nella norma eccetto l'ipercolesterolemia già nota in anamnesi.

ECG: ritmo sinusale con bradicardia.

Rx torace: strie disventilatorie in sede basale bilaterale. Ectasia dell'aorta toracica.

EEG: nei limiti della norma.

Ecocardiogramma trans-toracico: cardiopatia scleroipertensiva con insufficienza valvolare.

Audiometria ed impedenzometria: assenza di alterazioni neurotrasmissive.

Studio trombofilico e ricerca dei markers tumorali: nei limiti della norma.

Inizia terapia con antiaggreganti, antipertensivi, senza apparente miglioramento clinico.

Il quadro clinico rimane invariato fino al quinto giorno di degenza, quando l'esame neurologico si modifica drasticamente: paziente vigile, lucido, orientato. Eloquio: fluente. Lieve sottoslivellamento dell'arto inferiore sinistro. Sensibilità superficiali: ipoestesia termica e dolorifica in emisoma sinistro, con disestesia termica all'arto inferiore destro. ROT: ipoevocabili ai 4 arti. R. cutaneo-plantare: tende all'estensione a sinistra, indifferente a destra. Nn cranici: Sindrome di Bernard-Horner in occhio destro. Atassia statica e dinamica marcata, tale da compromettere la deambulazione. Prove di coordinazione ed eumetria: ben eseguite. Prova degli indici protesi: deviazione degli indici verso destra.

Viene eseguito studio neuroradiologico con RM encefalo con m.d.c. che rileva una lesione acuta in sede bulbo-midollare laterale destra, associata ad un quadro di encefalopatia vascolare ischemica cronica diffusa e focale cerebellare destra.

Lo studio Ecocolor Doppler dei vasi epiaortici evidenzia: flusso non rilevabile sull'arteria vertebrale di destra. Piccola placca calcifica sulla biforcazione carotidea sinistra.

Lo studio Doppler transcranico conferma l'assenza di flusso a livello dell'arteria vertebrale destra.

Durante la degenza si verifica un

miglioramento clinico lento ma significativo per l'atassia statica e dinamica. Con il supporto fisioterapico quotidiano si ottiene un progressivo controllo del tronco, dell'equilibrio, un recupero dell'autonomia nella stazione eretta e della marcia. Lieve risulta il miglioramento della Sindrome di Bernard-Horner in occhio destro e parziale il recupero della sensibilità in emisoma sinistro.

Discussione

La sintomatologia può essere schematizzata nel modo seguente:

- Sindrome di Bernard-Horner in occhio destro (omolateralmente alla lesione);
- Ipoestesia termica e dolorifica in emisoma sinistro;
- Atassia statica e dinamica;
- Nistagmo.

La lesione ischemica evidenziata alle neuroimmagini interessava la porzione laterale del bulbo di destra. Tale area è vascolarizzata, dall'arteria cerebellare postero-inferiore (PICA), la quale è il primo ramo collaterale dell'arteria vertebrale.

Nel caso clinico descritto il flusso a livello dell'arteria vertebrale destra non era rilevabile come da occlusione del vaso.

Il quadro clinico descritto e le neuroimmagini suggeriscono come ipotesi diagnostica una Sindrome di Walleberg incompleta.

Com'è noto una lesione completa della porzione laterale del bulbo coinvolgerebbe le seguenti formazioni anatomiche: la radice discendente del trigemino (ipoestesia facciale

termodolorifica omolaterale), il nucleo ambigu (X n. cranico) (interessamento dei muscoli del faringe, della corda vocale e del velo pendulo), le fibre simpatiche oculari (S. di Bernard-Horner), il fascio spino-cerebellare ventrale, il fascio spino-talamico, parte del peduncolo cerebellare inferiore e del nucleo vestibolare laterale (nistagmo, atassia).

Conclusione

Nel caso in esame non si sono mai presentati sintomi o segni di coinvolgimento del nucleo ambigu, pertanto possiamo concludere che si tratta di una lesione ischemica di *parte* della porzione laterale destra del bulbo, e per questo la si può considerare una **Sindrome di Walleberg incompleta atipica**.

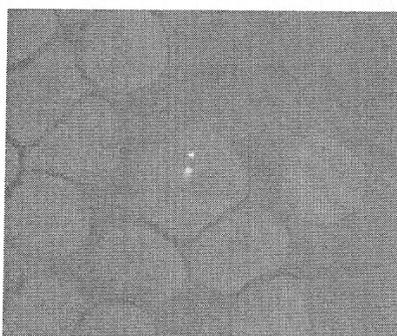


Le Nanopatologie

Dott. Ettore Rispoli
Dott.ssa Francesca Scarabeo
ISDE (Associazione Medici per l'Ambiente)

Sono malattie causate da micro e nanoparticelle inorganiche che vengono prodotte in grossa quantità dalla combustione ad alte temperature.

Queste particelle possiamo distinguere in:



Nanoparticelle di ferro in un eritrocita

- Particelle grossolane o PM10 (con $\varnothing \leq a 10 \mu\text{m}$)
- Microparticelle o PM 2,5 (\varnothing max fra 2,5 e 0,1 μm)
- Nanoparticelle o PM 0,1 ($\varnothing \leq 0,1 \mu\text{m}$)

Sono costituite da metalli o metalloidi, sono inorganiche, non sono biodegradabili ne biocompatibili. Più sono piccole e più sono aggressive perché più facilmente penetrano nel nostro organismo. Le nanoparticelle sono prodotte maggiormente da:

- Inceneritori
- Termovalorizzatori
- Cementifici
- Fumi di industrie metallurgiche
- Traffico

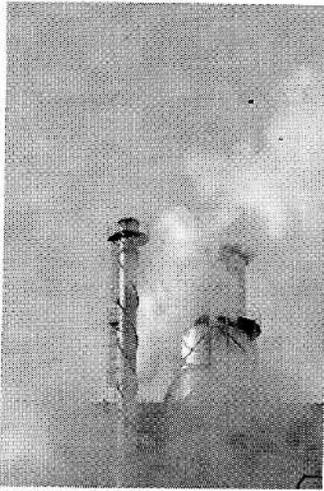
Una volta prodotte restano sospese in aria per molto tempo, anche mesi, e quindi vengono respirate; le PM10 e le PM2,5

possono causare patologie infiammatorie acute e croniche a carico del sistema respiratorio e cardiaco soprattutto di anziani e bambini. Le nanoparticelle arrivano fino agli alveoli e grazie alle loro dimensioni ridotte entrano nel circolo ematico, penetrano nei globuli rossi e raggiungono così tutti i tessuti. Inevitabilmente le particelle sospese in aria cadono sul suolo e penetrano per qualche frazione di mm negli ortaggi e sull'erba da foraggio, quindi entrano nella catena alimentare, raggiungono i villi intestinali ed entrano nel torrente ematico, penetrano nei globuli rossi e raggiungono attraverso questa seconda via tutti i tessuti. Nei tessuti le particelle di maggiori dimensioni creano processi infiammatori da corpo estraneo e granulomi. Le nanoparticelle invece penetrano direttamente nel nucleo delle cellule ed interagiscono chimicamente o meccanicamente con il Dna

continua a pag 17

STUDI EPIDEMIOLOGICI SULLE POPOLAZIONI RESIDENTI IN PROSSIMITÀ DI INCENERITORI

FONTE	AREA	DISEGNO DELLO STUDIO	RISULTATI PRINCIPALI
BIGGERI ET AL. 1996	TRIESTE	CASO - CONTROLLO	INCREMENTO DEL RISCHIO DI CANCRO POLMONARE
MICHELOZZI ET AL. 1998	ROMA	MORTALITÀ MICRO-GEOGRAFICA	INCREMENTO DELLA MORTALITÀ PER ALCUNE CAUSE E RIDUZIONE DELLA SEX-RATIO ALLA NASCITA
CHELLINI ET AL. 2002	PRATO	MORTALITÀ MICRO-GEOGRAFICA	INCREMENTO DEL RISCHIO DI CANCRO POLMONARE
COMBA ET AL. 2003	MANTOVA	CASO - CONTROLLO	INCREMENTO DEL RISCHIO DI SARCOMA DEI TESSUTI MOLLI
BIGGERI E CATELAN 2005	CAMPI BISENZIO	MORTALITÀ COMUNALE	INCREMENTO DEI LINFOMI NON HODGKIN
BIGGERI E CATELAN 2006	17 AREE DELLA TOSCANA CON INCENERITORI	MORTALITÀ COMUNALE	INCREMENTO DEI LINFOMI NON HODGKIN
BIANCHI E MINICILLI 2006	25 COMUNI ITALIANI CON INCENERITORI	MORTALITÀ COMUNALE	INCREMENTO DEI LINFOMI NON HODGKIN
TESSARI ET AL. 2006	VENEZIA	CASO - CONTROLLO	INCREMENTO DEL RISCHIO DI SARCOMA DEI TESSUTI MOLLI NELLE DONNE DELL'AREA ESPOSTA
RANZI ET AL. 2006	FORLÌ	COORTE DI RESIDENTI	INCREMENTO DI MORTALITÀ NELLE DONNE PER TUTTE LE CAUSE, TUMORE DEL COLON E DELLA MAMMELLA, PER DIABETE E MALATTIE CARDIOVASCOLARI
ZAMBON ET AL. 2007	3 ASL PROVINCIA DI VENEZIA	CASO - CONTROLLO	INCREMENTO DI RISCHIO DI SARCOMA IN ENTRAMBI I GENERI E DI TUMORI DEL CONNETTIVO E DI ALTRI TESSUTI MOLLI NELLE SOLE DONNE



causando delle mutazioni con conseguente cancerogenesi cellulare.

Il Progetto Europeo "QLRT-2002 - 147", avvalendosi di studi di microscopia elettronica a scansione ambientale, ha permesso di accertare come tessuti patologici relativi a malattie criptogeniche di natura oncologica o infiammatoria presentino particelle inorganiche micro e/o nanometriche: tale reperto non è stato rinvenuto in tessuti sani (di soggetti deceduti per cause traumatiche).

Le micro e soprattutto le nanoparticelle, attraverso il sangue superano la barriera placentare e passano dalla madre al feto causando malformazioni o aborti. Possono, quindi, essere definite non solo cancerogene ma anche genotossiche.

A questo punto ci si chiederà se esistono dei filtri in grado di bloccare queste particelle; in effetti esistono filtri in grado di bloccare particolato PM10. Alcuni termovalorizzatori di ultima generazione utilizzano filtri in politetrafluoroetilene che possono catturare particelle fino a 0,8 µm; questi filtri pur essendo molto costosi vengono impiegati da qualcuno però non fermano le nanoparticelle che come si è visto sono le più pericolose. Questi filtri sono molto sensibili a shock termici che modificano la loro struttura e come è intuibile in un inceneritore si verificano decine di shock termici in una giornata per cui perdono rapidamente la loro funzione filtrante. Molte particelle, per le altissime tem-

perature, vengono emesse in forma ionica e solo a contatto con l'aria fresca (quindi dopo il filtro) si solidificano. Per questi motivi i filtri sono inefficaci per PM0,1.

Vi è la possibilità di rimuovere dall'organismo queste particelle metalliche? Al momento la risposta è no! Questo però non significa che non possa esistere un sistema artificiale per depurare l'organismo da queste sostanze. Purtroppo per studiare questi sistemi occorrono cervelli e denari; i primi emigrano all'estero grazie alla politica antimercatocratica, tutta italiana, e i denari si preferisce spenderli altrimenti. Un recente studio del 2004 portato a termine dall'Istituto Superiore di Sanità ha analizzato 46 studi scientifici portati avanti con rigore scientifico negli anni 1997 - 2003. È emerso in 2/3 degli studi che nelle zone attigue agli inceneritori aumentano gli effetti cancerogeni e vi è un significativo incremento di mortalità. Ciò si evince anche da osservazioni epidemiologiche di diverse ASL italiane (vedi tabella).

Dal punto di vista scientifico, l'inceneritore **non puo'** essere preso in considerazione come **metodo di eliminazione dei rifiuti** poiché **non li elimina**, ma ne raddoppia le quantità in massa e li rende di gran lunga **più tossici**, diminuendone la dimensione.

Brucciare i rifiuti è solo un gioco di prestigio e per dimostrare ciò basta rispolverare le nozioni di fisica ed in particolare il 1° principio della termodinamica o "principio di conservazione delle masse" di Antoine Lavoisier (1743-1794): *La quantità di materia totale di un sistema chiuso rimane costante.* Cioè in natura nulla si crea e nulla si distrugge.

Se prendiamo in considerazione la combustione ad alta temperatura di una tonnellata di rifiuti si formeranno:

- 1 tonnellata di fumo
- 280/300 Kg di ceneri solide (molto tossiche)
- 30 Kg di ceneri volatili
- 25 Kg di gesso

• 650 l di acqua (da depurare). È facilmente deducibile che ciò che esce da un inceneritore è il doppio di ciò che entra.

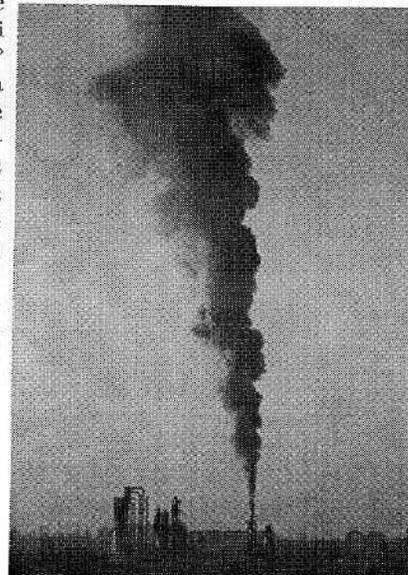
L'alternativa è la programmazione di una seria raccolta differenziata fino al 65% di tutti i rifiuti prodotti, con successiva separazione della parte umida, la quantità di rifiuti da smaltire sarebbe ridotta a circa il 20% di quella attuale. Tale residuo potrebbe essere trattato con "bioossidazione", un procedimento non dannoso per l'ambiente e per la salute, sicuramente meno costoso rispetto agli inceneritori, con messa in discarica degli scarti stabilizzati e compressi e che non costituiscono rifiuto tossico.

Molto dipende anche da noi. Nostro dovere è non far finta di niente, non fare come gli struzzi o come gli struzzi finiremo: arrosti.

Molto dipende dagli scienziati, compresa quella minoranza che si vende per sostenere assurdità come già fece in passato quando sostenne l'innocuità del fumo di tabacco o dell'amianto, e che è, alla fine, destinata inesorabilmente ad essere smentita. Concludendo con una frase di uno scrittore cubano della metà dell'800:

*L'ignoranza uccide i
popoli.
Bisogna uccidere
l'ignoranza.*

(José Martí)



PAGINA SCIENTIFICA

Morte cerebrale

A CURA DI GIORGIO BERCHICCI



Kristel Marcarini è stata colta da malore in discoteca alle tre di Domenica mattina del 13-4-2008. Viene accompagnata a casa dagli amici. In mattinata dà segni di svenimento e cefalea per cui i genitori chiamano subito il 118. Al Pronto Soccorso di Clusone (Bg) Kristel entra cosciente ed accenna a delle pastiglie. I medici, dopo averla intubata, dispongono il trasferimento all'Osp di Seriate (Bg) in terapia intensiva (se respirava spontaneamente non andava intubata). In serata, nuovo trasferimento, questa volta al Riuniti di Bergamo in Neurochirurgia. TAC e RMN non avrebbero rilevato segni di emorragie cerebrali spontanee, ma un gonfiore edematoso della corteccia cerebrale che viene ritenuto compatibile con i possibili effetti tossici indotti dall'ectasy. ("Eco di Bergamo" del 16/4)

Fin qui il report fedele dell'articolo e del comunicato stampa inviato sulla vicenda di questa giovane donna. Poi, la Presidente della Lega Nazionale contro la predazione di organi e la morte a cuore battente, Nerina Negrello, inizia a porsi una serie di domande che svelano l'epilogo della incesciosa vicenda

«Che fretta c'era di dichiarare la morte cerebrale? Perché non farle subito una lavanda gastrica e una terapia farmacologica anti-edema protratta e non solo per poche ore? Etc etc». Naturalmente, mi guardo bene dal prendere una posizione, su questo specifico caso, dovendo valutare in base a poche notizie che non so fino a che punto siano fedeli alla verità dei fatti.

Ma prendo spunto dall'accaduto per sensibilizzare l'attenzione di tutti sul problema dei trapianti d'organo. «Alla fine degli anni 60, il primo trapianto di cuore realizzato da Christian Barnard ha portato a guardare alla morte alla luce della possibilità di espantare organi per i trapianti. La commissione Harvard ha portato a proporre una nuova concezione della morte legata alla cessazione dell'attività cerebrale (Lamb,1987). Quindi, il concetto di morte cerebrale è stato, per così dire, "elaborato" proprio in funzione della possibilità di trapianto cardiaco che si andava delineando nel mondo scientifico.

Ma questa definizione, che vede nella morte non una evenienza unica di un organismo vivente, ma un processo che coinvolge tutte le funzioni del corpo, pur essendo stata accettata da quasi tutto il mondo scientifico occidentale e dalle normative internazionali del maggior numero di Paesi, pur tuttavia in qualche Paese non viene accettata. È il caso, ad esempio del Giappone, dove la morte cerebrale non viene ritenuta un valido criterio di accertamento della morte, e dove si è rilevato che l'organismo continua a produrre ormoni anche dopo la cessazione dell'attività cerebrale. Ma anche l'attività cardiaca e respiratoria possono conti-

nuare in forma surrogatoria per lunghi periodi. In realtà, oggi, come riferisce anche il filosofo bioeticista Eugenio Lecaldano, emergono "tre differenti linee" di definizione di morte cerebrale, di cui la prima indica la cessazione di attività di tutto il cervello, comprendendo sia il tronco encefalico che la corteccia cerebrale, la seconda la cessazione di attività del solo tronco e la terza con la cessazione completa della corteccia. La prima e la seconda hanno trovato riscontro a livello giuridico e medico legale nelle procedure di accertamento della morte, e sono utilizzate nei Paesi occidentali.

Naturalmente, tutte queste divergenze di posizioni non solo solo dispute teoriche o accademiche, ma si riflettono in posizioni pratiche che riguardano soprattutto il diverso atteggiamento da tenere nei confronti dei pazienti in stato vegetativo, per esempio, o nei confronti dei neonati anencefalici.

Ritornando, però, all'espanto per donazione d'organo, appare chiaro che da un lato bisogna essere certi che il prelievo degli organi avvenga solo dopo la dichiarazione di morte cerebrale, dall'altro è ovvio che prima avviene l'espanto e maggior sicurezza e tempo si hanno nell'impianto...

Un atto di grande amore rischia di essere, certamente in maniera del tutto involontaria, un atto di depredamento di organi. Ma, come tutti sanno, la Medicina è una tecnica: una tecnica raffinatissima che si avvale di procedimenti scientifici, ma pur sempre una tecnica! Ed allora, dal momento che gli studi sulle cellule staminali coinvolgono ormai tutto il mondo scientifi-

continua da pag 18

co, ed è lecito attendersi (viste le autorizzazioni rilasciate alle ricerche sulla clonazione terapeutica in alcuni Paesi europei, come Gran Bretagna, Spagna, Belgio e Svezia) degli sviluppi estremamente positivi in tal senso, in differenti specialità mediche e chirurgiche, non crediate che sia giunto il tempo di passare da una cultura della donazione, certamente nobilis-

sima, ad una cultura della clonazione? Non è facile accettare di avere a disposizione il pezzo di ricambio, così come l'utilitaria che abbiamo appena parcheggiato sotto casa, né si tratta di inseguire l'antico sogno di Faust che vende l'anima al diavolo per poter raggiungere l'immortalità: semplicemente, è un sistema forse eticamente più accettabile per porre fine allo

scandalo del mercato di organi umani che interessa una parte considerevole del mondo asiatico, dove la povertà conduce alla vendita di parti di sé per poter sopravvivere ed aiutare la propria famiglia.

Riaperte le trattative

Dopo 30 mesi si sono riaperte le trattative per il rinnovo del contratto e delle convenzioni.

È un inizio balbettante dovuto a tante ragioni non ultima la crisi di governo con le conseguenti elezioni e nuovo governo che dovrà trovare e quantificare la somma da porre sul tavolo.

A dire il vero il Contratto dei dirigenti medici era sul punto dall'essere firmato ma la controparte (ARAN) con decisione unilaterale ed incomprensibile ha abbandonato il tavolo con la conseguente proclamazione dello stato di agitazione di tutte le sigle sindacali che preannunciano scioperi e manifestazioni nei prossimi giorni se non sarà firmato il nuovo contratto.

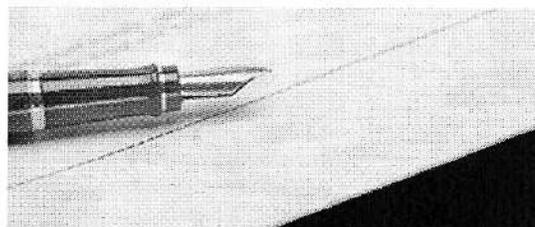
Ben diversa è la situazione per il rinnovo delle Convenzioni della Medicina Generale, Pediatria e Specialistica Ambulatoriale.

Siamo ancora nelle primissime fasi ma già vi sono grossi ostacoli: ancora non si tratta sulle norme e su ciò che davvero vuole la controparte pubblica; non è chiaro il progetto di rinnovamento per quella che una volta veniva definita Medicina

di Famiglia; l'aumento economico che pensano di stanziare è irrisorio e non copre neanche l'inflazione, reale e non virtuale come loro vorrebbero, di 1 anno.

Credo che sia giunto il momento di una seria riflessione sui nostri rinnovi contrattuali e bisogna iniziarla sul Bollettino dell'Ordine.

Non solo la figura professionale del medico è andata sbiadendosi con il passare degli anni: il gran numero dei colleghi, l'ultraspecializzazione, il non rispetto del codice deontologico, i mass-media sui presunti casi di malasanità, sono solo alcuni motivi della crisi che ha colpito la nostra professione vista, fino a pochi anni fa, con ben altri occhi; oggi viviamo un disagio al nostro interno, vi sono migliaia di colleghi che sono precari: lavorano con contratti a tempo determinato senza nessuna sicurezza per il futuro; i medici di Continuità Assistenziale lavorano 24 ore settimanali per uno stipendio ben poco "etico"; anche l'Assistenza Primaria con meno di 1000 pazienti comincia a soffrire economicamente.



Tanti settori stanno soffrendo ma la nostra professionalità, la nostra cultura, fino ad oggi ci ha impedito di confessare un dato chiaro già da alcuni anni: anche i medici comprano le zucchine!!!

Contratti scaduti da più di 2 anni, le tasse che hanno azzerato gli aumenti degli ultimi rinnovi, l'inflazione reale, molto più alta di quella stabilita dal governo, sta mettendo in ginocchio anche la nostra categoria.

Come rappresentante in seno all'Enpam ricevo continue richieste di aiuto economico per la casa, lo studio, per i figli. Credo che questa riflessione vada portata nelle sedi dei nostri massimi organismi, FNOM ed ENPAM, che devono farsi portavoce presso il governo per adottare le misure necessarie.

Fernando Crudele

Specializzandi e tirocinanti

Da alcuni mesi lo SMI ha iniziato una intensa campagna di informazione su due settori strategici per il futuro SSN: la Specializzazione ed il Corso di Formazione post-laurea in Medicina Generale.

Questi giovani colleghi sono sempre stati ai margini del nostro universo, non sono mai stati tutelati nel loro percorso formativo e hanno dovuto subire alcuni torti senza possibilità di essere ascoltati come un pegno da pagare in silenzio.

Sono anni che il nostro sindacato è a fianco degli specializzandi tutelandoli nella loro professione e nel richiedere una giusta retribuzione: abbiamo chiesto, insieme ai vertici dell'ENPAM, di creare un Fondo di Previdenza specifico per questi colleghi ma il governo, per interesse proprio, ha aperto un fondo presso l'INPS; ciò va contro gli interessi dei medici che non vengono tutelati e rischiano di perdere i contributi versati durante gli anni del corso di specializza-

zione che non potranno essere cumulati nei Fondi ENPAM. Abbiamo istruito vari ricorsi legali per il risarcimento agli ex specializzandi dal 1983 al 1991 ma, anche se tutti dicono che abbiamo ragione, nessun tribunale ancora si pronuncia definitivamente sulla questione per mettere la parola fine; anzi questa incertezza ha fatto nascere varie società di consulenza che, previo contributo del medico ricorrente, propongono "terapie miracolose" per risolvere l'annosa questione. Purtroppo le scorciatoie non esistono in giurisprudenza e pertanto i nostri colleghi oltre a non avere il dovuto sprecano altri soldi. Per noi le strade rimangono due: o una legge che sani per sempre il contenzioso oppure il ricorso legale sperando in qualche sentenza favorevole; pochi anni fa era pronto un decreto legge ma, vista l'entità della somma, nessun governo lo ha legiferato.

Continueremo a lottare per far valere i nostri diritti. Per i tirocinanti si va verso una re-

golamentazione: tutti gli anni vengono attivati i corsi e migliaia di giovani colleghi appena usciti dall'università hanno un approccio a 360° con il S.S.N., con la possibilità di lavorare già durante il corso di formazione. Anche qui, però, c'è ancora molto da fare: noi chiediamo che il corso venga equiparato ai corsi di specializzazione e pertanto abbiamo proposto l'intassabilità della borsa, l'adeguamento economico, l'introduzione di attività professionalizzanti, l'introduzione dei crediti formativi, la modifica dei test di ingresso affinché non succeda come l'anno scorso che non è stato raggiunto il numero stabilito dei partecipanti per la nostra regione, coincidenza delle date degli esami di ingresso alla specializzazione e al corso di formazione.

Per tutti questi motivi e per tutelare al meglio i colleghi continueremo a far sentire la nostra voce che è sempre più forte.

Fernando Crudele



Specializzandi e tirocinanti

Da alcuni mesi lo SMI ha iniziato una intensa campagna di informazione su due settori strategici per il futuro SSN: la Specializzazione ed il Corso di Formazione post-laurea in Medicina Generale.

Questi giovani colleghi sono sempre stati ai margini del nostro universo, non sono mai stati tutelati nel loro percorso formativo e hanno dovuto subire alcuni torti senza possibilità di essere ascoltati come un pegno da pagare in silenzio.

Sono anni che il nostro sindacato è a fianco degli specializzandi tutelandoli nella loro professione e nel richiedere una giusta retribuzione: abbiamo chiesto, insieme ai vertici dell'ENPAM, di creare un Fondo di Previdenza specifico per questi colleghi ma il governo, per interesse proprio, ha aperto un fondo presso l'INPS; ciò va contro gli interessi dei medici che non vengono tutelati e rischiano di perdere i contributi versati durante gli anni del corso di specializza-

zione che non potranno essere cumulati nei Fondi ENPAM. Abbiamo istruito vari ricorsi legali per il risarcimento agli ex specializzandi dal 1983 al 1991 ma, anche se tutti dicono che abbiamo ragione, nessun tribunale ancora si pronuncia definitivamente sulla questione per mettere la parola fine; anzi questa incertezza ha fatto nascere varie società di consulenza che, previo contributo del medico ricorrente, propongono "terapie miracolose" per risolvere l'annosa questione. Purtroppo le scorciatoie non esistono in giurisprudenza e pertanto i nostri colleghi oltre a non avere il dovuto sprecano altri soldi. Per noi le strade rimangono due: o una legge che sani per sempre il contenzioso oppure il ricorso legale sperando in qualche sentenza favorevole; pochi anni fa era pronto un decreto legge ma, vista l'entità della somma, nessun governo lo ha legiferato.

Continueremo a lottare per far valere i nostri diritti. Per i tirocinanti si va verso una re-

golamentazione: tutti gli anni vengono attivati i corsi e migliaia di giovani colleghi appena usciti dall'università hanno un approccio a 360° con il S.S.N., con la possibilità di lavorare già durante il corso di formazione. Anche qui, però, c'è ancora molto da fare: noi chiediamo che il corso venga equiparato ai corsi di specializzazione e pertanto abbiamo proposto l'intassabilità della borsa, l'adeguamento economico, l'introduzione di attività professionalizzanti, l'introduzione dei crediti formativi, la modifica dei test di ingresso affinché non succeda come l'anno scorso che non è stato raggiunto il numero stabilito dei partecipanti per la nostra regione, coincidenza delle date degli esami di ingresso alla specializzazione e al corso di formazione.

Per tutti questi motivi e per tutelare al meglio i colleghi continueremo a far sentire la nostra voce che è sempre più forte.

Fernando Crudele



LA PAGINA ODONTOIATRICA

Finanziaria 2008: cosa cambia per gli odontoiatri?

Agevolazioni per incentivare la costituzione di grandi studi associati. Al fine di favorire la nascita di studi professionali sempre più grandi, agli studi professionali associati con un numero di professionisti: almeno 4 a non più di 10 viene riconosciuta un'agevolazione fiscale pari al 15% dei costi per l'acquisto, anche tramite leasing, di alcuni beni strumentali (impianti ed attrezzature varie, ammodernamento e ristrutturazione degli immobili strumentali utilizzati per l'esercizio dell'attività professionale, attrezzature informatiche, macchine d'ufficio e programmi informatici, mobili ed arredi specifici).

Tale bonus fiscale sarà riconosciuto per le operazioni di aggregazione (costituzione di studi professionali associati) che avverranno nel periodo di tempo compreso tra l'1/1/2008 e il 31/12/2010. I costi che verranno presi in esame sono quelli sostenuti dalla data di costituzione (con contratto registrato) fino ai successivi 12 mesi.

Attenzione però: per poter beneficiare di questo bonus 15% (in forma di credito d'imposta) tutti gli associati devono esercitare la loro attività professionale esclusivamente all'interno dello studio professionale associato.

Il legislatore, inoltre, ha inserito una particolare misura per le aggregazioni professionali tra medici convenzionati con il servizio sanitario nazionale (il Ministero della salute potrebbe elevare i limiti minimo e massimo del numero degli associati). Lo studio associato che rientrerà nelle disposizioni di cui sopra, se, per esempio, sosterrà costi (come sopra indicati)

per un totale di euro 200.000, avrà un beneficio fiscale pari al 15% e quindi di euro 30.000.

Riduzione della tassazione sulle s.r.l.

LIRES (Imposta sul Reddito delle Società) sulle s.r.l. è ridotta al 27,5%. Le strutture sanitarie private (compreso, quindi, gli ambulatori odontoiatrici) che esercitano attività in forma di s.r.l. (compreso le s.r.l. a socio unico) pagheranno un'aliquota fissa del 27,5% di IRES oltre all'IRAP.

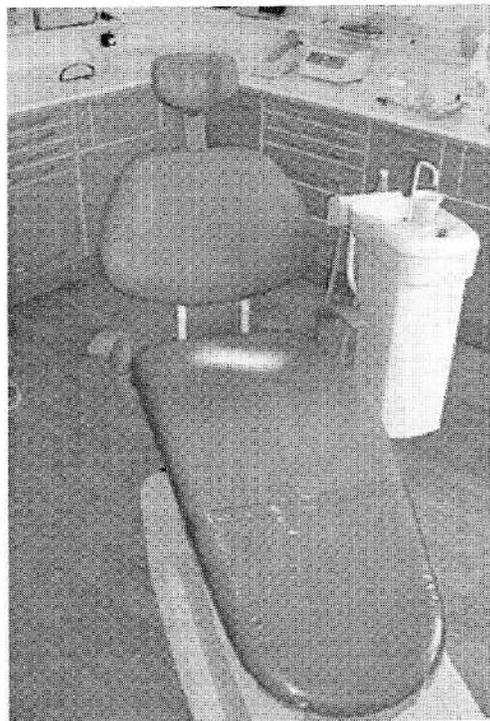
L'aliquota è stata ridotta dall'attuale 33% al 27,5%.

Contribuenti minimi (compensi non superiori a euro 30.000 annui): istituito un regime supersemplificato. Per i professionisti che nell'anno solare precedente hanno conseguito un totale annuo complessivo di incassi lordi (o ricavi) non superiore a euro 30.000, ed inoltre:

- non hanno sostenuto spese per dipendenti o collaboratori;
- non hanno effettuato, nel triennio precedente, acquisti di beni strumentali superiori a euro 15.000.

Può essere scelto un regime super semplificato di tassazione che avrà le seguenti caratteristiche per chi vi aderirà:

- un'aliquota d'imposta (fissa) pari al 20% del reddito calcolato come differenza tra compensi e costi conseguiti per cassa;
- sono esclusi dagli studi di settore;
- non pagano l'IRAP (4,25%);
- sono esonerati dall'obbligo di tenuta dei registri contabili ai fini delle imposte sul



reddito (IRPEF, IRAP);

- non possono aderire al regime di cui sopra i professionisti che contestualmente partecipano ad associazioni professionali o società.

Il regime super semplificato di cui sopra non è obbligatorio e quindi volendo si possono adottare le normali scritture contabili e la normale tassazione.

Mario Testa

Il Molise delle esclusività: la Riserva Naturale Mab di Montedimezzo-Collemeluccio

DI NATALINO PAONE

Il Molise è uno e molteplice. Vi è il Molise delle esclusività preistoriche con le uniche specie di squali estinti e la sequenza cronologica di presenza dell'uomo dalla notte dei tempi. Vi è il Molise delle esclusività storiche con il più grande monumento del mondo sannitico a Pietrabbondante e la città romana del tratturo a Sepino. Vi è il Molise dei tratturi della transumanza, che qui dettarono la legge del movimento e dell'insediamento, determinando un paesaggio di prossimità dal grande afflato umano. Vi è il Molise delle esclusività naturali con il Giardino di Flora Appenninica di Capracotta e la Riserva Naturale di Montedimezzo-Collemeluccio, nota come "Mab", acronimo inglese di *Man and the biosphere*, ossia "l'uomo e la biosfera", tra le riserve dell'Unesco, dove si conducono ricerche per determinare il rapporto uomo ambiente.

Va detto subito con orgoglio che a Montedimezzo il rapporto uomo-ambiente è di tipo mutualistico da quando l'area, di proprietà degli Angioini, divenne azienda di allevamento transumante dei Certosini di Napoli (1601), poi terra di gita fuori porta e di caccia dei Borboni, quindi demanio statale gestito dalla Forestale con l'unità d'Italia. Rapporto del tipo di Montedimezzo è anche quello di Collemeluccio, pur se di provenienza diversa perchè di proprietà nel 1628 della nobildonna Desiderata Melucci (dove Collemeluccio?).

Un'altra esclusività rimane il parco archeologico di San Vincenzo al Volturno, già monastero benedettino importante nell'VIII secolo, unico parco d'Europa dove sono conservati i pavimenti originali d'epoca della rinascenza europea seguita alla caduta dell'impero romano e alle incursioni barbariche.

Ma, con i tempi che corrono, fermarci per una qualche osservazione sulla Riserva Naturale Mab è importante.



Cominciano dalle caratteristiche. Si tratta intanto di due nuclei separati, anche se di unica Riserva Mab.

Montedimezzo: Comune di Vastogirardi.

- Superficie: 291 ettari.
- Altitudine: 921-1284 m.
- Vegetazione dominante: faggio e cerro.

Collemeluccio: Comune di Pascolanciano.

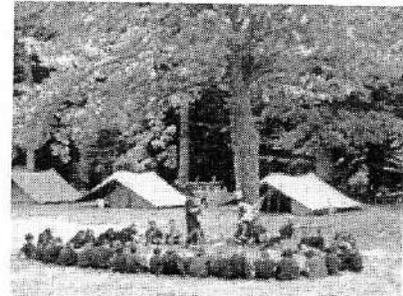
- Superficie: 363 ettari.
- Altitudine: 800-1066 m.



da erbosa larga 111 metri percorsa dalle greggi nei trasferimenti bistagionali montagne d'Abruzzo-Molise-Puglia, in autunno, e viceversa in primavera.

Gestita dall'Ufficio Amministrazione Foreste Demaniali di Isernia, la Mab Montedimezzo-Collemeluccio è aperta a suggestivi percorsi guidati da agenti forestali da contattare attraverso l'Ufficio citato di Isernia.

Qui la natura regna sovrana. I percorsi, come ritagliati nei boschi, sono tanti, ben definiti e delimitati. Solo nell'area di Montedimezzo se ne contano 18, con l'esclusività del percorso per diversamente abili San Biagio, che ogni persona percorre autonomamente, ammirando il viale alberato con soste di tanto in tanto in spazi dotati di sedili e tavolo, mentre le specie vegetali sono segnalate con informazioni essenziali. La visita consente di ammirare animali diversi tra macchie verdi e corsi d'acqua.



- Vegetazione: abete bianco associato a cerro, nella zona medio bassa, faggio in alto.

- Fauna: oltre 200 specie nei due siti.

Ambedue i nuclei sono attrezzati con aree a pic-nic. Raggiungibili con comode strade, per secoli furono serviti dal grande tratturo Celano-Foggia: sorta di autostra-

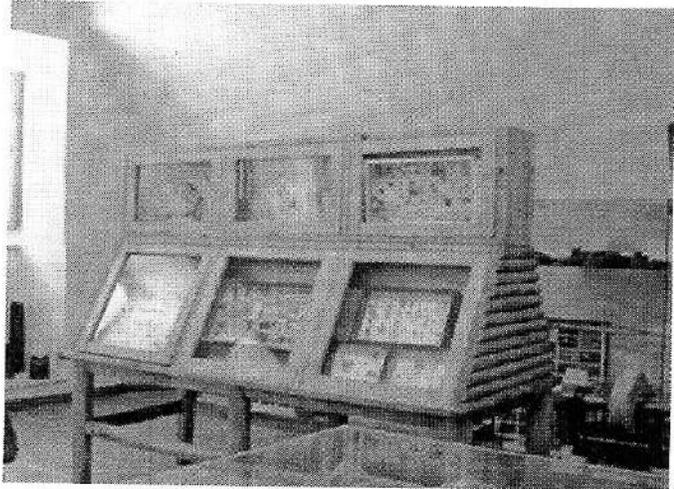
Un museo ricavato nella taverna dei Borboni consente di "leggere" storia e patrimonio della zona. L'automezzo si lascia in apposito parcheggio all'ingresso della Riserva che, se si raggiunge col treno Isernia-Sulmona-Pescara, dista qualche chilometro di strada dalla stazione di Vastogirardi-San Pietro Avellana.

Nelle vicinanze si trovano paesini accoglienti oltre a caratteristiche strutture di accoglienza.

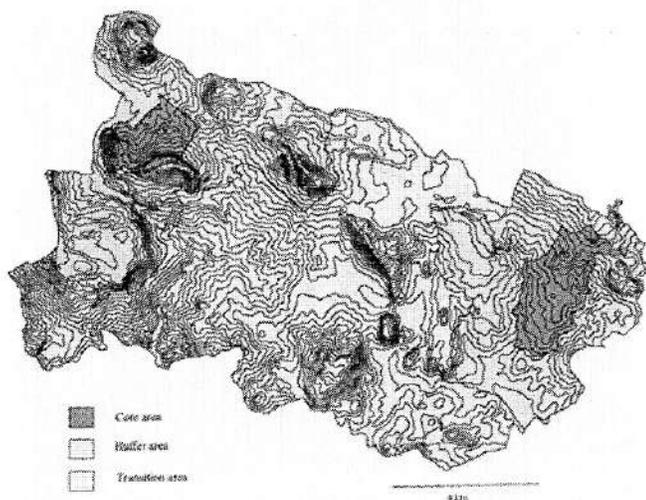
Le ferrovie ottocentesche attraversano un paesaggio unico, che non ha nulla da invidiare a quelli svizzeri, come ha scritto di recente un autorevole quotidiano.

L'intera Mab con l'area circostante costituisce un'alternativa alla fretta e al rumore, oltre che un laboratorio di apprendimento con la natura maestra incontrastata.

Di recente è stata effettuata la zonizzazione dal Consorzio Universitario e dall'Università degli Studi del Molise secondo i criteri prescritti dall'Unesco:



- carattere fitogeografico e bioclimatico;
- interesse comunitario in relazione alla rete NATURA 2000;
- pascoli di elevata biodiversità;
- "tratturi" come testimonianza di grande valore storico-culturale e paesaggistico;
- attività agricole compatibili; - insediamenti umani.



rantire una protezione a lungo termine del paesaggio, dell'ecosistema e delle specie in esso contenute.

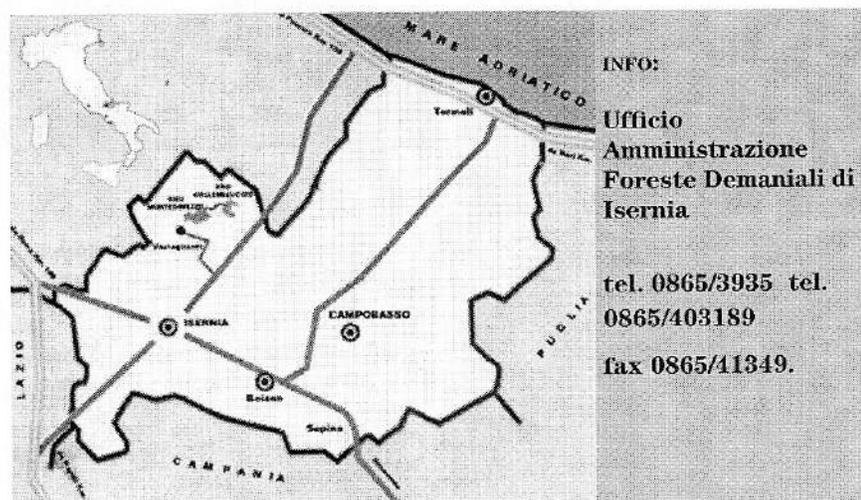
Il secondo, detto anche "cuscinetto", è sede di ricerche sperimentali per scoprire le modalità attraverso le quali è possibile gestire la vegetazione naturale, le aree coltivate, le foreste, le zone di pesca al fine di aumentare quanto più possibile la qualità della produzione e al tempo stesso conservare i processi naturali, la biodiversità e le risorse del suolo, nonché capire come si possono riabilitare le are degradate.

Il terzo contenitore ha un significato funzionale e strutturale in quanto la qualità dell'area al suo interno serve a mediare il rapporto tra l'area centrale e la periferia antropizzata.

Il territorio interessato si articola pertanto in tre contenitori concentrici.

Il primo al centro, soggetto solo ad attività di ricerca e monitoraggio, serve a ga-

Le Riserve Mab, come bem si capisce, sono dunque finalizzate a salvaguardare la biodiversità, ad educare all'oculata utilizzazione del territorio e all'attivazione di un laboratorio a cielo aperto.



INFO:

Ufficio
Amministrazione
Foreste Demaniali di
Isernia

tel. 0865/3935 tel.

0865/403189

fax 0865/41349.