

**DIREZIONE, REDAZIONE
E AMMINISTRAZIONE**

13900 BIELLA
Via Malta, 3
Tel. 01522065 Fax 01520998
e-mail:
segreteria@ordinemedicibiella.it
sito: www.ordinemedicibiella.it

CONSIGLIO DIRETTIVO:

Presidente:

dr. Giuseppe Calogero

Vice Presidente:

dr. Franco Cassardo

Segretario:

dr.ssa Caterina Magliano

Tesoriere:

dr. Gian Maria Gazzola

Consiglieri:

dr. Mauro Berto
dr. Franco Ferrero
dr. Giuseppe Flecchia
dr. Giuseppe Malfitana
dr. Carlo Peruselli
dr. Jon Gabriele (odontoiatra)
dr. Giancarlo Motta (odontoiatra)

COMMISSIONE ODONTOIATRI:

dr. Gabriele Jon	Presidente
dr. Giancarlo Motta	Segretario
dr. Mario Chiaberge	Componente
dr. Franca Ellena	Componente
dr. Luisa Trisoglio	Componente

Revisori dei Conti effettivi:

dr.ssa Adriana Paduos	Presidente
dr. Tullio Borella	
dr. Gabriele Lanza	

Revisore dei Conti Supplente:

dr. Stefano Braschi

Direttore Responsabile:

dr. Giuseppe Calogero

Segretario di Redazione:

dr.ssa Caterina Magliano

Comitato di Redazione:

Consiglio dell'Ordine

EDITING

Graziella Savant Ros

Aut. Trib Biella n. 440
del 13/11/1995

STAMPA

Tipolitografia A.Scotti,
Via Circonvallazione,47
Cornate d'Adda -(MI)

FOTOCOMPOSIZIONE

Edizioni Cinque s.r.l.-Camburzano (BI)

CONCESSIONARIO PUBBLICITÀ

Edizioni Cinque s.r.l.-Camburzano (BI)
Tel.015 259 33 98 - fax 015 259 46 9393

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

della provincia di Biella

OTTOBRE/DICEMBRE 09



Foto di Copertina:

Chiese romaniche del Biellese e dintorni:

PIVERONE - "GESIUN"

(riferimenti a pag. 21)

foto: Prof.Emanuele Ciambellotti

**ORGANO UFFICIALE DELL'ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI**

SOMMARIO

➡ Editoriale	pag.	3
➡ I nuovi Primari biellesi del nostro Ospedale	pag.	4
➡ Attività del Consiglio	pag.	6
➡ Odontoiatri	pag.	8
➡ FNOM	pag.	10
➡ Previdenza e Assistenza	pag.	14
➡ Leggi, Decreti, Giurisprudenza	pag.	19
➡ Varie	pag.	22
➡ Attività scientifiche	pag.	27
➡ Federspev	pag.	29
➡ Notizie culturali	pag.	30
➡ Corsi, Convegni e Congressi	pag.	31

*IL NOTIZIARIO VIENE DISTRIBUITO GRATUITAMENTE
AGLI ISCRITTI DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E
DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI BIELLA.*





**Il Presidente, il Consiglio
e la Segreteria dell'Ordine
augurano Buone Feste**

Diafanoscopio VUGHLOSTRE



GICA

Diafanoscopio digitale

VughLostre permette la lettura dei nuovi supporti digitali per la visione dei referti medici

Ideale in ambulatori - sale operatorie - studi medici privati

VughLostre non ha memoria fisica.

Grazie a questa caratteristica unica si eviteranno tutte le procedure per la tutela della privacy

Visita il sito
Per maggiori informazioni scrivi a

www.diafanoscopio.com
info@diafanoscopio.com

EDITORIALE



DOVE VA LA PROFESSIONE MEDICA? L'ATTO MEDICO

Si fanno sempre più pressanti le interferenze degli Assessorati Regionali alla Sanità sulle problematiche mediche.

Per carità, le Regioni, titolari della gestione e del controllo della salute dei propri Cittadini, devono svolgere un loro compito preciso di indirizzo; succede però sempre più spesso che, con le loro delibere, invadano le specifiche competenze che la Legge ed il Codice Deontologico assegnano ai Medici.

La nostra Regione Piemonte, ad esempio, un paio di anni fa ha presentato un disegno di Legge Regionale per ufficializzare ed accreditare ben 40 figure di cosiddetti "specialisti non medici".

Alcuni tecnici erano ben definiti nelle loro funzioni (come i tecnici di Radiologia, di Fisioterapia, di Odontoiatria ecc.) altre figure invece limavano delle competenze mediche senza alcuna preparazione specifica.

Il D.L.R. fu presentato, ad opinione dei nostri Ordini, a puro scopo elettorale, e solo la pronta ribellione e ferma opposizione degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri Piemontesi e Nazionali ha bloccato la L.R. in questione, almeno per il momento, probabilmente fino al prossimo periodo elettorale.

Anche la Regione Toscana, sempre all'avanguardia in tema di obbrobri medici, da circa due anni cerca di trasferire agli infermieri, con la scusa di accelerare le pratiche e le attese dei pazienti al Pronto Soccorso, l'effettuazione di ben 108 prestazioni mediche, alcune di alta complessità anche per i medici.

Tale indirizzo è stato preso con una semplice delibera Regionale che gli Ordini dei Medici della Toscana, mai interpellati in materia, definiscono "abuso di potere". Tali Ordini, sull'eventuale esercizio abusivo della professione medica si sono rivolti per chiarimenti al UEMS che ha risposto con una

recente "Definizione Europea di Atto Medico" che così suona: **L'atto medico ricomprende tutte le attività professionali, ad esempio di carattere scientifico, di insegnamento, di formazione, educative, organizzative, cliniche e di tecnologia medica svolte al fine di promuovere la salute, prevenire le malattie, effettuare diagnosi e prescrivere cure terapeutiche o riabilitative nei confronti di pazienti, individui, gruppi o comunità, nel quadro delle norme etiche e deontologiche. L'atto medico è una responsabilità del medico abilitato e deve essere eseguito dal medico o sotto la sua diretta supervisione e o prescrizione".**

Questo testo chiarisce in modo inequivocabile e categorico la natura dell'atto medico e la responsabilità medica, ponendo fine alle elucubrazioni pseudo scientifiche di quei politici, attenti più al consenso populistico e delle lobby che ai valori della professione ed alla tutela della salute dei cittadini.

Quella professione, per intenderci che tutti i giorni vede i medici a confronto con i cittadini in una alleanza terapeutica basata su una reale e responsabile relazione (R.Festa-Arezzo).

Anche il Presidente Amedeo Bianco su questo tema: "questo impegnativo processo di ridefinizione della professione medica e dell'atto medico non ha bisogno di demagogia, ma di un pensiero e di una azione tenaci, che non temono le innovazioni e che fanno invece proporsi, nei nuovi contesti, con l'autorevolezza ed il prestigio di sempre perché non c'è nulla di veramente nuovo ed utile nella Medicina e nella Sanità **senza o contro i Medici.**

Speriamo che finalmente si arrivi da parte del governo ad una nuova legge condivisa sui compiti, i doveri e le prerogative dei medici e degli Ordini che li rappresentano, legge da noi richiesta e rinviata dai politici da oltre 60 anni.

dr. G. Calogero

I nuovi Primari biellesi del nostro ospedale

DR. ANGELO PENNA, 46 anni, originario di Ronco Biellese è il nuovo Direttore Medico dell'Ospedale degli Infermi di Biella.

Diplomatosi al Liceo Classico G.e Q. Sella di Biella si è laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Milano.



Ha poi conseguito due specializzazioni: in Ostetricia e Ginecologia presso l'Università

di Milano e in Igiene ed Organizzazione dei Servizi Sanitari presso l'Università di Siena e due Master in Ricerche Farmacologiche e in Epidemiologia.

In oltre 10 anni di studio e lavoro a Milano è stato impegnato in attività ospedaliera e di ricerca, in particolare ha lavorato presso le Divisioni Universitarie di Ostetricia e Ginecologia degli Ospedali S. Raffaele e S. Paolo di Milano. Dai primi anni 90 ha iniziato un'attività di ricerca presso l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano, lavorando nei laboratori di Epidemiologia Clinica e di Ricerca sui Servizi Sanitari, coordinando progetti con numerosi ospedali nazionali.

Nel 1994 è stato chiamato da Elvo Tempia a coordinare le attività di screening, di assistenza e ricerca del Fondo Tempia, di cui è poi diventato Direttore Scientifico, mantenendo ancor oggi il ruolo di componente del Comitato di Presidenza.

Nel 1998 ha iniziato la sua attività con la ASL di Biella sotto la Direzione Sanitaria della Dr.ssa Ada Fattorini e in particolare presso l'Ufficio Qualità, diretto dal Dr. Adriano Guala.

Dal 2001 al 2007 è stato Responsabile dell'Ufficio per la Qualità.

Dal 2007 è diventato Responsabile della Struttura Programmazione ed Organizzazione Sanitaria in staff al Direttore Generale.

Negli anni di attività presso la ASL di Biella ha ricoperto numerosi ruoli di responsabilità e coordinamento in progetti di riorganizzazione e miglioramento dei servizi ospedalieri.

Ricopre ruoli di rilievo a livello regionale in particolare è componente delle Commissioni sul Rischio clinico e sul Governo clinico ed è Coordinatore Regionale della Rete OMS degli Ospedali che Promuovono la Salute.

E' autore di 130 pubblicazioni in lingua italiana e inglese e vincitore di 5 riconoscimenti a livello nazionale.

Nominato Direttore Medico dell'Ospedale di Biella in data 13/03/2009

DR. ANDREA BIOLCATI

nato a Candelo (Biella) il 18 marzo 1953



Laureato in medicina e chirurgia presso l'Università degli studi di Torino il 31 gennaio 1979

Assistente poi aiuto presso la Divisione Medica C dell'attuale ASL Bi dal maggio 1981

Aiuto presso il Pronto Soccorso dell'ASL Bi dal 1 agosto 1993

Dal 1 gennaio 2000 al luglio 2003 coordinatore clinico - organizzativo del Pronto Soccorso

Dal luglio 2003 al 31/12/08 Responsabile della struttura semplice di Pronto Soccorso.

Dal 1/01/2009 Responsabile della S.O.D.(Struttura Semplice Dipartimentale) di Pronto Soccorso

Ha superato il corso di specializzazione presso l'Università Luiss di Roma sul "Sistema integrato di emergenza sanitaria" ed il corso SIMEU sul Management delle unità operative di medicina di urgenza.

Certificato

-ACLS dall'IRC

-ATLS dall'American college of Surgeons

-A-BTox dal Centro Antiveneni di Pavia

Membro del Direttivo Piemontese della VRQ (Società Italiana per la qualità dell'Assistenza Sanitaria) ed ha partecipato a vari corsi sulle metodologie per la valutazione ed il miglioramento continuo della qualità.

Membro del Direttivo Piemontese della SIMEU Società Italiana di medicina d'urgenza

DR. ROBERTO BERGIA

Nato a Grinzane Cavour (CN) il 2 gennaio 1951. Si è laureato in Medicina e Chirurgia con il massimo dei voti presso l'Università di Torino nel luglio 1975; nella stessa Università si è specializzato in Nefrologia Medica



nel novembre 1978 e in Igiene e Medicina Preventiva nell'ottobre 1987.

Nel 1987 ha conseguito l'idoneità nazionale a Primario di Nefrologia.

Ha iniziato la sua attività professionale come Assistente volontario presso la Divisione di Nefrologia e Dialisi dell'Ospedale Mauriziano di Torino nel febbraio 1977; dal maggio 1978 al gennaio 1979 ha lavorato come Assistente di Pronto Soccor-

so di Medicina generale presso l'Ospedale Civico di Chivasso.

Dal 16 gennaio 1979 svolge la sua attività all'Ospedale degli Infermi di Biella, dapprima come Assistente del Servizio di Nefrologia e Dialisi aggregato alla Divisione di Urologia diretta dal Prof. Alessandro Gibba; dal 1980 come Assistente e dal 1981 come Aiuto del Servizio Autonomo di Nefrologia e Dialisi diretto dal dott. Pietro Bajardi. Ha collaborato strettamente con quest'ultimo fino al pensionamento avvenuto nel mese di aprile 2009, ricoprendo l'incarico di Responsabile della Struttura Semplice Dialisi Peritoneale; **dal 1 maggio 2009 ha assunto le funzioni di Direttore della Struttura Complessa Nefrologia e Dialisi.**

Ha partecipato in qualità di relatore a numerosi Corsi e Congressi nazionali e internazionali ed è autore e coautore di oltre 100 pubblicazioni in lingua italiana e inglese.

E' stato consigliere dell'Ordine dei Medici di Biella per 9 anni, dalla sua istituzione nel 1994 fino al 2002.

DR. BERNARDINO DEBERNARDI

Laurea con lode in Medicina e Chirurgia nel Novembre 1978 ed Abilitazione presso l'Università degli Studi di Torino



Specializzazione in Gerontologia e Geriatria nell'Agosto 1982 presso l'Università degli Studi di Torino

Dall'1.1.1980 dipendente della ASL BI, Reparto di Geriatria con attribuzione di responsabilità Vicaria del Primario dal 4.12.1997

- Responsabile della S.O.S. di Lungodegenza dal 14.07.2003;

-Responsabile della S.O.C di Geriatria dal 01.11.2006, dopo la cessazione di servizio del Direttore.

Attività svolte durante il servizio presso l'ASL BI in Geriatria, oltre a quelle di

Reparto, con le qualifiche sopra citate:

attività ambulatoriali geriatriche, all'interno dell'Ospedale e sul territorio;

- organizzazione del Day Hospital/Day Service Geriatrico;

- riorganizzazione dell'UVG (anno 2007) con accorciamento dei tempi di attesa da 6 mesi ad un mese;

Attività svolte in qualità di Responsabile della S.O.S. di Lungodegenza:

- aumento progressivo dei ricoverati dai 66 dell'anno 2002 ai 203/204 del 2007/2008;

- trasformazione della stessa in Post-Acuzie Ospedaliera con definizione della tipologia dei Ricoverati, in accordo coi Reparti per acuti;

-formalizzazione della tipologia dei ricoverati e dei percorsi dai Reparti per acuti da parte della Direzione Medica di Presidio nel gennaio del 2009.

Attività didattiche:

- dal 1983 al 1997 insegnante presso la Scuola Infermieri di questa ASL

Dal 1/08/09 Direttore struttura complessa "Post Acuzie-Geriatria".

Altre figure di neo Primari biellesi al prossimo numero

Attività Consiglio

ESTRATTO DEL VERBALE DEL 14/09/2009



Presenti i Consiglieri:
Calogero(Presidente),
Cassardo(Vicepresidente),
Magliano(Segretario), Ber-
to, Ferrero, Flecchia, Jon,
Malfitana, Motta,.

Assenti Consiglieri:
Gazzola(Tesoriere),
Peruselli.

Presente il Revisore dei Conti: Braschi.

Assenti i Revisore dei Conti: Paduos
(Pres.Revisori), Borella, Lanza,

APPROVAZIONE VERBALE SEDUTA PRECE- DENTE

Il Segretario dr.ssa Caterina Magliano dà lettura del verbale della seduta precedente che viene approvato all'unanimità.

DELIBERA N°18

“Variazioni degli albi dei medici chirurghi e degli odontoiatri”

ALBO MEDICI CHIRURGHI

Prima iscrizione

BERGAMO MICHELA - COSSATO

Cancellazione per decesso

**CALVI FLAVIO - TRIVERO-PONZONE - dec. il
27/07/2009**

SITUAZIONE E PROBLEMATICHE ECONOMICOFINANZIARIE

In assenza del Tesoriere dr. Gazzola, il Segretario dr.ssa Magliano aggiorna sulla situazione finanziaria in data odierna.

PUBBLICITA' SU BIELLA MEDICA

Il Presidente comunica al Consiglio di aver preso contatto con lo Studio S. R. di Vercelli, che già si occupa di raccogliere la pubblicità per il Bollettino dell'Ordine di Vercelli. Il Titolare dello Studio S.R. ci ha proposto un contratto in cui Egli si occuperà di ricercare gli inserzionisti e il provento della pubblicità, così reperita, verrà suddiviso 40% all'Agenzia e 60% all'Ordine. All'Agenzia spetterà inoltre un piccolo contributo fisso per la realizzazione grafica delle inserzioni. Il Consiglio all'unanimità approva l'accordo incaricando però il Tesoriere dr. Gazzola di trovare, in accordo con l'editore "Edizioni Cinque" e lo stesso Studio S. R., un modo per evitare il problema dell'impossibilità da parte dell'Ordine di fatturare gli introiti pubblicitari

POLIZZA SANITARIA

Il Presidente comunica al Consiglio che, su interessamento del Tesoriere dr. Gazzola, è pervenuta una proposta di convenzione per una polizza sanitaria da parte della ALPHA BROKER s.p.a., per i nostri iscritti anche in altri rami assicurativi. Il Consiglio decide di approvare la convenzione e di pubblicarne il testo sul prossimo numero di Biella Medica

CONCESSIONE PATROCINIO

Il Consiglio dell'Ordine, su richiesta dell'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo, concede il patrocinio ordinistico al convegno "I^A Giornate Piemontesi di Medicina Clinica - V^A Giornate Cuneesi " che si terrà a Cuneo-Centro Congressi della Provincia - giovedì, venerdì e sabato 1-2-3 ottobre 2009.

D.Lgs 81/2008 SICUREZZA SUL LAVORO

Come fatto rilevare dal nostro consulente Rag.Rege, nonché da altre comunicazioni, il Presidente ricorda al Consiglio che è entrato in vigore l'obbligo di certificare la messa a terra dell'impianto elettrico. Il Consiglio ne prende atto e prima di incaricare un tecnico si decide di richiedere la certificazione dell'impianto al Fondo Edo Tempia proprietario dei locali

RAPPORTI CON IL TRIBUNALE DI BIELLA

Il Presidente comunica al Consiglio che per risolvere l'ormai annoso problema della comunicazione da parte del Tribunale di Biella dell'esistenza di procedimenti penali a carico di nostri iscritti, ha incaricato l'Avv. Enoch di predisporre una bozza di accordo in tal senso da proporre al Presidente del Tribunale e al Procuratore della Repubblica. Il Consiglio approva l'iniziativa augurandosi di riuscire a stabilire un canale di comunicazione con la Giustizia Penale unico modo per ottemperare all'obbligo di Legge di aprire procedimento disciplinare a carico del medico sottoposto a procedimento penale.

CONTRIBUTO ENPAM AGLI ORDINI

Il dr. Calogero comunica al Consiglio che per il momento non è ancora giunto l'annuale contributo dell'Enpam agli Ordini Provinciali per l'attività svolta. Gli è stato tuttavia comunicato che il ritardo è dovuto alle nuove modalità di erogazione e che entro il mese di novembre si provvederà all'erogazione

ISCRIZIONE ALL'ALBO DEL MINISTERO DEI MEDICI COMPETENTI

Il Segretario dr.ssa Magliano comunica al Consiglio che, da un controllo effettuato dalla nostra Segreteria si è venuti a conoscenza della mancata iscrizione all'Albo dei medici competenti tenuto dal Ministero del Lavoro di un collega che esercita tale attività. Avendogli richiesto spiegazione il medico manifestava stupore avendo egli stesso trasmesso quasi un anno fa al Ministero la documentazione necessaria all'iscrizione. Si è poi appurato che, causa mal servizio postale, la raccomandata inviata dal medico non è mai arrivata a destinazione. In attesa che il collega sani la propria posizione l'Ordine ha dovuto cancellare il nominativo del medico dalla lista dei medici competenti che forniamo su richiesta. Il Consiglio prende atto e decide altresì di inviare al Ministero un resoconto della vicenda per chiedere lumi su come comportarsi.

VARIE

a) Il Presidente dr. Calogero comunica

al Consiglio che è pervenuta da parte del dr. Testuzza una proposta di collaborazione in campo previdenziale. Il Consiglio ringrazia per l'offerta ma non si è al momento interessati ad organizzare serate od incontri sul tema previdenziale con esperti esterni al proprio organico.

b) Il Segretario dr.ssa Magliano fa presente al Consiglio che la Fnom sta provvedendo ad attivare caselle di posta elettronica certificata (PEC) per gli Ordini. Poiché il nostro Ordine non è stato ancora contattato si decide di inviare alla Fnom un sollecito.

c) Il Presidente comunica al Consiglio che avendo raggiunto i 30 iscritti verrà riproposto il corso di aggiornamento in modalità e-learning "FAD SECURE" che si terrà sabato 17 ottobre 2009 dalle 9 alle 13 presso la sede dell'Ordine.

DATA PROSSIMO CONSIGLIO

Si decide di fissare la data della prossima riunione del Consiglio per lunedì 26/10/2009.



Alba su Biella nord-est e le sue Prealpi. (f.to dr.ssa Paola Matera)

Odontoiatri



FNOMCeO

Lauree false e titoli abusivi: la denuncia della CAO

False lauree in Odontoiatria; titoli autentici, ma conseguiti in paesi con insegnamenti semplificati e iter formativi più brevi,

poi equiparati ai nostri attraverso percorsi oscuri e intermediari compiacenti. E il cittadino e la sua salute sono le vittime di questi traffici illegali. Ecco il quadro inquietante emerso nell'ambito del Convegno **"Odontoiatria italiana tra passato e futuro, dalla formazione all'aggiornamento"**, che si è da poco concluso a **Padova**.

La Commissione Albo Odontoiatri (CAO) della **FNOMCeO**, da sempre in prima linea contro ogni abusivismo o esercizio improprio della Professione, ha convenuto con il **Ministero della Salute** e l'**Università** sulla necessità di fare fronte comune per risolvere il problema delle false lauree in Odontoiatria e per controllare i meccanismi complessi del riconoscimento dei titoli di laurea rilasciati nei paesi extracomunitari e nei paesi comunitari di nuovo ingresso.

A margine del Convegno, il presidente della **CAO** nazionale, Giuseppe **Renzo**, ha voluto rilasciare questa dichiarazione: *"Nel ringraziare i competenti Uffici del Ministero della Salute, che stanno garantendo un vero e proprio argine di legalità nei confronti dei tanti tentativi speculativi in questo campo, denunciemo la gravità della situazione, che pone in pericolo la tutela della salute in un ambito così importante dell'attività sanitaria qual'è quello odontoiatrico"*.

In sostanza, da un lato c'è la preoccupazione per una situazione di grave illegalità, dall'altro c'è la totale solidarietà per quanti, all'interno del Ministero, lottano per garantire il rispetto della legge in questo comparto.

*"La CAO esprime il suo sentito grazie a quanti, all'interno del Ministero della Salute, sono in prima linea in questa battaglia - ha concluso infatti **Renzo** - L'intervento della dottoressa Egle Parisi, responsabile ministeriale per il riconoscimento dei titoli dei professionisti stranieri, ha aperto un velo su una realtà che è misconosciuta ma diventerà a breve, se non frenata con azioni coordinate e condivise, dirompente per le professioni medica e odontoiatrica e di grave nocuoimento per la salute dei cittadini"*.

Comunicato
Fnom
17/10/09



Foglie d'inverno (f.to dr.ssa Paola Matera)

Costituzione Parte Civile nei procedimenti giudiziari per "Esercizio abusivo della professione"

Notizie in merito alla diffusissima piaga dell'esercizio abusivo delle professioni Medica e Odontoiatrica, ci pervengono da servizi giornalistici.

Pur dovendo registrare una sorta di "assuefazione", a quella che, invece, rappresenta una vera piaga sociale, in vasti strati dell'opinione pubblica, fortunatamente il meritorio "giornalismo di denuncia", lascia ancora trasparire il piglio delle inchieste, e delle indagini giornalistiche vecchio stampo.

Per quota parte, infatti, il giornalismo si intesta un compito di tutela del lettore-cittadino.

Tutto ciò costituisce (forse è più corretto dire: dovrebbe costituire sempre e comunque) argomento meritevole di approfondimento volto a trovare soluzioni per contrastare il grave fenomeno in termini di priorità per noi Odontoiatri.

Nulla di nuovo, infatti, si afferma nel dire che si tratta di un tema tipico che da sempre ha investito l'odontoiatria. Nel nostro ambito, quello della lotta all'abusivismo e al prestanomismo, (due grandi e purtroppo ancora attuali problemi che mettono in pericolo la salute odontoiatrica del paziente, oltre che rendere difficile alla società civile individuare le figure professionali cui devono affidarsi per la salute del loro apparato dentale) non ci troverà mai "distratti e disattenti":

Non ci stancheremo mai di fare sentire la nostra voce. Non la voce di una "corporazione" (non ci appartiene questa definizione) tesa a ricercare ogni strumento per tutelare interessi e posizioni di rendita.

Una voce, quella delle CAO, anche dissonante all'interno di un meccanismo perverso che vede coinvolti molti, troppi professionisti, che ha da sempre fatto la propria parte, e per questo autorevole, ma, anche propositiva.

Più volte, infatti, ed anche di recente, ci siamo fatti promotori d'iniziative volte a proporre modifiche all'obsoleto, ormai svuotato di capacità deterrenti, articolo del c.p., nel quale sono previste pene irrisorie. Ecco la necessità di "partecipare" in forma attiva alla "battaglia".

Un modo "importante", per segnare la presenza dell'Ordine professionale (delle CAO), è rappresentato da un impegno in sede legale.

La costituzione di parte civile, in quei procedimenti giudiziari aperti nei confronti di esercenti abusivi della professione e di eventuali prestanomi è non soltanto un fatto dovuto, ma una necessaria opera di moralizzazione che la categoria deve interpretare come atto dovuto.

Lo dobbiamo ai cittadini, per cui al di là delle ormai troppo spesso abusate frasi di circostanza, nelle quali ci assumiamo impegni di difesa e tutela, va riportato l'essenza della "mission" degli ordini professionali (quali enti ausiliari della pubblica amministrazione).

Un impegno che consideriamo prioritario, perché deve contrastare comportamenti che ledono il diritto alla salute del cittadino".

Giuseppe Renzo -Presidente CAO-FNOMCeO

IMPLANTOLOGIA OSSEA

Giorgio Iannetti: professore ordinario di chirurgia maxillo-facciale presso l'Università Sapienza di Roma.

"Non siamo abusivi: ricordiamo che nel mansionario europeo del chirurgo maxillo-facciale c'è "l'implantologia"

Il problema si origina dal fatto che in Europa l'implantologia fa parte del bagaglio culturale professionale del chirurgo maxillo-facciale; per questo dobbiamo distinguere tra l'implantologia dentale, che è certamente di competenza dell'odontoiatra, e l'implantologia ossea che è di competenza di tutte e due le figure professionali. Come definisce la nuova circolare ministeriale.

Alla base però deve esserci un progetto terapeutico condiviso dall'odontoiatra all'interno del quale deve muovere l'operatore chirurgo: sia esso chirurgo maxillo-facciale sia esso odontoiatra. Tra persone competenti non bisogna vivere questo come un contrasto ma come un rapporto di collaborazione. Voler, quasi, assimilare il chirurgo maxillo-facciale ad un

abusivo mi sembra invece decisamente fuori luogo.

Io non sono a conoscenza di chirurghi maxillo-facciali che si sono messi a svolgere l'odontoiatria in autonomia mentre è esperienza comune di tutti i giorni che esista una collaborazione tra chirurgo maxillo-facciale ed odontoiatra.

Starei attento a demonizzare la categoria della chirurgia maxillo-facciale perché nessuno di noi ha la minima intenzione di coprire un collega che esercita abusivamente l'attività dell'odontoiatra. Attenzione quindi a lanciare questi messaggi come se il maxillo-facciale fosse lì pronto a scattare, a buttarsi in un campo che non è il suo.

Ricordiamo bene che nel mansionario, nell'elenco delle prestazioni europee del chirurgo maxillo-facciale l'implantologia è prevista come indicato nella attuale nota ministeriale. Esiste poi il buon senso che dovrebbe guidare la pratica di tutti per capire dove è il limite, sul singolo paziente.

I cinque principi del “Medico Nuovo” COMUNICATO STAMPA del 17 ottobre 2009

In un mondo in continua e vorticiosa evoluzione, il medico è chiamato a dipanare questioni scientifiche, organizzative, economiche, etiche, persino antropologiche. In che modo? Con quale apparato culturale affronta queste variabili dalle quali dipende il funzionamento del sistema medico e sanitario?

A **Padova**, durante il Convegno “**Pensare per la professione**”, medici, bioeticisti, sociologi, filosofi, docenti hanno cercato, tutti insieme, di delineare la fisionomia del “**Medico nuovo**”, individuando, uno dopo l’altro, quegli “**snodi cruciali**” che determinano oggi le scelte in medicina e sanità.

Dopo tre giorni, ecco, nero su bianco, i cinque principi fondamentali che sono emersi dal dibattito:

- *Società, Salute e Sanità evolvono in scenari e contesti complessi e adattativi in modo sincrono e correlato e il modello di erogazione delle cure si presenta sempre più integrato e articolato;*
- *La medicina non può e non deve operare come controparte della sanità, avendo entrambe scopi interdipendenti, interconnessi e circolari;*
- *In un mondo in cui il ruolo del contesto è sempre più importante, la medicina non può costituire una variabile indipendente, così come non può esserlo il mondo della malattia;*

- *È matura l’idea che gli scopi della medicina vadano definiti attraverso la coscienza: una coscienza bioetica che dovrebbe imporre limiti alla medicina nel suo contesto sociale e culturale;*

- *La medicina, cui viene continuamente rimproverato di essere sempre più una disciplina ingegneristico - riparativa, non può disgiungere l’obiettivo di efficienza da quello di efficacia e di equità nella tutela della salute;*

“La parola d’ordine è integrazione” sintetizza il vicepresidente della **FNOMCeO**, Maurizio **Benato**, che è anche il presidente dell’**Ordine di Padova**. “Integrazione tra scienza, coscienza e sapienza, tra medicina e sanità, tra autonomia ed esigenze del paziente e scelte del medico, tra nuovi saperi e contesti sociali e culturali. Persino accettazione del rischio di errore come parte del procedimento medico, per una sua gestione e prevenzione concrete”.

Quindi, la dichiarazione conclusiva del presidente della Federazione, Amedeo **Bianco**: “Accogliamo tutte le suggestioni di questo importante incontro, per costruire quel ‘Medico nuovo’ capace di interpretare i grandi cambiamenti della Medicina, della Sanità e della Società, per riproporre, in questo rinnovato contesto, la missione di sempre: la tutela della salute”.

VARIAZIONI ALL’ALBO DEI MEDICI		VARIAZIONI ALL’ALBO DEGLI ODONTOIATRI	
- Iscrizioni al 15/09/09	n. 819	- Iscrizioni al 15/09/09	n. 146
- Nuove iscrizioni e doppie iscrizioni	n.	- Nuove iscrizioni e doppie iscrizioni	n.
- Iscrizioni per trasferimento	n. 1	- Iscrizioni per trasferimento	n.
- Iscrizioni per trasfer. da Albo Odontoiatri	n.	- Iscrizioni per trasferimento dall’Albo dei Medici	n.
<u>Cancellazioni</u>		<u>Cancellazioni</u>	
- per decesso	n.	- per decesso	n.
- per trasferimento	n. 1	- per trasferimento	n.
- per passaggio a Alb Odontoiatri	n.	- per passaggio a Albo Medici	n.
- per dimissioni	n. 1	- per dimissioni	n.
-Totale iscrizioni al 9/11/09	n. 818	-Totale iscrizioni al 9/11/09	n. 146

FNOMCeO
CIRCOLARE SU POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA
PER GLI ISCRITTI AGLI ORDINI PROVINCIALI

Il recente decreto Legge 29/11/08 n. 185, convertito nella legge ordinaria n.2 del 29/01/2009, prevede che “professionisti iscritti ad un Albo si dotino obbligatoriamente di una casella di Posta Elettronica Certificata. Gli iscritti a Ordini dovranno dotarsi di questo strumento entro un anno dall’entrata in vigore del decreto, dandone comunicazione rispettivamente all’albo di appartenenza.”

Nel corso delle ultime settimane sono pervenuti alla scrivente Federazione una serie di solleciti da parte di numerosi Ordini provinciali aventi per oggetto la definizione di una comune linea di condotta in merito alla Posta Elettronica Certificata - PEC di cui al d.l. n. 185/2008, art. 16.

La FNOMCeO, anche a seguito delle discussioni e degli orientamenti emersi nel Comitato Centrale e nel Consiglio Nazionale da ultimo a Padova il 15-16 ottobre u.s., rappresenta quanto finora realizzato in termini di iniziative sulla materia, affinché ciascun Ordine possa determinarsi sulle concrete azioni da intraprendere:

1. In data 17/4/2009, prot.4389, la Federazione comunicava agli Ordini l’attivazione gratuita a far data dal 1° luglio di una casella di postaelettronica certificata.

2. In data 9 giugno 2009, prot.6551, si richiedeva agli Ordini di comunicare l’esigenza di attivare sempre in forma gratuita ulteriori caselle fino ad un massimo di tre.

3. Allo scopo di realizzare economie di scala e di adottare soluzioni omogenee su tutto il territorio nazionale, la Federazione ha inviato una lettera alle cinque maggiori società (certificate CNIPA) che gestiscono la

PEC richiedendo la loro migliore offerta ai fini di una eventuale convenzione da stipulare con la FNOMCeO, ma che vedesse quali attori principali gli Ordini provinciali ed i rispettivi iscritti.

4. La FNOMCeO ha inviato due lettere al Ministro per la Pubblica Amministrazione ed Innovazione:

a) La prima in data 1/10/09 tendente a procrastinare il termine di attuazione del decreto 185/08 sulla PEC per i professionisti medici ed odontoiatri;

b) Una seconda in data 23/10/09 con la quale si chiedeva un incontro per verificare la possibilità di usufruire degli stanziamenti per la PEC previsti dal Dicastero della Funzione Pubblica.

Le iniziative di cui sopra, che si confida possano dare esiti positivi in tempi auspicabilmente brevi, saranno assiduamente seguite dalla Federazione, che non mancherà di tenervi informati sui relativi sviluppi.

La FNOMCeO sta anche considerando l’ipotesi di un intervento economico rivolto soprattutto ai piccoli Ordini.

L’entità e le modalità dello stesso saranno eventualmente determinati non appena saranno noti i costi dell’operazione.

Resta inteso che rispetto alle azioni ed agli indirizzi della Federazione, gli Ordini, considerando la natura prettamente tecnico-organizzativa della materia, possono assumere le iniziative che riterranno più opportune, avvalendosi anche della documentazione tecnica allegata.

Distinti saluti.

IL PRESIDENTE Amedeo Bianco
Roma, 28 ottobre 2009

Il testo, gli allegati e l’elenco CNIPA nel sito dell’Ordine:
<http://www.ordinemedicibiella.it/news.cfm>

FNOMCeO

Medici competenti: procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza e relativi aspetti deontologici.

...Con riferimento alle procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope appare utile fare innanzitutto esplicito riferimento alle disposizioni normative vigenti.

Nella fattispecie l'art. 41, comma 4, del D.Lgs. 81/08 e successive modificazioni e integrazioni dispone che le visite mediche inerenti alla sorveglianza sanitaria siano altresì finalizzate alla verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti.

Inoltre l'Accordo tra lo Stato e le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 18 settembre 2008 pubblicato sulla gazzetta ufficiale n. 236 del 8 ottobre 2008 recante "Procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope" attribuisce in prima persona alla figura del medico competente l'effettuazione del controllo tossicologico di primo livello..... Nel caso di specie, che concerne in particolare gli accertamenti di assenza di

tossicodipendenza dei lavoratori che comportino rischi per la sicurezza, la incolumità e la salute di terzi, risulta essere prevalente "l'interesse generale" di rilievo costituzionale concernente la tutela della salute e la pubblica incolumità, rispetto agli interessi particolari che riguardano la comunicazione del medico al datore di lavoro della positività del lavoratore e quindi la relativa eventuale violazione del segreto professionale di cui all'art. 10 del codice di deontologia medica.

In conclusione gli accertamenti in esame, comprensivi di prelievi ed analisi, rappresentano un "trattamento sanitario" alla luce anche di quanto rilevato dalla giurisprudenza costituzionale (art. 32 Cost.; cfr. sentenza Corte cost. n. 218 del 1994). La legge può imporli in ragione di rilevanti necessità di terzi o della collettività, ma sul presupposto del rispetto delle persone che vi vengono sottoposte e, pertanto, di un'efficace protezione, in particolare, della loro dignità e riservatezza, anche per prevenire ingiustificate discriminazioni o emarginazioni nella vita lavorativa e di relazione. Il Presidente Amedeo Bianco

Il testo completo nel sito dell'Ordine: <http://www.ordinemedicibiella.it/news.cfm>

CONSIGLIO NAZIONALE FNOMCeO

Roma - 10-11-12 dicembre 09

Si è riunito il Consiglio Nazionale Fnomceo per approvare l'annuale bilancio consuntivo 2009 e preventivo 2010; entrambi sono stati approvati all'unanimità.

Il consuntivo 2009 presenta un pareggio di bilancio su Euro 18 milioni ca. con un avanzo di gestione di Euro 4.650.000, il che conferma il buon andamento del programma di risanamento finanziario iniziato ca. 3 anni fa quando il bilancio Fnomceo risultava in costante perdita per spese eccessive.

Sulla base di questo avanzo di gestione, sarà verosimilmente possibile dare una qualche sovvenzione ai piccoli Ordini come il nostro, che affrontano notevoli spese di gestione per aggiornamento culturale e tecnologico degli iscritti.

Saranno inoltre a carico della sede centrale le spese per le manifestazioni previste per il Centenario di fondazione della Fnomceo, che si terranno in tutte le province verso la seconda metà dell'anno 2010. Altri importanti argomenti affrontati dal Consiglio Nazionale a Roma:

1) Il Regolamento delle "Medicine e pratiche non convenzionali o complementari" che fa perno sull'accREDITAMENTO dei soggetti e dei conte-

nuti della formazione e soprattutto del ruolo centrale dell'Ordine nel controllo dell'appropriatezza e sicurezza delle attività rese dai medici che praticano le medicine non convenzionali.

2) Il problema dell'obbligatorietà della PEC entro il 29 novembre 09 per tutti i professionisti in attività lavorativa, per la quale PEC si è chiesto un ulteriore rinvio dell'entrata in vigore, date le molte obiezioni deontologiche e pratiche e le difficoltà di applicazione rilevate.

3) Verrà messo in programma dalla Fnomceo un nuovo corso on-line di aggiornamento professionale, per cercare di ripetere il successo (oltre 30.000 iscritti in tutta Italia) ottenuto con il corso "SICURE - Sicurezza del paziente e gestione del rischio clinico" del 2008-2009 che aveva reso ben 20 crediti ECM ai medici partecipanti.

4) Presentazione di un dettagliato documento su "Fabbisogni e formazione pre e post laurea in Medicina", da discutere con le Università ed il Comitato Stato-Regioni per migliorare ed attualizzare la formazione e la capacità pratica del futuro medico e degli specializzandi.

Il Presidente dr. G. Calogero

Previdenza e Assistenza

ENPAM

Accesso alla contribuzione ridotta in caso di accertamento evasione contributiva quota B

Conformemente al progetto approvato dal Consiglio di Amministrazione dell'E.N.P.A.M. nella seduta del 3 marzo 2006, gli Uffici, al fine di verificare il corretto adempimento dell'obbligo dichiarativo e contributivo da parte degli iscritti, hanno provveduto a porre in essere le attività amministrative necessarie per l'attivazione del controllo incrociato con i dati in possesso dell'Anagrafe Tributaria.

Nello svolgimento di tali verifiche, come è noto, è emerso che molti iscritti dipendenti del SSN che svolgevano contemporaneamente attività di libera professione non avevano provveduto a dichiarare i relativi proventi, nonostante i redditi da intramoenia fossero da tempo esplicitamente citati nelle istruzioni allegate al Modello D fra quelli imponibili presso la "Quota B" del Fondo di previdenza generale.

A seguito della ricezione dei provvedimenti di accertamento emanati dall'Ente, molti professionisti hanno provveduto tempestivamente a denunciare le somme percepite nelle annualità successive richiedendo, almeno per le ulteriori annualità, l'applicazione dell'aliquota ridotta nella misura del 2%.

Con delibera n. 56/2007 - in via eccezionale e per un arco temporale limitato - codesto Consiglio ha accolto tale richiesta. In particolare con tale provvedimento, ferme restando le maggiorazioni previste dal Regolamento del regime sanzionatorio, è stato consentito l'accesso alla contribuzione nella misura del 2% ai soggetti che, in possesso di determinati requisiti, procedevano ad autodenunciare all'E.N.P.A.M. i redditi prodotti negli anni successivi al 2001.

La Fondazione ha fornito una idonea informazione a tutti i soggetti potenzialmente interessati mediante i diversi canali informativi a sua disposizione: il "Giornale della Previdenza", il portale Internet www.enpam.it, le circolari agli Ordini, etc. Grazie all'attività di divulgazione compiuta da tutti i soggetti istituzionali coinvolti (Enpam, Ordini,

sindacati, etc.) oltre 2.500 iscritti, autodenunciando le pregresse inadempienze, si sono tempestivamente attivati, potendo così beneficiare della riapertura dei termini di accesso alla contribuzione ridotta.

Tuttavia, in molti casi la mancata effettiva conoscenza della delibera in parola e delle successive proroghe, disposte con delibere n. 26/2008 e n. 50/2008, non ha consentito a tutti gli interessati tenuti al versamento di procedere alla relativa autodenuncia, volta ad ottenere il beneficio della contribuzione del 2%.

Tenuto conto delle richieste in tal senso pervenute dalla categoria, anche per il tramite di alcuni Ordini provinciali, la Fondazione ha ritenuto opportuno disciplinare a regime l'accesso alla contribuzione ridotta in caso di accertamento di evasione contributiva notificato dagli Uffici.

Il Consiglio di Amministrazione, pertanto, con delibera n. 54 del 25 settembre 2009, ferma restando l'applicazione delle maggiorazioni previste dal Regolamento del regime sanzionatorio del Fondo di previdenza generale, ha riammesso nei termini per l'accesso alla contribuzione ridotta, a decorrere dall'anno successivo a quello oggetto di accertamento, gli iscritti:

-che, in costanza dei requisiti per l'accesso alla contribuzione ridotta, non hanno già effettuato il versamento del contributo nella misura ordinaria del 12,50%, con riferimento agli anni successivi a quello oggetto di accertamento;

-che provvedono ad autodenunciare i redditi prodotti negli anni successivi e presentano la relativa istanza di ammissione alla contribuzione ridotta entro 90 giorni dalla notifica dell'accertamento.

Al fine di agevolare la presentazione della relativa istanza è stato predisposto l'allegato modulo che deve essere trasmesso all'E.N.P.A.M. unitamente alla copia di un documento di identità in corso di validità.

Enpam - dr. Ernesto del Sordo

Il modulo DICH.QB.CR. è disponibile presso la segreteria dell'Ordine e presso il sito dell'Enpam: <http://www.enpam.it/html/delibera54.pdf>

ENPAM
DELIBERE N° 46/09 E N° 53/09
DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE
FONDO DI PREVIDENZA GENERALE - CONTRIBUZIONE DEI PENSIONATI

Fino ad oggi, i pensionati del Fondo di previdenza generale che proseguivano nell'esercizio della professione, hanno potuto conservare su richiesta l'iscrizione al Fondo. Sui redditi percepiti, il contributo previdenziale era dovuto in via opzionale nella misura del 2% o del 12,50%. In mancanza di tale opzione essi erano esonerati dal versamento contributivo in favore della Fondazione ENPAM.

Analoga facoltà non è riconosciuta ai pensionati di altre Casse di previdenza di liberi professionisti. Gli avvocati, i dottori commercialisti, gli architetti e gli ingegneri, ad esempio, nel caso di prosecuzione nell'esercizio della professione dopo il pensionamento sono tenuti obbligatoriamente al versamento del contributo soggettivo sul reddito professionale prodotto.

Con riferimento ai lavoratori autonomi e parasubordinati iscritti alla Gestione Separata INPS, l'obbligo di versamento del relativo contributo era stato in principio escluso per la durata limitata di un quinquennio per tutti i professionisti di età superiore ai 65 anni (art. 4 del D.M. 2 maggio 1996, n. 282). Esaurito l'effetto di tale norma transitoria, i soggetti in parola sono attualmente tenuti al versamento del contributo nella misura ridotta del 17%. Si precisa, comunque, che sono tuttora esclusi dall'obbligo contributivo i professionisti che percepiscono "*redditi già assoggettati ad altro titolo a contribuzione previdenziale obbligatoria*" (art. 6 del D.M. 2 maggio 1996, n. 281).

A tale proposito, si rileva che nel corso del mese di luglio u.s., l'INPS, nell'ambito di una vasta operazione volta a contrastare l'evasione contributiva nei confronti della Gestione Separata, ha inviato numerosi avvisi di accertamento anche ai pensionati del Fondo Generale che, pur continuando a svolgere attività professionale, non avevano optato per il mantenimento dell'iscrizione presso l'ENPAM.

La posizione di tale Istituto, difatti, è che l'iscrizione alla Gestione Separata per i titolari di reddito autonomo professionale

è obbligatoria non soltanto nel caso in cui non esista la relativa Cassa professionale di categoria ma anche quando la stessa li escluda dalla contribuzione, per statuto o regolamento, in base a determinati requisiti.

Tenuto conto di quanto esposto, con **delibera n. 53** del 25 settembre u.s., il **Consiglio di Amministrazione dell'ENPAM**, visto il quadro giuridico di riferimento ed al fine di evitare possibili contenziosi con la Gestione Separata INPS, **ha proceduto all'abolizione dell'esonero contributivo per i pensionati del Fondo che proseguono nell'esercizio dell'attività.**

In caso di produzione di reddito imponibile presso la "Quota B" del Fondo di previdenza generale, quindi, sarà dovuto il versamento del relativo contributo previdenziale nella misura ridotta del 2%, salva espressa opzione di pagamento nella misura intera del 12,50%. Tale reddito dovrà essere dichiarato all'ENPAM tramite il modello D recapitato ogni anno al domicilio dell'iscritto. La modifica regolamentare, attualmente al vaglio dei Ministeri vigilanti per la prescritta approvazione, esplicherà i propri effetti solo per il futuro, non interessando le annualità pregresse.

Si rappresenta, inoltre, che il Consiglio di Amministrazione, con **delibera n. 46** del 24 luglio u.s., ha già consentito agli iscritti pensionati del Fondo di previdenza generale di dichiarare all'ENPAM anche gli eventuali redditi imponibili presso la "Quota B" prodotti negli anni 2004 - 2008, optando entro il **31 dicembre 2009** per la conservazione dell'iscrizione al Fondo e per l'aliquota contributiva del 2%, ovvero del 12,50%.

A tal fine è stato predisposto l'allegato modello **DICH. P.**

I corrispondenti contributi saranno maggiorati della mera rivalutazione monetaria. Qualora l'importo complessivamente dovuto sia superiore a euro 1.000,00, la relativa riscossione potrà essere effettuata, a scelta, in 12 rate bimestrali, in 2 rate semestrali od in unica soluzione.

Con i suddetti provvedimenti la Fondazione ha inteso offrire l'opportunità di corrispondere i contributi previdenziali a favore della gestione presso la quale si è già titolari di un trattamento pensionistico obbligatorio.

In tal modo, unitamente ai vantaggi di natura fiscale derivanti dall'integrale deducibilità dei contributi previdenziali, l'Ente si propone di evitare dispersioni contributive, grazie alla valorizzazione delle ulteriori somme versate mediante l'istituto

del supplemento di pensione.

I soggetti interessati, difatti, beneficeranno di un supplemento del trattamento pensionistico ordinario che l'Ente liquiderà d'ufficio ogni triennio sulla base di tutti i contributi relativi al periodo di riferimento. ...

Confidando nella consueta fattiva collaborazione di codesto Ordine si fa presente, comunque, che una specifica nota informativa sui provvedimenti di cui sopra sarà inviata a tutti i pensionati del Fondo.

ENPAM -Dott. Ernesto del Sordo

Il modello DICH. P. disponibile presso la segreteria dell'Ordine o presso il sito dell'Enpam : http://www.enpam.it/html/delibere46_53.pdf

ENPAM - NOTIZIE FLASH

Versamento on-line

Tramite la Carta di credito Fondazione Enpam è possibile effettuare il versamento on-line dei contributi previdenziali e di tutti i bollettini inviati dall'Ente.

Attenzione! L'emissione della carta è soggetta ai tempi richiesti dalle procedure bancarie.

Per informazioni è disponibile il Servizio Clienti della Banca Popolare di Sondrio al n. 800.190.661, attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 13.00 e dalle ore 14.15 alle ore 17.00 o l'indirizzo e-mail: carta.enpam@popso.it.

Deducibilità

I contributi previdenziali obbligatori sono, ai fini IRPEF, interamente deducibili dall'imponibile fiscale ai sensi dell'art. 10, comma 1, lettera e), del Testo Unico delle Imposte sui Redditi approvato con D.P.R. n. 917 del 22/12/1986 modificato dal D. Lgs. 18/2/2000 n. 47.

Sono pertanto interamente deducibili dal reddito: il contributo Quota A, il contributo Quota B, gli importi versati a titolo di riscatto, le somme corrisposte a titolo di ricongiunzione.

Area riservata e servizi disponibili agli utenti registrati

Per accedere all'area riservata ed usufruire dei servizi on-line è necessario essere registrati al sito www.enpam.it.

Per informazioni riguardanti la registrazione contattare il SAT al n. 06.4829.4829 ovvero scrivere a sat@enpam.it, indicando nome, cognome e recapito telefonico.

Gli utenti registrati possono modificare nel profilo utente i seguenti campi: numero di telefono fisso, numero di telefono cellulare e indirizzo di posta elettronica.

Servizi disponibili per gli utenti registrati:

- visualizzazione dei dati anagrafici;
- visualizzazione dei dati contributivi e dei riscatti;
- dati pensionistici;
- duplicati RAV e MAV smarriti o non ricevuti;
- visualizzazione e stampa dei cedolini di pensione e del CUD;
- attivazione della Carta di credito Fondazione ENPAM in collaborazione con la Banca Popolare di Sondrio e con la società CartaSi (per richiederla accedere all'Area Riservata, selezionare la voce "Carta di credito - richiesta e servizi connessi" e compilare il modulo di richiesta).

Trattamento ordinario del Fondo di Previdenza Generale

Ai sensi del vigente Regolamento del Fondo di Previdenza Generale, gli iscritti nati nel 1945 potranno presentare la domanda di pensione ordinaria, nel corso dell'anno 2010, 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.

APPROVATI I BILANCI DI PREVISIONE 2010 E ASSESTATO 2009 ENPAM

In data 28 novembre 2009 sono stati approvati a larghissima maggioranza (un voto contrario ed una astensione su 106 Presidenti di Ordine che formano il Consiglio Nazionale) il bilancio di previsione 2010 ed il bilancio assestato 2009 dell'Enpam, l'Ente Nazionale di previdenza ed assistenza dei medici e degli odontoiatri.

I dati previsionali per il prossimo esercizio hanno determinato un avanzo economico di € 905.969.900. Il dato è superiore a quello risultante dalle previsioni dell'anno in corso (€ 815.849.900), previsioni già ampiamente superate in sede di preconsuntivo o bilancio assestato e che troveranno un riscontro maggiormente consolidato nel bilancio consuntivo 2009.

Tale evoluzione dei dati previsionali costituisce, peraltro, una costante verificatasi già negli anni precedenti, e consegue alla impostazione adottata dall'Ente in materia: a fronte di una iniziale previsione formulata con estrema prudenza, i fatti gestionali determinano notevoli miglioramenti in sede di preconsuntivo ed ancor più in sede di consuntivo.

A conferma di ciò, è da evidenziare che il risultato che emerge dal preconsuntivo 2009 ascende ad € 1.156.786.400.

Alla luce di questo risultato, per l'anno 2009, si può previsionalmente affermare che la riserva Legale intesa come riserva tecnica di cui all'articolo 1 comma 4, lettera c) D.lgs 509 del 1994, potrebbe ascendere ad oltre 10 milioni di euro, con un rapporto, relativamente alle pensioni in essere per l'anno 1994, pari a 24,23.

Il rapporto afferente alle pensioni erogate nel 2009 (dati di preconsuntivo) potrebbe essere pari a 9,88 a fronte del 9,26 del 2008 (dati di consuntivo). Il trend delle entrate contributive è in crescita, con un incremento del 2,77% raffrontando i dati del preconsuntivo 2009 con quelli di previsione 2010. In materia immobiliare si dà conferma della volontà dell'Ente di effettuare ulteriori cessioni di cespiti non performanti e non più strategici, nonché di continuare nella riqualificazione degli immobili in portafoglio per migliorarne l'appeal reddituale.

Roma, 2 dicembre 2009

**MEDICINA IN PARLAMENTO: TRE IMPORTANTI DECISIONI
IL MEDICO VA IN PENSIONE A 70 ANNI
Libera professione senza paletti, Dg più pagati
Rinascita del ministero della salute al voto finale**

Pensionamento a settant'anni per tutti i dirigenti medici e sanitari del Ssn, nonostante la "rottamazione" firmata Brunetta che anzi è cancellata proprio, dal Ddl. Lo "strappo" è contenuto nel testo del disegno di legge sul governo clinico appena trasmesso dalla Commissione Affari sociali della Camera al parere delle commissioni competenti, prima dell'invio in aula. Intanto, martedì approderà in aula, sempre a Montecitorio, dopo il via libera

della commissione Affari costituzionali, il Ddl che ripristina il ministero della Salute sganciato dal Welfare e porta a 63, componenti del Governo.

In pista per la governance c'è anche la definitiva abolizione di qualsiasi ostacolo all'esercizio della libera professione per i dirigenti medici e sanitari, che potranno svolgere attività privata anche in studio o nelle strutture non convenzionate con il servizio sanitario pubblico...

dal Sole 24 ore Sanità del 3-9/11/2009

Leggi Decreti Giurisprudenza

Diritto Sanitario Corte di Cassazione - Penale La guardia medica di norma deve intervenire

Va certamente riconosciuto al medico di guardia il compito di valutare la necessità della visita richiestagli, con apprezzamento tecnico della sintomatologia riferitagli. Tale valutazione deve essere eseguita con particolare prudenza, attesa la previsione secondo cui, condotta "normale" è l'effettuazione degli interventi richiesti. Nel caso di specie, la Corte distrettuale accoglieva la versione accusatoria che censurava anche la mancata sollecitazione da parte dell'imputata a che i congiunti della paziente chiamassero il 118, relegando la ragione del rifiuto della visita alla ritenuta generica inattendibilità e non concludenza dei sintomi riferiti. (Avv. Ennio Grassini) - Doctor News 23/10/09

Diritto Sanitario Corte di Cassazione - Penale Rifiuto dell'intervento medico in pronta reperibilità

Il rifiuto punibile del medico chirurgo in servizio di pronta reperibilità presuppone la cognizione di una situazione di urgenza, impositiva dell'atto al soggetto tenuto a intervenire e si concreta nel deliberato mancato compimento dell'atto stesso con la consapevolezza di violare i propri doveri. In materia sanitaria, l'urgenza, è individuata in base alle conseguenze che l'inadempimento può provocare al bene della salute. Il medico in servizio di reperibilità di cui sia stato richiesto l'intervento da personale tecnico per una si-

tuazione di urgenza sanitaria da questo valutata è obbligato per i suoi compiti d'istituto a intervenire, senza possibilità di sindacare nel merito tale valutazione. (Avv. Ennio Grassini)

Doctor News del 26/11/09

Diritto Sanitario Cassazione Civile Il consenso informato è un obbligo contrattuale

Il consenso informato, espressione del diritto personalissimo, di rilevanza costituzionale, all'autodeterminazione terapeutica, è un obbligo contrattuale del medico perché è funzionale al corretto adempimento della prestazione professionale, pur essendo autonomo da esso. Nella vicenda di causa i giudici del primo grado accertavano che il medico aveva garantito al paziente il positivo esito dell'intervento di cataratta - tanto che, gli stessi giudici, avevano ritenuto che l'obbligazione assunta fosse stata di risultato - non soltanto perché di routine, ma anche perché il paziente era in buone condizioni di salute, aveva sessantasei anni e gli occhi erano sani.

(Avv. Ennio Grassini - www.dirittosanitario.net)

Doctor New del 28/10/2009

La retribuzione dei dipendenti pubblici

dipende esclusivamente dalla qualifica e non dalle mansioni. Infatti chi svolge incarichi superiori per esigenze di servizio non ha diritto a un adeguamento dello stipendio.

Tar Sicilia sentenza

n. 1821 del 20 novembre 2009

Marco Perelli Ercolini - 048-2009

**L' ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DI BIELLA
LA CLINICA "LA VIALARDA" DI BIELLA
L'UNIVERSITA' DEGLI STUDI "AMEDEO AVOGADRO" DI NOVARA
Sala Congressi Fondo Edo Tempia-Via Malta 3 - Biella**

Sabato 12 dicembre 2009

Corso di aggiornamento per Medici di Medicina Generale e L.P.
**La disabilità nell'anziano da patologia osteoarticolare.
L'artrosi di ginocchio e l'osteoporosi
Problemi clinici ed etici.**

Provider: Ordine Medici CeO Biella

Responsabile scientifico:

dr.ssa Rondini Sara. Responsabile UO di medicina riabilitativa "Clinica La Vialarda"-Biella

PROGRAMMA

8,30 - **dr.Giuseppe Calogero** - Presidente Ordine Medici CeO Biella
Saluto ai Convenuti.e presentazione del Convegno

9-9.30 Introduzione **Prof. C. Cisari** Direttore Cattedra di Rieducazione Funzionale
Università A.Avogadro No.

1° Sessione: L'artrosi di ginocchio

Moderatori: **dr.ssa Rondini Sara - dr.ssa Rusca Lia**

9.30-10.30 La patologia degenerativa di ginocchio. Inquadramento clinico e trattamento
fisiokinesiterapico. (**dr.ssa Rusca Lia** Responsabile UO di medicina riabilitativa dell' Ospedale di
Biella.

10.30-11.30 La terapia chirurgica: (**dr. PG Castelli** Responsabile UO Ortopedia - Clinica La
Vialarda - Biella)

11.30-11.45 Coffee Break

11.45-12.45 la riabilitazione post-chirurgica. (S. Rondini)

12.45-13.15 discussione degli argomenti trattati

13.15-14.15 Light lunch

2° Sessione: L'osteoporosi

Moderatore: **dr. Debernardi Bernardino** - Responsabile UO Lungodegenza - Ospedale degli
Infermi -ASLBI - Biella

14.15-15.15: Fattori di rischio dell'osteoporosi nell'anziano
dr. Marinoni Vito - Dirigente Medico UO Lungodegenza Ospedale Biella -ASLBI Biella)

15.15-16.15: Rapporti tra artrosi e osteoporosi (**Prof C.Cisari**)

16.15-17: La diagnostica strumentale nell'osteoporosi **dr. Sguazzini Viscontini Giovanni**
Dirigente Medico UO Medicina Riabilitativa - Ospedale Maggiore - Novara

17-17,30: Problemi etici dell'Assistenza all'Anziano fragile - **dr. G. Calogero**

17,30-18,30 - Compilazione questionari e valutazione ECM

**In collaborazione con: ASL Biella
- Merck Sharp & Dohme**

**La disabilità
nell'anziano da patologia
osteoarticolare.
L'artrosi di ginocchio e
l'osteoporosi
Problemi clinici ed etici.**

Si è svolto sabato 12 dicembre 2009 il Corso di aggiornamento per Medici di Medicina Generale e L.P.

Dopo i saluti ai Medici convenuti portati a nome del nostro Ordine organizzatore dalla **dr.ssa Caterina Magliano**, segretaria dell'Ordine stesso,

Il **prof. Carlo Cisari** inquadra quantitativamente il problema: l'artrosi è la patologia articolare più diffusa al mondo.

-In Italia 80.000 fratture di femore all'anno per un costo di 1 miliardo di Euro compresa la riabilitazione e l'assistenza sociale.

-In Piemonte 8.000 fratture di femore l'anno con giornate di ricovero pari all'infarto del miocardio.

-L'osteoartrite di ginocchio comporta tra diagnosi e terapia una spesa di 455 Euro all'anno pro capite pari al 4% della spesa sanitaria totale.

Assume a questo punto fondamentale importanza l'ottimizzazione della prevenzione e della terapia che come bene illustra la **dr.ssa Lia Rusca** dovrà essere sempre più personalizzata al singolo paziente considerando le sue aspettative e le possibilità di miglioramento della qualità di vita.

Valutata sulle condizioni del Paziente è pertanto la scelta tra terapia medica e chirurgica dell'osteoartrite del ginocchio.

Le opportunità chirurgiche del ginocchio sono ben illustrate dal **dr. Pier Giorgio Castelli**



(f.to dr.Corrado Azario)

mentre la **dr.ssa Sara Rondini** fa chiarezza sulla riabilitazione post chirurgica della protesi di ginocchio.

Nella 2/a sessione il **prof. Carlo Cisari** espone interessanti collegamenti tra osteoartrite e osteoporosi, presentando il **dr. Bernardino Debernardi** informa che il 50% dei pazienti di chirurgia vascolare e Ortopedia sono ultra 65enni e ultra 75enni e successivamente tratta l'osteoporosi aggiornando sullo stato dell'arte attuale.

Il **dr. Giovanni Sguazzini Viscontini** chiarisce importanti concetti sulla Diagnosi Strumentale dell'Osteoporosi.

La ricerca scientifica cerca di obiettivare sempre più parametri di diagnosi e terapia che però da soli poco risolvono su una patologia così multiforme come l'osteoartrite e l'osteoporosi tipiche del paziente anziano.

Emerge chiaramente che solo il confronto Medico-paziente può sortire la miglior proposta terapeutica che sarà sempre più esclusiva del singolo caso.

Parallelamente la miglior collaborazione tra le varie figure professionali interessate sarà il futuro "strumento" per raggiungere l'obiettivo finale: migliorare globalmente la qualità di vita del paziente con il minor dispendio di risorse.

dr. Giuseppe Flecchia



(f.to dr.Corrado Azario)

**ORDINE PROVINCIALE MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI - BIELLA
ORDINE DEGLI AVVOCATI - BIELLA**

**Convegno :
LA RESPONSABILITA' CIVILE E PENALE DEL MEDICO**

Biella, 9 e 16 dicembre 2009

Ore 20,00 Sala Convegni Biverbanca - via Carso 15 - Biella
Provider : Ordine dei Medici CeO - Biella

PROGRAMMA

9 dicembre 2009

- 20,00-20,15- Presentazione del Convegno sulla Responsabilità Penale
Dott. Giuseppe Calogero - *Presidente del Consiglio dell'Ordine*)
- 20,15-20,30- Saluto ai Convenuti ed introduzione al tema -
Avv. Domenico Duso, *Presidente Ordine Avvocati- Biella*
- 20,30- 21,10- "Il medico imputato per responsabilità professionale"
Dott. Andrea Antonio Salemme - *Giudice del Tribunale di Biella*
- 21,10-21,50- "Prove di accusa e prove di difesa del medico nel processo penale"
Dott. Pietro Brovarone - *Giudice Onorario del Tribunale di Biella*
- 21,50-22,20- I dubbi più frequenti e le difficoltà di fronte alla legge del Medico di
Medicina Generale - **Dott. Enrico Modina MMG**
- 22,20- 23,30- Dibattito: le domande dei presenti e le risposte degli avvocati
anche in relazione ai profili di responsabilità contabile e deontologica
con la partecipazione di: **Dott. Giuseppe Calogero, Avv. Andrea Conz e
Avv. Franco Enoch**

16 dicembre 2009

- 20,00-20,15- Presentazione del Convegno sulla Responsabilità Civile
Dott. Giuseppe Calogero - *Presidente dell'Ordine dei Medici Biella*
- 20,15-20,30- Saluto ai convenuti ed introduzione al tema -
Avv. Domenico Duso - *Presidente Ordine Avvocati- Biella*
- 20,30-21,10- I medico e le richieste di risarcimento del danno"
Dott. Andrea Carli - *Giudice del Tribunale di Biella*
- 21,10- 21,50- "I diversi tipi di danno risarcibile e l'assicurazione della responsabilità civile
del medico" **Avv. Giovanni Bonino** - *Avvocato del Foro di Biella*
- 21,50-22,20- Il dilemma del medico tra obbligo professionale e rischio di indennizzo.
Dott. Gian Maria Gazzola - *MMG*
- 22,20-23,30- Dibattito: domande e risposte anche in relazione ai profili di responsabilità
amministrativa, contabile e deontologica con la partecipazione di: **Dott. Giuseppe
Calogero, Dott. Andrea Antonio Salemme e Avv. Franco Enoch**
- 23,30-24,00- Al termine del Convegno verranno effettuati i test di valutazione ECM.

**Convegno :
LA RESPONSABILITA' CIVILE E
PENALE DEL MEDICO**

Medici e Avvocati si sono riuniti su iniziativa dei Presidenti dei rispettivi Ordini Professionali per discutere, anche alla presenza di Magistrati, dei diversi profili di responsabilità nell'esercizio dell'attività professionale medica
-Nel primo incontro si è discusso della responsabilità penale.

Il Giudice Andrea Antonio Salemme ha ampiamente trattato i vari aspetti penali in cui il medico può incorrere sia nell'attività ospedaliera che



f.to Corrado Micheletti - La Stampa

come medico di famiglia e libero professionista. Una particolare attenzione va posta nell'esercizio dell'attività professionale ma anche nei rapporti con la Pubblica Amministrazione specie per quanto riguarda referti ed obblighi medico-legali.

Interventi altrettanto pregnanti e ponderati nell'esposizione del Giudice dr. Pietro Brovarone, degli Avvocati Franco Enoch ed Andrea Conz e del Medico dr. Enrico Modina, i quali tutti hanno partecipato, con il moderatore dr. Giuseppe Calogero, alla tavola rotonda finale con gli oltre cento professionisti presenti. Gli interventi specifici saranno riportati nel prossimo numero del Biella Medica.

Il prossimo incontro è fissato per il 16 dicembre per concludere il ciclo di formazione professionale valutando la responsabilità civile dei medici con uno sguardo ai profili del diritto assicurativo. Il Presidente Dr. Giuseppe Calogero



f.to Corrado Micheletti - La Stampa

PIVERONE - "GESIUN"

LUOGO - Sorge in località Torrone, comune di Piverone, in mezzo ai vigneti, a N del lago di Viverone.

STORIA - La chiesa fu costruita fra la fine del secolo X e il terzo quarto dell'XI. La datazione viene attribuita alle caratteristiche della muratura. Documenti dei secoli XIII-XIV attestano che era dedicata a San Pietro di Livione, antico piccolo borgo, e che aveva un cimitero. Alla fine del secolo XV fu unita alla Collegiata di S. Stefano di Biella.

ARCHITETTURA - Il piccolo rettangolare edificio è lungo 4,62 m, largo 3,60 m. La navata è unica, ora a cielo aperto.

I muri sono stati eretti con pietre di colore verde-grigio e rosso-bruno, frammiste a laterizi... A queste pareti sono addossate due lesene in pietra e mattoni che separano la navata dal presbiterio e tra le quali sono poste due

piccole colonne di pietra che sorreggono un arco centrale d'ingresso e due laterali più piccoli. Entrambe le basi delle colonne sono lavorate, probabilmente in epoca romana.....

Il presbiterio con piccola abside per Pattare è coperto da due volte a botte laterali e in passato da volta a crociera, ora crollata. ...L'abside ha invece una copertura a semicatino in pessimo stato di conservazione. Il piccolo campanile quadrangolare, aperto da quattro bifore, ora senza colonnina, è ornato nel sottotetto da una serie di quattro archetti pensili, che contrariamente al solito non si raccordano con lesene laterali. La sua copertura era probabilmente realizzata con embrici romani di spoglio dei quali resta ancora qualche traccia.

OGGI - Rudere con crolli multipli e infiltrazioni di acqua dal tetto.

prof. Emanuele Ciambellotti

Varie

Malattie infettive Vaccino anti-H1N1: ne basta una dose

Basta una dose di vaccino contro la nuova influenza per avere la protezione immunitaria necessaria. E' quanto emerge da test preliminari sul vaccino anti-H1N1 condotti in Australia e Gran Bretagna, secondo i quali un'unica dose crea anticorpi a sufficienza per proteggere dal virus entro una decina di giorni. Uno sviluppo di grande rilievo in particolare per le sue ricadute sulle scorte vaccinali e per la rapidità della risposta immunitaria. Secondo i risultati, pubblicati sul *New England Journal of Medicine*, una singola vaccinazione a dosaggio standard produce una risposta immunitaria forte in oltre il 96% degli adulti presi in esame. Un risultato in controtendenza rispetto all'ipotesi diffusa che la vaccinazione sarebbe dovuta avvenire in due successivi dosaggi. Per il trial sono state considerate 240 persone sopra e sotto i 50 anni di età, cui sono state somministrate due dosi di vaccino, per valutarne, dopo 21 giorni, la risposta immunitaria, con il risultato di una risposta sufficiente con un unico "shot". La ricerca "ha importanti implicazioni - osserva il responsabile Michael Greenberg - per le politiche di salute pubblica in quanto aumenterà il numero delle persone vaccinabili e migliorerà la logistica, visto che la maggior parte delle persone non dovrà subire una nuova vaccinazione". (M.M.)

New England Journal of Medicine, Early Online Publication

Approfondimenti H1N1, il rischio è la diffusione

"Troppo rumore. Non ci sono reali motivi di grave preoccupazione. La malattia resta leggera" afferma Ferruccio Fazio, viceministro alla Salute, al termine della riunione dell'Unità di crisi sulla nuova influenza. Della stessa opinione sull'influenza causata dal virus pandemico A/H1N1, sono gli esperti, come Fabrizio Pregliasco, docente di virologia presso l'Università di Milano, che ribadisce che si tratta di un'influenza banale a livello individuale con una sintomatologia del tutto simile a quella del virus dell'influenza stagionale.

Niente panico è solo influenza!

L'influenza rappresenta ogni anno un momento importante per il medico di medicina generale, in considerazione del fatto che da novembre a marzo le infezioni delle vie aeree con febbre, mal di gola e tosse comportano dal 5 al 10% delle visite ambulatoriali e domiciliari. Quest'anno lo scenario si prospetta ancora più impegnativo in virtù di un nuovo virus antinfluenzale, per di più pandemico. Una novità assoluta. E' per questo che la Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) ha predisposto un documento operativo per preparare gli ambulatori in corso di pandemia influenzale.

Cautela con gli antivirali

L'utilizzo di farmaci antivirali per il trattamento dell'influenza A va effettuato con estrema precauzione e solo in caso di reale necessità. È quanto ribadito nelle recenti linee guida emanate dai Cdc (Centers for Disease Control and Prevention), con particolare riferimento alla somministrazione di oseltamivir e zanamivir. Doctor News del 14/09/09

A Ilaria Capua il Grande Ippocrate 2009

Assegnata a **Ilaria Capua**, Capo del dipartimento di Virologia presso l'Istituto zooprofilattico sperimentale delle Venezie, la seconda edizione del Premio Grande Ippocrate per il ricercatore dell'anno. Il premio, ideato dall'Unamsi (Unione nazionale medico scientifica d'informazione) in collaborazione con Novartis, nasce con l'obiettivo di segnalare un ricercatore medico "che abbia saputo coniugare la sua attività principale con quella del divulgatore, permettendo al grande pubblico di conoscere e approfondire temi complessi". La Capua è la ricercatrice che nel 2006 caratterizzò, prima al mondo, il virus dell'aviaria (H5N1) in Africa e, contrariamente a quanto richiesto dall'Oms che voleva una sorta di "secretazione" per pochi addetti ai lavori, rese pubblica la sequenza. Successivamente, insieme all'americano **Peter Bogner**, creò il Gisaid, banca dati gestita da un consorzio che facilita la collaborazione tra ricercatori. "Ora l'Oms mi è grata perché è merito di Gisaid se la sequenza del virus della nuova influenza (A-H1N1) è stata decifrata in poche ore", afferma la ricercatrice premiata ieri a Venezia. (N.M.)

Doctor News del 28/10/2009

I dentisti italiani sono troppi

Da grande farò il dentista: sembra essere questo il desiderio dei ragazzi italiani. Non si spiegherebbe altrimenti che nel nostro Paese si contano oltre 56 mila dentisti, in media uno ogni mille abitanti. Un fenomeno che tocca punta estreme in alcune regioni, come nel caso della Liguria, dove troviamo un professionista ogni 745 persone

E' quanto emerge dall'analisi del Centro elaborazione dati della Fnomceo (Federazione nazionale Ordini medici chirurghi e odontoiatri) sugli iscritti all'Albo degli odontoiatri suddivisi per zone geografiche. Un fenomeno unico in Europa, il doppio di quanto indicato dall'Organizzazione mondiale della Sanità..

Doctor news del 27/11/2009

Se la pressione è fuori controllo

Nei paesi europei la percentuale di pazienti con valori pressori al di sotto di 140/90 mmHg, così come raccomandato dalle attuali linee-guida internazionali, varia dal 6 al 30% dei pazienti ipertesi(1).

Questa situazione comporta drammatiche conseguenze per la salute pubblica poiché il beneficio del trattamento antipertensivo è proporzionale alla riduzione della pressione sistolica e diastolica ed i pazienti nei quali il trattamento antipertensivo determina livelli pressori al di sotto di 140/90 mmHg sono a minore rischio di infarto del miocardio, ictus, scompenso cardiaco e malattia cardiovascolare e renale rispetto a coloro che permangono al di sopra dei suddetti valori(1). Una recente review di studi ed indagini osservazionali pubblicati in Italia, ha messo in evidenza come solo il 4,5% ed il 9,2% della popolazione ipertesa ha valori pressori nel range ottimale o normale e l'8,3% presenta valori "alti-normali" così come definiti dalle linee-guida ESC/ESH(1). Tutto ciò, nonostante la gran parte dei pazienti fosse già in trattamento antipertensivo

Doctor News del 30/11/2009

Ru486, Commissione Senato approva lo stop

La Commissione Igiene e Sanità del Senato ha votato a favore dello stop alla procedura di immissione in commercio della

pillola abortiva Ru486 in Italia. La decisione è stata presa il 26/11 a Palazzo Madama, dove era in programma la riunione per discutere il testo finale dell'indagine conoscitiva sul farmaco. La Commissione l'ha approvato a maggioranza, con 13 voti a favore da parte di Pdl e Lega, 8 contrari dal Pd.

Doctor News del 27/11/09

Amami, medici obbligati a medicina difensiva

"L'allarmismo ingiustificato nei confronti degli operatori sanitari fa sì che ormai i medici si debbano rivolgere ai propri avvocati per 'selezionare' i pazienti bisognosi di interventi chirurgici, scartando quelli più a rischio". A puntare il dito sul problema della medicina difensiva, "i cui costi ricadono sulle tasche di tutti gli italiani", è il presidente dell'Amami (Associazione per i medici accusati di malpractice ingiustamente), **Maurizio Maggiorotti**, intervenuto al Forum sul Risk Management in sanità in corso ad Arezzo. "Chi opera - ha aggiunto Maggiorotti - è continuamente esposto al rischio di essere perseguito penalmente alla stregua di un ubriaco che si mette in strada, un rischio creato ad arte da chi del business della malasanità ha fatto il proprio mestiere. Per non incorrere in denunce o contenziosi, i medici sono costretti a prescrivere esami e farmaci in eccesso o peggio a evitare procedure a rischio di insuccesso, tanto che iniziano ad essere esclusi i casi difficili". Per il numero uno dell'Amami, "chi ne farà le spese saranno i pazienti, ma anche tutti i cittadini, dal momento che i costi della medicina difensiva ricadono sul Ssn.

Doctor News del 30/11/09

ATTENZIONE DAL 1/10/09 CERTIFICATI DI GUIDA PER CICLOMOTORI NON PIU' AI MEDICI DI FAMIGLIA

La Circolare del ministero dei Trasporti n. 77410 del 4/08/2009 stabilisce che dal 1 ottobre 2009 per la guida dei ciclomotori è necessaria la visita specialistica da parte dei sanitari abilitati per le patenti di guida con relativa certificazione di idoneità alla guida così come avviene già per le patenti degli autoveicoli.

Comitato permanente di consenso e coordinamento per le medicine non convenzionali

I mezzi di comunicazione riportano con grande evidenza la trasformazione del capo d'accusa da omicidio colposo a omicidio volontario per un medico bolognese esperto in **medicina ayurvedica** che aveva preso in cura un bambino affetto da fibrosi cistica.

Secondo la nuova accusa "il medico, sospendendo la terapia tradizionale, ha accettato il rischio che si potesse verificare l' "evento morte".

Non possiamo entrare nei merito del caso singolo, unico vero criterio che permetterà di dare un giudizio sulla vicenda; sarà da valutare quale fosse la situazione del piccolo paziente e quale beneficio avesse tratto dalla terapia convenzionale, quale fosse le sua prognosi nel momento in cui fu consultato il medico ayurvedico.

Ci conforta sapere che l'Ordine dei Medici di Bologna non ha ravvisato nel comportamento del medico elementi censurabili ed ha archiviato il caso.

Comunque alcune considerazioni di carattere generale si possono e si devono fare.

In primo luogo, qualunque medico accetta che si possa verificare l'evento morte qualunque mezzo terapeutico adottati. E' esperienza comune che buona parte delle persone affette da cancro muoiano della malattia, ma se il medico che non è in grado di assicurare la sopravvivenza fosse incriminabile per omicidio volontario, arriveremmo al paradosso che i sanitari dovrebbero rifiutarsi di prestare cura al paziente per evitare di essere messi sotto accusa.

Se parliamo poi della iatrogenesi, essa fa centinaia di migliaia di morti ogni anno, e sta diventando una delle più importanti, cause di morte nei paesi industrializzati, senza che i medici responsabili di tali decessi vengano comunemente posti sotto accusa.

In secondo luogo la medicina Ayurvedica è un antico sistema medico che fa parte della tradizione indiana e che proprio in India affianca, con pari dignità, la Medicina Convenzionale e la Medicina Omeopatica nel Sistema sanitario.

Inoltre qualunque Medicina Non Convenzionale in Italia viene praticata all'interno di un contesto medico di garanzia, e all'interno di un più ampio piano di cura, che includa la conoscenza di diagnosi, prognosi e terapie mediche convenzionali.

La trasformazione del capo d'accusa in omicidio volontario sottintende la valutazione che in medicina si possano proporre scelte nette, tra una medicina efficace e sicura e altri approcci vaghi e inaffidabili. La realtà non è questa, la medicina non dà verità definitive e verdetti indiscutibili, ma esprime la ricerca umile e partecipata del migliore strumento per il singolo paziente che al medico si rivolge.

*Dott.ssa Antonella Ronchi,
Coordinatrice del Comitato Permanente di
Consenso per le Medicine Non Convenzionali
in Italia 9 ottobre 2009*

Invecchia il medico di famiglia

I medici di famiglia italiani sono sempre più 'vecchi'. Gli under 40 sono appena 234 su un totale di 43.985 camici bianchi del settore. Ben 36.504 hanno tra i 46 e i 60 anni, mentre 5.509 hanno tra i 60 e i 70 anni. In compenso, si contano solo 4 'enfant prodige' tra i 28 e i 30 anni che sono riusciti ad inserirsi in tempi record nella professione per la quale, dopo la laurea, sono necessari 5 anni di formazione ad hoc. E' una categoria dai capelli grigi quella che si delinea dai dati dell'ente di previdenza dei camici bianchi, l'Enpam, sui medici di medicina generale ancora in attività. "La maggior parte dei medici di famiglia è in età matura", ammette **Giacomo Milillo** segretario nazionale della Federazione italiana dei medici di medicina generale (Fimmg), a margine del congresso

del sindacato in corso a Santa Margherita di Pula (Cagliari). Un fenomeno ben chiaro che, se non affrontato in tempo con una programmazione, a livello di formazione universitaria e di organizzazione del lavoro medico, "entro 10 anni potrebbe avere effetti pesanti - avverte Milillo - con una serie difficoltà nel 'ricambio' dei professionisti". Oggi i medici di famiglia "non mancano", secondo il leader della Fimmg, ma il futuro è una scommessa. "Attualmente le università non riescono a garantire la formazione che serve", aggiunge Milillo, sottolineando che bisogna lavorare per una programmazione globale, attenta e mirata della formazione "sia del numero dei laureati in medicina sia degli specializzati nelle diverse discipline". Doctor News del 19/10/2009

Richieste di risarcimento per 8 chirurghi su 10

'Incubo tribunale' per i 6 mila chirurghi italiani impegnati in sala operatoria ogni giorno, per un totale di 4,5 milioni di operazioni l'anno. Nel 2008 le richieste di risarcimento nel nostro Paese sono state 30 mila, e 12 mila i processi penali

"L'80% dei professionisti del bisturi nel corso della propria carriera incappa in almeno una richiesta di risarcimento. Accuse di malpractice - spiega **Enrico De Antoni**, presidente della Società italiana di chirurgia (Sic), presentando a Roma i temi del Congresso nazionale Sic al via il 25 ottobre a Rimini - che nell'80% dei casi si risolvono con un'assoluzione, dopo un iter processuale che dura anche 7-8 anni". Così, proprio "il timore di possibili conseguenze penali ha creato in questi anni la premessa della medicina difensiva: l'80% dei chirurghi prescrive esami inutili, e il 20% evita di operare se l'intervento è troppo a rischio di contenzioso". Con costi pesanti per la sanità...

Doctor New del 21/10/2009

Sacconi soddisfatto per decisione Aifa su Ru486

"Sono soddisfatto dalla decisione di ieri. Ho sempre detto che il percorso abortivo deve svolgersi tra le mura ospedaliere", perché "si tratta di un percorso che presenta molti rischi per la salute della donna". Ad affermarlo, intervenendo alla trasmissione televisiva 'Mattino 5', è il ministro del Welfare **Maurizio Sacconi**, in merito al via libera definitivo dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) sulla pillola abortiva Ru486. La decisione, rileva Sacconi, "è stata quella di fare rispettare la legge 194".

Doctor News del 21/10/2009

Se "scoppia" il dottore

Scoppiati per il troppo stress e pronti a tutto pur di non mollare il loro lavoro.

Anche ad abusare di droghe e alcol. Il fenomeno non è poi tanto limitato: anche se i dati per l'Italia non ci sono, esperienze molto simili alle nostre mostrano che almeno il 10% di tutti i medici e gli infermieri vivono nella loro carriera un momento di crisi che sfocia nell'abuso di sostanze pericolose. I più a rischio sono spesso proprio gl'staccanovisti. Una dedizione al lavoro e ai pazienti che, per colpa anche di turni a volte

massacranti, rendono i camici bianchi sempre vulnerabili. A puntare i riflettori su questa emergenza silenziosa è il Centro studi Albert Schweitzer, che ha organizzato un congresso nazionale sul tema («Ardere, non bruciarsi»). Un appuntamento che ha messo l'accento proprio su quanto poco si è fatto e si sta facendo in Italia per affrontare questa emergenza. Per il nostro Paese serve replicare - dicono gli esperti - esperienze e percorsi di sostegno al personale sanitario come sono stati realizzati in Spagna e negli Usa.

24 Ore Sanità 29 sett-5 ott.09

Rischio clinico, tutelare medici e pazienti Per Maurizio Sacconi è necessaria una nuova stagione in cui tutti siano tutelati dai problemi del rischio clinico

Tutelare i pazienti, ma anche i camici bianchi. Rispetto al rischio clinico, ovvero il pericolo di incorrere in errori in corsia, il ministro del Welfare **Maurizio Sacconi**, intervenendo in un video messaggio al quarto Forum sul risk management in sanità che ha aperto ieri i battenti ad Arezzo, mostra la volontà di tutelare entrambe le parti chiamate in causa. "E' giusto - afferma - garantire la piena tutela del paziente, anche in termini di risarcimento, ma dall'altro lato circoscrivere le responsabilità del medico, anche dal punto di vista delle certezze penali". "Bisogna perseguire - sottolinea - questi due obiettivi in apparente conflitto. E il servizio pubblico - conclude - lo deve garantire".

Doctor News del 25/11/09

Rischio clinico aggravato da cure sotto standard

Sviluppare un'idea di rischio che non includa più soltanto il pericolo di errore clinico, ma venga considerato anche come rischio del cittadino di essere curato al di sotto degli standard ottimali

Così **Ferruccio Fazio**, viceministro della Salute, dice al Quarto Forum sul Risk Management in corso ad Arezzo, sottolineando la necessità di "centrare l'attenzione sulla persona" e definire un nuovo concetto di rischio che coinvolga anche l'aspetto umano e non soltanto quello clinico. Il viceministro è tornato a ribadire a più riprese la necessità di una sanità che non sia più "ospedalecentrica", evidenziando "l'importanza della medicina del territorio e del ruolo del medico di

medicina generale come riferimento per il cittadino". Fazio ha quindi auspicato che in futuro ci siano ospedali con degenze brevi, all'insegna della specializzazione e dell'alta tecnologia. L'appello è dunque a un ritorno del contatto medico-cittadino, potenziando la figura del medico di medicina generale anche per evitare pratiche inutili che finiscono per intasare i pronto soccorso. "Il secondo aspetto fondamentale da affrontare - ha dichiarato il viceministro - è quello legato alla prevenzione, pratica imprescindibile per evitare il rischio che il paziente si ammali. Una prevenzione che può e deve essere innanzitutto primaria - ha affermato - ovvero rivolta a seguire determinati stili di vita, ma anche secondaria", dunque riferita alla popolazione a rischio, "e terziaria, volta a evitare la riaccutizzazione di determinate malattie, quindi diretta a gestire il malato al quale sono già state diagnosticate malattie croniche. La prevenzione è un aspetto centrale - ha aggiunto - tanto più se si pensa che il 40% dei ricoverati è ultrasessantenne e nel 2050 il 35% della popolazione avrà più di 65 anni, quindi con un'alta probabilità di essere affetta da due o più malattie croniche. Le malattie croniche - ha concluso Fazio - non devono arrivare ad

essere curate in ospedale, ma devono essere seguite ancora una volta sul territorio: il loro arrivo in ospedale è un chiaro indicatore di inadeguatezza territoriale".

Doctor News del 26/11/09

Levi Montalcini, possibile il cervello artificiale

Il cervello artificiale "non è fantascienza". Ne è convinta il premio Nobel per la medicina **Rita Levi Montalcini** che, durante un'intervista rilasciata a Skytg24, commenta l'annuncio di Ibm e di un gruppo di scienziati di Stanford che hanno simulato un cervello attraverso un super computer e assicurano che il 2019 sarà l'anno del cervello artificiale. Montalcini conferma: "E' quanto ci arriva dagli ultimi risultati della System Biology. Non me lo sarei mai aspettato - ha spiegato la scienziata ieri a Milano, in occasione del 'Sysbiohealth symposium 2009' all'università Bicocca - ancora 10 anni fa sembrava assurdo. Invece potrà capitare".

Doctor news del 26/11/09



Biella - Santuario di Oropa - (f.to dr.ssa Paola Matera)

Attività scientifiche

LA NEURALGIA DEL TRIGEMINO TRATTAMENTO CON RADIOFREQUENZA

Dott. DI LAURA ITALO

Servizio di Anestesia-Terapia Antalgica

Libero Professionista-Policlinico di Monza- Clinica "La Vialarda"-Biella



La neuralgia trigeminale è conosciuta da sempre come una delle cause più intollerabili di dolore facciale.

Si può manifestare improvvisamente, senza una causa apparente, nella sua **forma "Essenziale"** interessando nella maggior parte dei casi

una delle sue Tre Branche (Frontale - Mascellare- Mandibolare) nelle quali si suddivide per innervare appunto il territorio del viso. La genesi di tale forma clinica è ancora sconosciuta, anche se turbe del microcircolo del Ganglio di Gasser possono essere alla base del quadro patologico.

Esistono poi **forme "secondarie"** dovute a molteplici cause, quali processi infiammatori e/o invasivi di strutture anatomiche interessanti uno dei territori innervati appunto da un ramo nervoso del V° paio di nervi cranici: processi neoplastici espansivi/invasivi; sindromi neurologiche quali la Sclerosi Multipla della quale può essere il primo sintomo rivelatore; anomalie vascolari adiacenti al Ganglio di Gasser con il quale entrano in conflitto, risultandone essere in tal caso una spina irritativa sub continua.....dolore post-herpetico.

La terapia di prima scelta rimane sempre il trattamento Farmacologico, a base di Anticonvulsivanti ,tra i quali l'elezione spetta alla**Carbamazepina** Il suo impiego, soprattutto nelle prime manifestazioni, è spesso risolutivo nel controllare gli accessi dolorosi al meglio. Frequentemente però si assiste ad una intolleranza dei pazienti ad assumere la terapia per effetti secondari non indifferenti, quali nausea, epigastralgie e capogiri imponenti che obbligano alla sospensione del farmaco.

In altri casi la Farmacologia non è in grado di dominare appieno il quadro algico, portando tali pazienti a quadri di prostrazione fisica e psicologica veramente preoccupanti (in passato era nota la propensione al suicidio di alcuni pazienti pur di sottrarsi definitivamente a tali quadri dolorosi !)

Nelle forme in cui venga dimostrato un con-

flitto neuro-vascolare a livello del Gasser (RNM con m-d.c.) la Neurochirurgia può intervenire brillantemente con l'interposizione , a cielo aperto, di un piccolo inserto di materiale eterologo fra le due strutture conflittuanti (Gasser-vaso) eliminando così' nella maggior parte dei casi la noxa patogena.

In tutti gli altri casi invece ci si trova spesso disarmati di fronte all'insuccesso delle terapie farmacologiche.

Trattamento chirurgico per via PERCUTANEA

Per questi casi ,da tempo ormai, è stata messa a punto una tecnica Percutanea di intervento che mira alla neuro lesione del Ganglio di Gasser, anche selettiva di branca, con la Radiofrequenza. L'intervento consiste nell'introduzione di un ago-cannula che, partendo a lato della commessura labiale secondo la tecnica di Hartel,attraversa il Forame Ovale della base cranica (emergenza della Terza Brancha). Dopo averlo superato si giunge quindi all'interno del Ganglio di Gasser. situato in fossa cranica media, appena al di sopra della rocca petrosa ed a lato del clivus.

La procedura viene eseguita in Sala Operatoria con l'ausilio di un amplificatore di brillantezza per la messa in evidenza del forame Ovale e per il controllo del posizionamento finale in proiezioni opportune. (Fig.2)

Dal punto di vista anestesiologicalo il paziente, in questa fase, è sottoposto a Narcoanalgesia endovenosa con monitoraggio continuo cardio circolatorio ed ossimetrico, mantenuto in respiro spontaneo. Una premedicazione con Atropina si rende necessaria per prevenire eventuali bradicardie, anche spiccate, conseguenti al riflesso di stimolo algico provocato dal passaggio dell'ago-cannula nel forame ovale attraverso il quale transita la terza branca.



figura 2





figura 3

Giunto in sede, viene estratto il mandrino dell'ago-cannula e sostituito con una elettrosonda specifica a termocoppia collegata quindi al Generatore di Radiofrequenza.(Fig.3)

Attraverso sistemi bidirezionali del sofisticato sistema operativo si è in grado di misurare in continuo l'impedenza dei tessuti target e, una volta nella posizione ottimale, procedere a test sensoriali e motori.

Per questo il paziente viene risvegliato ad un livello di collaborazione con l'operatore e si procede a stimolare attraverso l'elettrosonda il settore del Ganglio in cui l'apice dell'ago è posizionato.

L'avanzata tecnologia ormai raggiunta dagli ultimi apparecchi specifici del settore permette fini stimolazioni graduali per accertare la massima precisione possibile della branca da colpire, richiedendo anche al paziente di confermare verbalmente la percezione parestesica evocata dall'operatore.

Avutane conferma, il paziente viene nuovamente approfondito in narcoanalgesia per procedere, attraverso la terza linea operativa dell'apparecchiatura, alla termolesione selettiva.

Modernamente lo strumento può generare sia Radiofrequenza di tipo Continua che Pulsata permettendo lesioni graduate più sicure delle precedenti

e ben delimitabili.

Per un Ganglio di Gasser sono utili temperature di lesione (perfettamente monitorizzate dallo Strumento elettronico sulla punta dell'elettrosonda) di

65°/85° C per un tempo di circa 90". A fine intervento il paziente viene risvegliato e da quel momento, nella stragrande maggioranza dei casi, il quadro doloroso risulta scomparso. Anche gli eventuali punti trigger precedenti risultano da quel momento ormai insensibili alla stimolazione.

Possono residuare lievi parestesie / ipoestesia sul territorio trigeminale interessato dalla termolesione che però si risolvono spontaneamente col tempo e non necessitano di alcuna terapia.

Il periodo di benessere che segue all'intervento si può assestare tra 4-9 anni. In caso di recidiva nel tempo l'intervento può essere ripetuto senza particolari difficoltà

La degenza è di una giornata ...! La casistica personale comprende circa 150 casi, di età compresa fra i 25 ed i 94 anni, equamente ripartita per sesso ed età, i cui risultati positivi (scomparsa del dolore entro le prime 24 ore senza necessità di alcun'altra

terapia) supera il 90 %.

A tal proposito andrebbero approfondite alcune patologie particolari:
-Nevralgie "da deafferentazione" inveterate (due casi) in cui il sintomo può nascere da una "memorizzazione" Talamica e per il quale si possono prevedere tecniche terapeutiche più sofisticate.

-Herpes Zoster (più frequente la 1° branca) per il quale sarebbe indicato il trattamento di "blocco del Gasser medicato" nella fase acuta, con risultati sorprendenti sull'evoluzione del quadro sia delle lesioni-vedi anche corneali possibili-sia del dolore P.H.

-lesioni "traumatiche delle branche periferiche (vedi Terza Odontoiatrica) per le quali la tempistica dell'intervento risulta fondamentale ai fini "antalgici"



Elettrodo TEW selettivo di branca



Generatore di radiofrequenza in uso



Biella Piazza (f.to dr.ssa Paola Matera)

Notizie culturali

La neurologa biellese Alessandra Costanza trionfa al Premio Letterario Nazionale ad Arona

Alessandra Costanza, medico neurologo biellese, si è classificata al primo posto della



sezione "Medici Scrittori nel Mondo" della XI edizione del Premio Letterario Nazionale "Città di Arona - Giancarlo Omodei Zorini" con il racconto inedito *"Un giradino degli aranci"* lo scorso 30 ottobre.

Trentacinque anni, Alessandra Costanza è nata a Biella ed è residente a Sagliano Micca, dove vive tuttora la sua famiglia.

Terminata la maturità classica, ha trascorso più di una decina di anni di stu-

dio e lavoro tra l'estero (Israele, Usa) e l'ospedale Molinette di Torino, dove nel 2004 ha conseguito la specializzazione in Neurologia. Iscritta dal 2000 al nostro Ordine dei Medici. Tra il 2006 e il 2008 ha esercitato anche a Biella come medico assistente all'Hospice "L'Orsa Maggiore" della nostra città. Subito dopo, nel settembre di un anno fa, ha accettato una proposta di lavoro e di ricerca dall'Ospedale universitario di Ginevra (Hospitaux Universitaires de Genève), dove oggi si occupa di Neuro-psico-geriatria.

Sebbene Alessandra Costanza abbia partecipato al concorso di Arona quasi per caso, la giovane non è nuova a questo tipo di esperienze: tra il 1991 e il 1993 aveva già avuto importanti riconoscimenti a livello nazionale per alcune novelle ispirate alle tematiche Pirandelliane.

da Eco di Biella

Federspev

46° CONGRESSO FEDERSPEV

Chianciano 10-13 maggio 2009

MOZIONE CONCLUSIVA DEL CONGRESSO

L'Assemblea Federspev (Federazione Sanitari pensionati e vedove) riunita in Chianciano Terme per il 46° Congresso Nazionale Elettivo dal 10 al 13 maggio

Udita la relazione del Presidente Nazionale Dott. Eugenio Miscetti l'approva e lo ringrazia unitamente ai Componenti del C.D.N. per l'attività svolta a favore di tutti gli associati per aver dato attuazione alle raccomandazioni espresse dal 46° Congresso Nazionale 2009

Ritiene doveroso insistere, nonostante l'attuale situazione di incertezza e precarietà economica nazionale, nel richiedere al Parlamento e al Governo:

- l'attuazione degli opportuni provvedimenti in sintonia con quanto indicato dalla Corte Costituzionale

nella sentenza n. 30/2004 per una reale perequazione delle pensioni al costo della vita, ricostruendo il loro perduto potere d'acquisto e dando garanzie di sistemi di protezione del reddito sia immediato come di quello differito con la pensione;

- l'applicazione di una tassazione separata con aliquota d'imposta sostitutiva opzionale, come già in atto per alcune categorie, anche per combattere il lavoro nero;

- l'istituzione di un paniere ISTAT adeguato alle necessità di tutti pensionati.

Chiede agli Organi Ministeriali competenti un incontro a breve in considerazione dell'evidente stato di sofferenza in cui versa tutto il ceto medio cui appartengono i sanitari pensionati.



LIBARNA - antica città romana presso l'odierna Serravalle Scrivia (AL)

**FEDER.S.P.EV. - BIELLA
GITA A LIBARNA E ASTI**

Sabato 10 ottobre si è svolta la gita autunnale della sezione Feder.s.p.ev. di Biella, diretta dal dott. Paolo Ceroni, con la visita di una importante area archeologica e della città di Asti.

LIBARNA "nobile oppidum" della regione augustea Liguria, fu città romana sulla via Postumia tra Genova e Dertona (Tortona) presso l'odierna Serravalle Scrivia.

La scoperta dell'antica città fu casuale in seguito al reperimento di resti sbriciolati di pavimento a mosaico e reperti venuti alla luce con i lavori per l'apertura della strada da Genova a Novi e la costruzione della ferrovia a partire dal 1815-20.

La città aveva forma quasi quadrata, sorgeva su terreno pianeggiante in una valle attraversata dai torrenti Scrivia e Borbera e circondata da colline.

Era attraversata dalla via Postumia che ne costituiva l'asse principale da NO a SE; l'altro asse principale, da est a ovest, il decumano, conduceva all'anfiteatro.

Le strade erano lastricate, rettilinee. La città si approvvigionava d'acqua tramite un acquedotto e possedeva pozzi e fontane.

La via Postumia, voluta dal console Spurio Postumio Albino (148 a.C.), ha certamente favorito la crescita e lo sviluppo della città in quanto collegava Genova con Libarna, Dertona (Tortona), Placentia, Cremona, Vicenza per giungere ad Aquileia e unire il Tirreno all'Adriatico.

Libarna divenne quindi un importante centro commerciale e le venne concessa la cittadinanza romana con pieni poteri amministrativi e gestionali.

Il massimo splendore fu raggiunto nel I° secolo d.C. quando fu eretta a colonia.

Le invasioni barbariche del IV secolo segnarono il definitivo abbandono della città da parte della popolazione che si rifugiò sulle colline circostanti.

Con l'aiuto della guida, esperta Archeologa, abbiamo visitato i resti del teatro, di due isolati adibiti ad abitazioni e attività artigiano-commerciali con locali per la tintura di tessuti, dell'imponente anfiteatro a forma di ellisse, che poteva contenere un totale di 6000-7000 spettatori, inserito al limite dell'impianto urbano e non all'esterno del perimetro cittadino come usuale, e il mosaico di una lussuosa abitazione di allora.

L'area attualmente visitabile costituisce solo una piccola parte della città romana e i reperti più importanti sono conservati al Museo di Antichità di Torino.

ASTI: la visita della città purtroppo solo parziale per mancanza di tempo, ha comunque permesso di apprezzare questa bella città del Monferrato che fu insediamento ligure e poi municipio romano con il nome di Hasta Pompeia, ducato longobardo e contea franca, distrutta da Federico I° il Barbarossa nel 1155, dopo alterne vicende e varie contese passò nel 1575 definitivamente ai Savoia.

Tra i monumenti più importanti della città abbiamo visitato la Domus romana, la Cattedrale eretta nella prima metà del XIV secolo e la Chiesa di San Secondo.

La Domus romana di Asti era una abitazione privata di epoca romana risalente alla fine del 1° secolo d.C., situata a breve distanza dalla Torre rossa che chiudeva ad ovest il decumano massimo della città.

Presenta una pavimentazione in calce e ghiaia e un mosaico, delimitato da due cornici a tessere bianche e nere, decorato da figure geometriche in marmo colorato e figure di pesci e ramoscelli d'edera.

La Cattedrale di Asti, dedicata a Santa Maria Assunta e San Gottardo, costituisce il più insigne e grande monumento gotico del Piemonte. Edificata tra il 1309 e il 1354 subì vari rimaneggiamenti nei secoli successivi.

La facciata è costituita da tre portali. Il campanile in stile romanico venne ricostruito nel 1266 a sette piani ed abbassato di un piano nel 1600. Sul lato sud si trova il magnifico portale laterale in stile gotico fiorito, finanziato dalle famiglie Pelletta (ghibellina) e Troya (guelfa) a sancire un accordo matrimoniale e forse economico fra le due parti (1470). L'interno a croce latina è a tre navate divise da pilastri a fascio con pareti e volte affrescate da pittori lombardi e piemontesi.

La Collegiata di San Secondo è una bella chiesa gotica ricostruita tra la seconda metà del secolo XIII e il 1462 su una chiesa sorta, secondo la tradizione, sul luogo del martirio del santo patrono. La facciata è aperta da tre portali gotici sormontati da altrettanti rosoni; l'interno è a croce latina a tre navate irregolari di cui la centrale è la maggiore. Al lato dx del presbiterio si trova la cappella di San Secondo. Il tempo a disposizione ha consentito ancora un rapido attraversamento del centro della città, molto animato, con rientro in tarda serata a Biella.

dr. Vittorio Fiorani



ASTI - Cattedrale (sec. XIV) lato sud

Corsi -Convegni e Congressi

Nel Sito dell'Ordine:
<http://www.ordinemedicibiella.it/corsi.cfm>

Data corso: **09-12-2009 - 16/12/2009**

LA RESPONSABILITA' CIVILE E PENALE DEL MEDICO

BIELLA - ore 20,00/24,0

*mercoledì 9 e mercoledì 16 dicembre si svolgerà nella Sala Congressi
Biverbanca - Via Carso 15*

Segreteria organizzativa: ORDINE MEDICI BIELLA-

Data corso: **04-02-2010 - 23/10/2010**

CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA TORINO

*1^ PERIODO DAL 4 AL 6/02/2010 - 2^ PERIODO DAL 11 AL 13/03/2010
-3^ PERIODO DAL 13 AL 15/05/2010 - DISCUSSIONE TESI 23/10/2010
SEDE LEZIONI - VILLA GUALINO - V.LE SETTIMIO SEVERO 63 - TORINO*

Segreteria organizzativa: SELENE SRL - TEL 0117499601

Data corso:**4-11-25/02/2010**

LE APPLICAZIONI DELLA BIOTECNOLOGIA IN ORTOPEDIA BIELLA - OSPEDALE - AULA MAGNA

per MMG e LP - Fisiatri e Fisioterapisti

Prenotazioni: ASL-BI - S.C. FORMAZIONE E COMUNICAZIONE -
dr. Jon Scotta tel. 0152527444

Data corso: **06-02-2010**

AGGIORNAMENTI IN PATOLOGIA VASCOLARE ARTERIOSA E VENOSA COLLEGNO (TO)

*CORSO DI AGGIORNAMENTO TEORICO-PRATICO PER MEDICI DI BASE E
INFERMIERI*

Segreteria organizzativa: SWING APOLOGY "EVENTS"
tel/fax 081.480693 - e-mail antonella.perasole@swingapology.com

Data corso: **08-04-2010 - 09/04/2010**

III CORSO PRATICO DI DISSEZIONE CHIRURGICO ANATOMICA "GLI APPROCCI CHIRURGICI ALLO SCHELETRO FACCIALE E CAVO ORALE" MILANO

SITO: /www.istitutotumori.mi.it

Segreteria organizzativa: FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NAZIONALE TUMORI DI
MILANO