

Anno IX - Spedizione in abb. postale 50% - Piacenza

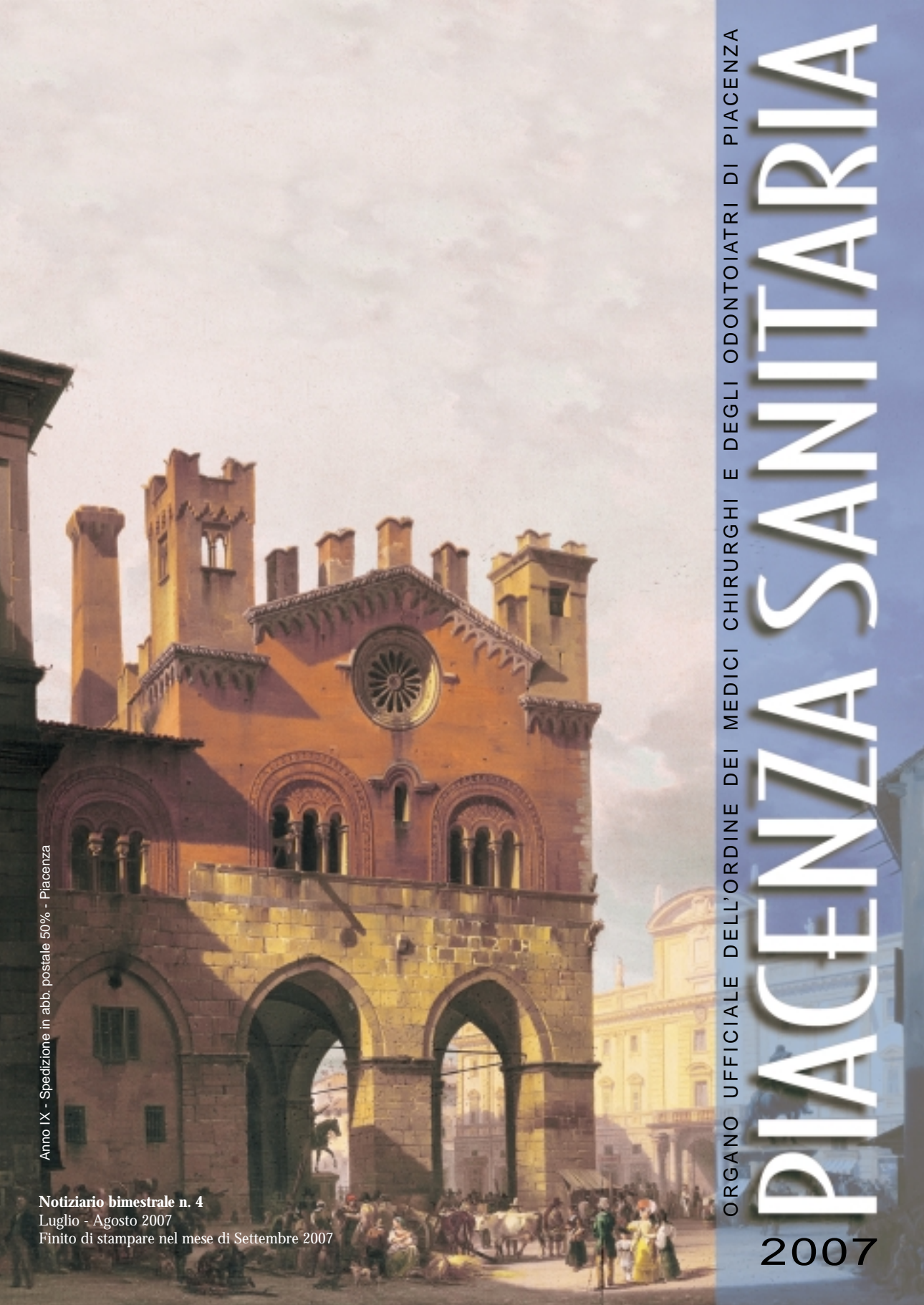
Notiziario bimestrale n. 4
Luglio - Agosto 2007

Finito di stampare nel mese di Settembre 2007

ORGANO UFFICIALE DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI PIACENZA

PIACENZA SANITARIA

2007





In copertina: GIOVANNI MIGLIARA,
Piazza Cavalli nel 1831
(Piacenza, collezione privata - foto F.lli Manzotti)

DIREZIONE, REDAZIONE

29100 Piacenza - Via San Marco, 27

Tel. 0523 323848 - 324979

e-mail. ordinepc@tin.it

CONSIGLIO DIRETTIVO

PRESIDENTE

Giuseppe Miserotti

VICE PRESIDENTE

Luigi Cavanna

SEGRETARIO

Carolina Prati

TESORIERE

Mauro Gandolfini

CONSIGLIERI

Roberto Andreoli

Oreste Calatroni

Giuseppina Dagradi

Giovanni Dieci

Giovanni Pilla

Paolo Generali (odontoiatra)

Gaetano Noè (odontoiatra)

REVISORI DEI CONTI

Marco Zanetti

Giandomenico Follini

Corrado Fragnito

COMMISSIONE ODONTOIATRI

PRESIDENTE

Gaetano Noè

COMPONENTI

Paolo Generali

Dario Inzani

Stefano Pavesi

Maurizio Rebecchi

REDAZIONE

Direttore Responsabile

Giuseppe Miserotti

Capo Redattore

Gianfranco Chiappa

Redattori

Luigi Cavanna

Carolina Prati

Mauro Gandolfini

Roberto Andreoli

Oreste Calatroni

Giuseppina Dagradi

Giovanni Dieci

Giovanni Pilla

Paolo Generali

Gaetano Noè

STAMPA

Tipolitografia Pignacca

Via Boreca, 11/13 - 29100 Piacenza

Sped. in Abb. Post. 45% - art. 2 comma 20/b -
Legge 662/96 - Filiale di Piacenza - Reg. del
Tribunale di Piacenza n. 80 del 20/4/95

Piacenza SANITARIA

ORGANO UFFICIALE DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI PIACENZA

N. 4

LUGLIO-AGOSTO 2007

2

PAGINA DEL PRESIDENTE

5

VITA ORDINISTICA

19

FNOMCEO-ENPAM-ONAOSI

22

INFORMAZIONI

27

CORSI E CONVEGNI

33

TRA DI NOI

35

RECENSIONI

36

NECROLOGI

Il Notiziario viene inviato gratuitamente a tutti gli iscritti all'Albo Professionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Piacenza e a tutti gli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri d'Italia.

Troppi medici? No... troppo pochi.

Come ogni anno, l'OCSE (Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico) ha puntualmente raccolto una interessantissima mole di dati sintetizzati nel rapporto "Health data 2007". Il primo dato di carattere generale che balza agli occhi è rappresentato dal fatto che la salute è "troppo cara" per i Paesi dell'OCSE. Negli ultimi 15 anni (dal 1990 al 2005) la spesa sanitaria è cresciuta più del doppio dell'economia. In Italia - al contrario - si conferma la presenza di un piccolo miracolo: l'aumento della spesa è in realtà lento, molto più lento che in altri Paesi assestandosi su una spesa del 8,9% del PIL. In molti Paesi europei come Francia, Germania, Belgio, Olanda, Austria Svizzera e, recentemente, anche Grecia e Portogallo la spesa sanitaria è da tempo a due cifre percentuali. La prima considerazione che sorge spontanea è la conferma che il nostro sistema sanitario - che è giudicato dall'OMS secondo un'appropriata serie di parametri come il secondo al mondo dopo quello francese - presenta un buon rapporto costi-benefici. La seconda importante

valutazione del rapporto - evidenzia una sostanziale e generalizzata riduzione dei giorni di ricovero e un taglio dei posti letto ovunque. Si va dai 35,7 giorni di degenza media del Giappone ai 4 del Messico, e dagli 8,2 posti letto per mille abitanti del Giappone al singolo posto letto del Messico. Ma su questo dato particolare si rende necessario un confronto più probante che si basa su realtà culturalmente e socialmente più vicine. Ecco allora che il nostro Paese si attesta sui 7,7 giorni di degenza media con 3,3 posti letto per mille, nei confronti della Francia (13,4 gg. di degenza e 3,7 posti letto, la Germania (10,2 gg. di degenza e 6,2 posti letto) l'Olanda (12,5 gg. di degenza e 3,1 posti letto), la Spagna (8,5 gg. di degenza e 2,6 posti letto), il Regno Unito (7 gg. di degenza e 3,1 posti letto). Se si valutano i costi calcolati come valori percentuali dell'intervento pubblico sulla spesa dal 1990 al 2005 si nota, (con l'ovvia eccezione di Paesi come il Messico, la Turchia, il Portogallo che solo negli ultimi anni stanno sviluppando un sistema di sanità pubblica con un minimo di adeguatezza strutturale) una generalizzata riduzione degli

investimenti. In altre parole il “welfare” sanitario arretra ovunque. Per preservare i sistemi sanitari esistenti i governi dovranno agire o sulla leva fiscale (la maggior parte dei trenta Paesi OCSE ricorre alla fiscalità per finanziare la spesa sanitaria), o ridurre le spese in altri settori, o aumentare la contribuzione sociale o chiedere di pagare ai cittadini una quota-parte delle spese. Ma il rapporto lancia un altro importante allarme: i laureati in medicina continueranno a diminuire come è accaduto negli ultimi anni non solo in Italia ma anche in Francia e Germania occorrerà quanto prima aprire le porte all'importazione di medici sia del territorio (soprattutto) che specialisti. Infatti la generazione dei medici del baby-boom degli anni 50'-60' nel volgere di un decennio è ormai avviata verso la pensione. Pertanto gli effetti della fin troppo citata e temuta *plethora medica* sono stati ampiamente riassorbiti. In Italia i laureati in medicina sono passati dai 18,4 per 100mila abitanti del 1990 agli 11 del 2005. L'ENPAM per gli aspetti previdenziali ha analizzato a fondo il fenomeno che – ovviamente – prevede tutta una serie di revisioni attuariali per bilanciare i diversi fondi previdenziali dei medici. La FNOMCeO per quanto di sua competenza - in particolare per il

personale impegno del Presidente Amedeo Bianco - da tempo ha analizzato il fenomeno sia dal punto di vista strettamente istituzionale sia da quello organizzativo fornendo tutta una serie di proposte alle istituzioni politiche e al mondo universitario.

Per alcuni Paesi come la Spagna, il Regno Unito, la Germania, la Svizzera, l'Irlanda la scelta a suo tempo prodotta di una programmazione restrittiva delle iscrizioni alle Facoltà di medicina ha causato una carenza di medici che ha richiesto - inevitabilmente - il ricorso all'importazione dei medici dai paesi esteri fino a raggiungere circa il 25-30% del totale dei sanitari. Nel recente quinquennio un più che discreto numero di colleghi italiani - soprattutto medici di famiglia ancora in età e condizioni sociali per “scelte di vita alternative” - attratti anche dalle migliori prospettive economiche, hanno optato per una scelta professionale all'estero.

Se in Italia così come negli altri Paesi OCSE, vi è un aumento dei medici specialisti globalmente considerati, nel nostro Paese c'è una situazione del tutto particolare. Accanto ad una diminuzione dei medici di famiglia vi è la difficoltà a reperire alcune figure specialistiche

(come i pediatri gli specialisti in diagnostica delle immagini, gli anestesisti- rianimatori) che non potranno non produrre futuri possibili disservizi se non vere e proprie “scoperture” di servizio che devono fin d’ora essere considerate come problemi di primario interesse per la salute collettiva. Facendo una “lettura” dei dati OCSE citati – che sia adattata alla realtà del nostro Paese - mi sembra di poter fare alcune considerazioni.

In Italia la spesa sanitaria rimane tra quelle più contenute sia in termini assoluti che – in modo ancor più evidente - in termini di crescita percentuale rispetto ad altri Paesi a fronte di un servizio sanitario giudicato di livello complessivamente elevato. I medici sono sicuramente la categoria professionale che ha avuto il merito principale di questi risultati. L’aumento delle cure sul territorio e a domicilio è senz’altro una tendenza generalizzata per il contenimento delle spese, ma richiederà in futuro maggiori risorse a causa del progressivo invecchiamento della popolazione. Questo fatto non deve comunque essere assunto come un assioma irreversibile perché il progressivo peso delle moderne tecnologie nelle cure dei pazienti

richiede necessariamente il ricovero in struttura sanitaria.

Ritengo inaccettabile che i colleghi medici ospedalieri siano a volte costretti ad impostare la propria attività solo in funzione della durata della degenza.

L’arretramento globale del welfare che si intravede nei paesi OCSE non risparmia il mondo della sanità in cui si colgono - anche da noi - segni di una evoluzione verso un mercato della salute del quale i medici non sono certo responsabili ma rispetto al quale non possono restare indifferenti. In questo senso agisce da catalizzatore il ritardo di una politica retributiva dei medici italiani a livelli europei. Al tempo stesso la politica sindacale medica dell’ultimo decennio non ha tenuto in debita considerazione questi aspetti, anche perché obbligata a rincorrere problemi di ruolo e di perdita di potere nei confronti delle istituzioni (dalle Regioni fino ai Direttori generali, unici veri plenipotenziari del mondo della sanità).

Il ministro Livia Turco ha recentemente affermato che la politica deve uscire dalla sanità. Il futuro ci dirà se alle affermazioni di principio seguiranno fatti concreti.

Giuseppe Miserotti

NOTIZIE FEDERSVEP

Cari Colleghi pensionati dell'ENPAM, dell'ENPAF (farmacisti) e dell'ENPAV (veterinari), siccome la maggior parte di voi non è iscritta alla FEDER.SPE.V -della cui Sezione Piacentina sono stato recentemente nominato presidente- e, pertanto, non riceve il mensile della Federazione "Azione Sanitaria", chiedo ancora ospitalità alla nostra "Piacenza Sanitaria" per ulteriormente stimolarvi alla iscrizione: E 3,00 al mese per i colleghi in pensione ed E 2,00 per i loro superstiti, trattenuti direttamente dall'Ente con delega su modulo in possesso mio e dell'Ordine.

Il prossimo 23 settembre si celebra la giornata del Pensionato Sanitario: in concomitanza delle manifestazioni organizzate per il millenario del Monastero di Polirone è stato organizzato un incontro di interesse culturale e pensionistico a S. Benedetto Po in provincia di Mantova di cui riporto il programma.

Vi prego di comunicarmi la vostra adesione entro il 21 p.v.

Cordiali saluti

Giovanni Dieci

Tel 0523/482594 328/6589911

Giornata del Pensionato Sanitario

Alcune sezioni provinciali Federsvep del nord-Italia hanno chiesto che la ricorrenza del 23 settembre (giornata del Pensionato sanitario) venga celebrata a San Benedetto Po (Mn) in concomitanza con le manifestazioni organizzate per il millenario (1007-2007) del celebre Monastero di Polirone (tra i più considerati da Matilde di Canossa), edificato su terreno di bonifica benedettina sulla riva destra del Po, vicino a Mantova. In

conseguenza e dietro stimolo della Presidenza Regionale Federsvep dell'Emilia-Romagna, si è costituito un Comitato - composto dalla Sezione Provinciale di Mantova (col supporto dell'ordine dei medici di quella città e del Comune di San Benedetto Po), dalla Sezione Provinciale di Bologna e dalla Sezione Provinciale di Brescia- il quale ha formulato il seguente programma di massima:

- ore 9.00-10.00 accoglienza-iscrizione partecipanti
- ore 10.15 appuntamento presso la Sala Consigliere del Comune di San Benedetto Po
- saluti Autorità
- conferenza su tema di interesse pensionistico orientato al mondo dei sanitari
- dibattito e interventi dal pubblico
- ore 12.00 presentazione della città di San Benedetto e del Millenario Polironiano
- ore 12.45 pranzo-buffet
- ore 14.45 visita guidata per gruppi al Monastero e Basilica di Polirone
- ore 16.45 tempo per iniziative di libera scelta e per saluti

AL PROSSIMO ANNO SEMPRE PIU' NUMEROSI

Caro Presidente,
come ben sai anche questo anno il 16 giugno abbiamo organizzato "la serata di beneficenza anche tu insieme" per dare la possibilità a tutti i medici ed a tutti gli informatori del farmaco di stare insieme e condividere una esperienza di solidarietà nei confronti dell'Associazione Gruppo Missionario Fatima che opera in Kenia di cui fa parte la Dott.ssa Francesca Lipeti nostra concittadina.

In qualità di responsabile organizzativo sono soddisfatto di come si è sviluppata la serata fra incontri, performance musicali e spettacolo di cabaret che tutti i presenti hanno apprezzato ed hanno condiviso ballando e cantando. E questo è lo spirito che ci ha mosso e ci muoverà nella costruzione della serata del prossimo anno a cui invito già tutti i nostri iscritti.

Le adesioni dei medici di famiglia non è stata eccezionale ,quella degli informatori è stata cospicua mentre sono mancati per la quarta volta i nostri colleghi ospedalieri e i medici dei servizi a parte una sparutissima minoranza che ringrazio non solo per la presenza ma anche come per il Dott. Orlando per la fattiva collaborazione.

Non siamo riusciti a darci una risposta per questa disaffezione nonostante il nostro impegno ed abbiamo pensato che comunque per coloro che hanno partecipato è stata sicuramente una serata passata in allegria e simpatia.

Faremo meglio l'anno prossimo con l'aiuto di tutti i nostri colleghi.

Sono stati premiati:

per l'amichevole di tennis 1° Dott. D'Angelo 2° Dott. Pagani 3° Dott. Jemma per l'amichevole di calcio

1° classificata la squadra dei medici

Dott.ri Mattioli, Magri, Segalini, Arruzzoli, Magnacavallo, Fragnito, Micheletti, Torre, Dalla Croce, Fermi, Zanasi, Albasi (ISF prestato)

2° classificata la squadra degli informatori

Dott.ri Ambrogi, Ambroggi, Adamo, Cervini, Meriggi, Dallanoce, Marchi, De Paolis, De Paoli, Montaldi, Cremona, Parenti, Buzzoni, Fornasari.

Vorrei ringraziare il Sindaco di Vigolzone e il Circolo ANSPI "Rifugio Alpino" che ha messo a disposizione la struttura ed ha dato una grande mano per l'allestimento e la cucina.

Vorrei ringraziare coloro che dal punto di vista organizzativo e di impegno personale gratuito hanno permesso questa splendida esperienza:

Dott Daniele Vignola ed i collaboratori tutti che hanno distribuito gli inviti

Il Duo Deno Dott. Don Marco Burzi ed Il Dott. Lateana che hanno sollevato le nostre anime presentando e conducendo la serata I musicisti Andrea Rancati, Marco Carini, Maurizio Pitocco,

I cuochi Dott Gandi, dott Orlando, Dott Giuseppe Bacchi e le cuoche e le aiutanti cuoche Dott Lucia Rebessi, Anita Bergamaschi, Giuseppina Corradi, Alessandra Iardino, Sabrina Cassinari, Alessandra Melfa e tutti coloro che, anche se non citati hanno permesso che questa serata di festa si potesse realizzare

Al prossimo anno sempre più numerosi

Dott Pasquale Romano
Responsabile Organizzativo

Qualificazione e organizzazione per limitare gli errori in medicina

Con tale titolo apparso su Libertà del 4 settembre 2007, il prof. Fabio Fornari, primario, e il dr. Michele Di Stasi dell'Unità Operativa di Gastroenterologia ed Epatologia del nostro Ospedale Guglielmo da Saliceto hanno, brillantemente ed in modo esauriente, puntualizzato il grave problema del titolo di cui sopra, che investe la medicina degli anni 2000: cioè quello del passaggio da uno stato paternalistico dell'ipse dixit e cioè di piena fiducia nell'operato del medico ad una chiara manifestazione di interferenza e dubbio verso di lui.

Gli scriventi dimostrano che non sono tutte rose e fiori. Riteniamo, per i nostri lettori, cui possa essere sfuggito, di pubblicare in maniera integrale l'articolo, questo per l'interessamento del Presidente Miserotti, sempre in prima linea a difendere la dignità e i diritti permessi i doveri della nostra professione!

G.C.

In una recentissima classifica stilata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'Italia occupa il secondo posto nella graduatoria di efficienza dei sistemi sanitari. Tutto questo nonostante una spesa pubblica inferiore alle altre nazioni (8,7% del PIL contro il 10-11% di Francia, Germania e Svizzera). Nel nostro paese, per citare un esempio su tutti, il tasso di sopravvivenza dei malati di cancro è tra i più elevati in Europa. Nonostante questi dati (peraltro poco pubblicizzati) i mezzi di

informazione sempre più frequentemente riportano casi di malasanità dovuti ad errori medici reali o presunti.

Negli ultimi 10-20 anni abbiamo assistito, in campo sanitario, ad un cambiamento epocale del sentire comune: da una situazione di totale sudditanza del paziente nei confronti del medico e di passiva accettazione del suo operato, si è passati ad un clima di diffidenza e di sospetto, quasi che il mancato raggiungimento di una piena guarigione, per ogni età

e per ogni malattia, configurasse necessariamente un errore, una inefficienza.

Diversi variabili hanno contribuito a questo cambio di mentalità:

- a) la spersonalizzazione della medicina, cioè il venir meno del rapporto fiduciario medico-paziente;
- b) la perdita, in molti operatori della

diversi specialisti ognuno dei quali si occupa solo dell'organo e apparato di sua competenza;

- d) l'enfatizzazione delle più recenti scoperte scientifiche e la presunzione della loro immediata applicabilità nella pratica clinica porta spesso alla convinzione che la medicina debba offrire una risposta



FABIO FORNARI



MICHELE DI STASI

salute, di quelle motivazioni etiche che sole rendono possibile un reale incontro con il paziente ed i suoi bisogni;

- c) la maggior complessità della medicina attuale rispetto a quella pochi anni fa per cui è sempre più rara una visione unitaria del paziente a causa di una gestione operata da

efficace ad ogni bisogno di salute. Nessuno più ricorda che la medicina non è una scienza esatta e che molte decisioni, nonostante il continuo evolversi delle tecnologie, vengono assunte sulla base di criteri puramente probabilistici;

- e) un clima sociale complessivo di conflittualità latente con il facile

ricorso ad azioni legali allo scopo di lucrare risarcimenti. E' utile ricordare che i due terzi delle azioni legali intentate contro i medici finiscono con l'assoluzione piena degli stessi. Il medico accusato ingiustamente, che spesso rimane coinvolto per molti anni nella vicenda giudiziaria, riporta comunque un danno morale e professionale che segnerà per sempre la sua vita.

Tutto ciò spiega come, negli ultimi anni, siano incrementate in modo vertiginoso anche in Italia le denunce e le richieste di risarcimento sia nei confronti dei singoli operatori che delle strutture sanitarie: +148% per le denunce per colpa professionale dei singoli e +31% per quelle relative alle strutture sanitarie dal 1994 al 2001; nel solo 2002 sono state portate in tribunale 12mila cause. Tutto ciò ha comportato un incremento del costo dei sinistri: nel 2000 a fronte di una raccolta premi annua di 175 milioni di euro per responsabilità civile dell'area sanitaria le compagnie assicuratrici hanno sborsato 413 milioni di risarcimenti (dati ANIA). Per tale motivo molte compagnie assicuratrici si sono ritirate dal

mercato non ritenendolo più remunerativo e altre hanno incrementato vertiginosamente l'ammontare dei premi. Il problema degli errori ha un impatto economico importante per le stesse aziende sanitarie: il costo annuale della polizza assicurativa per un ospedale di grandi dimensioni si aggira attualmente tra 1 e 2 milioni di euro; più genericamente si stima che il 30% delle risorse delle strutture sanitarie venga speso per rimediare agli errori, incidenti o sprechi (dati Assinform). E' facile immaginare quale impegno di denaro pubblico tutto ciò comporti. Il perdurare e l'accentuarsi di questa situazione di conflittualità tra medico e paziente prefigura due scenari entrambi rischiosi: a) un evoluzione della sanità verso il modello americano basato sul sistema assicurativo (con perdita di molte delle garanzie tipiche del nostro sistema sanitario). Occorre però ricordare che quel modello regge poiché gli emolumenti che percepiscono i medici americani sono incommensurabilmente superiori a quelli percepiti dai medici italiani e permettono loro di garantirsi coperture assicurative adeguate. Inoltre nella classifica già

citata dell'OMS gli USA sono solo al 37° posto e solo il 44% della spesa sanitaria è coperta dallo stato; b) Il "modello italiano" potrebbe caratterizzarsi per una medicina sempre più "difensiva". Nel sistema pubblico troveremo sempre meno "camici bianchi" disposti a correre dei rischi (per esempio nell'esecuzione di manovre invasive o ad assumersi l'onere di diagnosi difficili o interventi chirurgici rischiosi) per evitare contenziosi legali, a meno di non pagare profumatamente tali prestazioni in strutture private super-garantite. In entrambi gli scenari i primi a farne le spese saranno ovviamente i pazienti.

Nell'ultimo decennio sono comparsi in letteratura medica numerosi studi che hanno valutato le dimensioni del problema degli errori in medicina. Il più famoso è il rapporto statunitense del 2000: "To err is human, building a safe health system" redatto dall'Institute of Medicine sotto la spinta delle agenzie assicuratrici che avevano la necessità di disporre di dati certi per quantificare i rischi. In tale rapporto si evidenziò come il 2.9-3.7% dei pazienti ricoverati in due grandi ospedali americani incorreva in un evento avverso con

costi sanitari enormi e come circa la metà di questi eventi poteva essere evitata. Estendendo le cifre a tutta la nazione, emergeva come i decessi per errore medico costituivano l'ottava causa di morte superando come numero assoluto, il numero di morti per incidenti stradali. Tali dati venivano confermati anche in altre nazioni (Francia, Inghilterra, Australia, Canada) a riprova del carattere epidemico del problema.

Anche in Italia un rapporto pubblicato su Rischio-Sanità (giugno 2001) riferiva che su circa 8 milioni di persone ricoverate ogni anno, circa 320 mila (pari al 4%) riportava un danno derivante da un errore con un numero di morti stimato superiore a quelle per incidenti stradali, cancro al polmone o AIDS. Circa la possibilità di prevenire gli errori in medicina, sono state utilizzate metodologie già utilizzate in altri ambiti (per esempio in quello aeronautico o nell'industria chimica). Secondo tale metodologia gli errori vengono classificati come attivi (o della persona) e latenti (o del sistema).

Gli errori attivi sono dovuti a: mancanza di conoscenze, negligenza, distrazione, inesperienza. Talora però, nella

genesi dell'errore attivo incidono anche: lo stress, la stanchezza, l'abitudine e la demotivazione ove la responsabilità del sistema è evidente. Quando si verifica l'errore la cosa più semplice per l'organizzazione sanitaria è individuare il colpevole, nella presunzione che, rimosso, l'errore non si ripresenti più. Con questo approccio accusatorio però, il contesto organizzativo spesso rimane inalterato ed è possibile che un altro professionista posto nelle stesse condizioni operative, commetta lo stesso errore. Tra gli effetti perversi di un simile approccio c'è il fatto che gli operatori, per paura di sanzioni, tendono ad occultare l'errore perdendo in tal modo la possibilità di imparare da esso.

Le dimensioni planetarie del problema non possono essere spiegate puntando il dito contro il singolo operatore ma piuttosto suggeriscono una genesi sistemica dell'errore. Troppo spesso il sanitario che viene condannato altro non è che l'ultimo e più sfortunato anello di una catena di manchevolezze.

Accanto all'errore del singolo coesiste infatti l'errore del sistema dovuto a diversi fattori: formazione e addestramento insufficiente degli

operatori, indisponibilità di tecnologie adeguate, mancata manutenzione delle stesse, problemi di comunicazione, mancanza di procedure o linee guida, turni di lavoro non idonei, non chiarezza sulle responsabilità ecc.

La cosa interessante è che se si identificano e trattano tali criticità, in altre parole se si mantiene elevato il livello di sicurezza del sistema, è possibile attenuare e perfino azzerare gli effetti dell'errore individuale.

Da quanto detto ne consegue che la riduzione dell'errore in medicina passa, oltre che attraverso ad una riqualificazione e rimotivazione dei singoli operatori, anche attraverso un cambiamento organizzativo. E' per tale motivo che nelle aziende sanitarie, si vanno configurando figure professionali che per lavoro attuano processi sistematici di individuazione, valutazione, trattamento dei rischi e monitoraggio degli stessi nel tempo. L'applicazione di queste metodologie non potrà azzerare la possibilità di errore (deve essere chiaro che il rischio zero non esiste!) ma sicuramente ne ridurrà l'entità e gioverà al ripristino di un clima di serenità tra medici e pazienti.

IL CASO PUERTA

Il parere del nostro prof. Capucci

Ha avuto rilevanza sui mass media di tutto il mondo il caso della morte improvvisa sul campo, a seguito di malore, del giocatore del Siviglia Antonio Puerta. Riteniamo quanto mai di prestigio per la provincia di Piacenza e le sue strutture sanitarie



Alessandro Capucci,
primario cardiologo

riportare l'intervista rilasciata al quotidiano Libertà del 31 agosto scorso dal prof. Alessandro Capucci, Primario della Divisione Cardiologia del nostro "Guglielmo da Saliceto" e noto propugnatore della necessità di instaurare una rete il più vasta possibile di defibrillatori su tutto il territorio nazionale!

Dice il prof. Capucci a Libertà:

«Bastava un defibrillatore nello stadio - ha spiegato - applicarlo al ragazzo, per accorgersi della gravità del malore e per trasportarlo

immediatamente in ospedale e non lasciarlo negli spogliatoi».

Capucci è il promotore dell'idea e della regolamentazione dell'uso dei defibrillatori semiautomatici anche da parte di personale non medico da usarsi in caso di emergenza in tutti i luoghi pubblici. Il

primario annuncia anche che il 17 settembre a Bologna la settima edizione del convegno internazionale sulla fibrillazione atriale e lo scompenso cardiaco, in cui si tratterà proprio una sessione dedicata ai rischi cardiaci che corrono gli atleti e ai passi fatti dalla moderna medicina.

«Quando ad un atleta viene diagnosticata una cardiopatia - ha spiegato ancora Capucci - significa che è a rischio di un possibile arresto cardiaco. In più, il giovane Puerta aveva già avuto dei segnali di

avvertimento come uno svenimento prima della partita. E' impensabile che, ripresi dall'arresto cardiaco, nessuno lo abbia portato al più vicino ospedale».

Da quando il professore, nel 2001, ha realizzato a Piacenza il progetto di defibrillazione sul territorio da parte di "personale laico", conta almeno 46 cittadini colpiti da arresto cardiaco e salvati.

In Italia - secondo gli esperti - è meno probabile che negli stadi attrezzati succedano fatti simili perchè esistono regole chiare per il soccorso e il pronto intervento (ogni ambulanza infatti ha ormai un defibrillatore portatile). Proprio in questi giorni la regione Emilia-Romagna, prima in Italia, ha promosso delle linee guida che indicano la necessità di avere il defibrillatore ovunque e soprattutto in tutti gli impianti sportivi, anche quelli frequentati da atleti non professionisti.

«I defibrillatori portatili semiautomatici sono apparecchi di alta tecnologia, di uso relativamente facile e dal costo accessibile, sono dei veri e propri salvavita - detto Capucci - perchè in caso di malore, dall'infarto al semplice svenimento, sono in grado di fare unadiagnosi ed

erogare energia tramite le piastre di cui sono dotati per riattivare il cuore. Il tempo è molto importante quando una persona si sente male: passano di solito otto minuti prima che intervenga il 118. Invece il tempo medio per salvare una vita media e per evita che muoia decerebrato è di cinque. Grazie al defibrillatore è possibile diminuire sensibilmente la percentuale di decessi di morte improvvisa e di arresto cardiaco che colpisce ogni anno oltre 50 mila cittadini italiani». Gli atleti sono per definizione persone sane - spiega Capucci - che praticano sport ma che possono raggiungere elevati livelli di fatica fisica e di carico di lavoro.

Questo comporta anche un impiego elevato del sistema cardiovascolare».

Il cuore si ipertrofizza per lo sforzo, con incidenza ed entità diverse a seconda del tipo di sforzo ripetutamente svolto. Ciò non comporta necessariamente alcun danno al cuore. «Diversi studi - conclude Capucci - hanno però evidenziato come in ex atleti che avevano praticato sport agonistici con il passare degli anni e una volta cessata l'attività vi sia stata una più elevata incidenza di fibrillazione atriale rispetto al controllo di pari età».

La X edizione del Premio “Guglielmo da Saliceto” Premiati i medici Piacentini : Riggio, Jelmoni, Guarnaschelli e Capucci

Ha avuto luogo anche quest'anno nella festosa cornice organizzata a Saliceto di Cadeo dal dott. Angelo Cardis, medico, ideatore del premio e già Sindaco del Comune stesso, la cerimonia della consegna del Premio, giunto alla sua X Edizione a illustri clinici universitari e a medici Piacentini particolarmente distintisi nella loro attività.

Sono stati così premiati i docenti dell'Ateneo Parmense: prof. Del Signore (clinico internista) prof. Rinaldi (clinico ortopedico) prof. Sianesi (clinico chirurgo). I medici Piacentini che hanno acquisito meriti nella loro lunga attività sono stati: il dr. Rino Riggio, il dr. Giorgio Jelmoni, il dr. Silvio Guarnaschelli e il dr. Alessandro Capucci.

Vivissimi gli applausi al dr. Riggio, premiato dall'attuale Presidente del nostro Ordine, dr. Miserotti, per la Presidenza ininterrotta dell'Ordine per ben 25 anni e quale medico internista già primario della Casa di Cura Belvedere e con un vasto stuolo di pazienti a lui legatissimi!



I Proff.ri Sianesi, Del Signore, Rinaldi



Dott. Riggio e Dott. Miserotti

Pure il dr. Giorgio Jelmoni, già primario ostetrico ginecologo che ha visto nascere centinaia di piacentini e che ha il merito di una lunga militanza benefica negli ospedali delle missioni Africane, nei suoi periodi di ferie, ha avuto commossi consensi dal pubblico.

Queste due figure sono state presentate quali candidati ufficiali dell'Ordine dei Medici, mentre gli altri Universitari e Specialisti sono stati scelti dalla Commissione Comunale di Cadeo per il Premio di Saliceto. Al dr. Guarnaschelli è stato assegnato il Premio per la sua apprezzatissima attività di chirurgo gastroenterologo ed in particolare quale allievo del prof. Paolo Celli, pioniere della endoscopia digestiva. Il dr. Alessandro Capucci, premiato quale cardiologo aritmologo e quale ideatore della capillare rete di defibrillatori della nostra Provincia non ha potuto essere presente.

Gremità di Autorità e di pubblico la sala della Premiazione per un giusto caloroso tributo di applausi a tutti i premiati.

Gianfranco Chiappa

PROSEGUE LA RUBRICA DEI MEDICI NELL'ULTIMO 50° E CHE HANNO LASCIATO UN CARO RICORDO DI SE'

N.d.R.

SPECIALISTI

Chirurgia Plastica:

LUIGI DONATI Cattedratico a Milano successore di Sanvenero, nome prestigioso. (Trapianti di pelle coltivata in vitro).

Anestesisti:

GIANCARLO BELLINI
VILLA GABRIELE

Tragicamente deceduti in incidenti stradali

Dentisti :

FAUSTO REPOSI Bobbio, Piacenza - Dentista Ospedaliero, sportivo della montagna, Presidente Sci Club Bobbio

Medicina Legale:

VINCENZO RANCATI perito settore medico tribunale e assicurazioni private

Medicina Sportiva:

SERGIO BRESSI Dirigente per anni della Sezione Medici Sportivi,

presidente del Pro-Piacenza, appassionato tifoso

Pediatri:

UBALDO PELLEGRINI Primario pediatra Ospedale di Piacenza, insigne clinico della scuola Parmense del prof. Laurensich, figlio medico a Milano

Ortopedici:

EVANDRO PASQUALI Primario Divisione Ortopedica dopo che l'ortopedia si è staccata dalla chirurgia. Bolognese della scuola di Putti. Detto dal popolo il "Giusta tutto" per la sua versatilità

Radiologi:

GIUSEPPE TIMOSSÌ, Ospedale di Fiorenzuola, Scuola Pavese, impronta moderna al reparto, appassionato corista e di opere d'arte

Urologi:

ANTONINO TRONCI Aiuto Ospedale di Piacenza, preparatissimo in Urodinamica ed Ecografia

CONDOTTI

DALLANOCE ANTONIO Agazzano, occhio clinico, cacciatore, padre del dott. Mino

DE LUCA ATTILIO Gragnano, internista

DE MICHELI Pianello, valido internista, tutto dedito alla professione, padre della pediatra Elisa, grande sportivo

GATTI PIERO Travo, ginecologo, Sindaco di Travo, cacciatore di grido

GREGORI GIUSEPPE Cadeo, clinico valente, padre del dentista dr. Erasmo e nonno del pediatra dr. Giuseppe

LECCE GAETANO Pianello, Piacenza, deportato in Germania, valente clinico, padre del dr. Ruggero

LOCARDI ALBINO Pontenure, Cadeo, valente clinico

MAZZONI GIANCARLO Gossolengo, sindacalista appassionato e segretario Associazione Condotti

NEGRI ARCANGELO Rivergaro, valente occhio clinico, appassionato d'arte

RUGGERI GIUSEPPE Rottofreno, 94 anni, decano dell'Albo, valente clinico vero medico condotto omnipratcien, padre dell'ex Primario ostetrico e nonno dell'oculista dr. Alessandra, (poeta brillante estemporaneo)

SENNI GIULIANO Gazzola, valente pneumologo, cacciatore appassionato, Sindaco di Gazzola

SQUERI LUIGI Piacenza, attivo sindacalista, categoria medico FFSS

VENEZIANI ALBERTO Zerba, Vigolzone, valente clinico, padre del chirurgo dr. Giancarlo e del dr. Marco

VENTURA GIUSEPPE Piazzano, famoso per la veemenza oratoria nelle assemblee, appassionato cacciatore (noto per il mantello a ruota)

LIBERI PROFESSIONISTI
GENERICI:

EPIFANI VITTORIO Cadeo, valente clinico, fervente cattolico, nominato Diacono resse varie parrocchie di montagna

FRACCHIONI ANTONIO San Nicolò, internista, cacciatore, campione italiano di tiro alla pistola e fucile

GOBBI ANTONIETTO Carpaneto, valente medico, pratico affezionato ai pazienti

MEZZADRI GIORGIO Rivergaro, valente professionista, di carattere bonario, padre del ginecologo dr. Maurizio

Gianfranco Chiappa

L'EUTANASIA DEGLI ALTRI

Chiaroveggenza del nostro ex Presidente dr. Rino Riggio

Pubblichiamo un suo interessante articolo in merito al problema oggi così dibattuto della eutanasia, comparso sul medico d'Italia del 9 maggio 1989, cioè ben diciotto anni fa?

Perchè periodicamente nella Società, nelle tavole rotonde a più voci, con l'amplificazione dei mass-media scritti e visivi, attraverso inchieste condotte con le regole più diverse, si riaccende il dibattito sull'eutanasia ad agitare la coscienza della gente e l'intelligenza dei moderni maitres à penser? Viene il dubbio, dalla disinvoltura con cui se ne parla, che si tratti, di regola dell'eutanasia degli altri. Gli "altri" sono i più indifesi, i neonati deformi, gli handicappati, i vecchi il cui numero aumenta in maniera esponenziale, i malati inguaribili ma non incurabili, tutti candidati alla morte pietosa. Comunque si tratta di "altri" non di "noi". La Società che celebra la giornata dell'handicappato, che fa le leggi contro le barriere architettoniche, che si preoccupa dell'assistenza agli anziani, che plaude ai successi della medicina nelle sue battaglie non sempre vincenti contro le malattie infettive, contro l'AIDS, contro il cancro, contro la mortalità infantile, contro le malattie genetiche, per i trapianti d'organo, per gli organi artificiali, per una vita sempre più lunga e sempre migliore, questa società antinomica, almeno in alcune sue frange, vorrebbe poi affrontare gli

stessi problemi non sostenendo la medicina nelle sue battaglie, ma servendosi della medicina per arrendersi alla cultura dell'eutanasia. Eutanasia come morte pietosa inflitta a pazienti inguaribili su loro domanda (ma quanto autenticamente consapevole?), a neonati con handicap irriducibili, ad anziani dementi (in questo caso su richiesta dei parenti o su decisione di commissioni etiche..), morte pietosa deliberatamente provocata con il fine dichiarato di far cessare la sofferenza fisica o morale del paziente. Morte liberatoria: ma per chi? Per il paziente? O per i parenti, per le istituzioni, per chi ha il dovere di assistere, sino alla fine?

Questo è il significato che si dà al termine eutanasia nel linguaggio corrente ed a questo significato ci si riferisce quando si discetta oggi sul problema. ma eutanasia vuol dire anche etimologicamente morte senza sofferenza, morte buona.

Oggi il medico può avvalersi dei moderni metodi della terapia del dolore che devono tuttavia essere supportati e confortati dall'assistenza impegnata, scrupolosa, fraterna al malato senza speranza.

"E' dovere imperativo assistere il

morente fino alla fine ed agire in modo da consentirgli di conservare la sua dignità” (Guida Europea di Etica Medica),

“Il medico non può abbandonare il malato ritenuto inguaribile, ma deve continuare ad assisterlo anche al solo fine di lenirne la sofferenza fisica e psichica, di aiutarlo e confortarlo” (art. 32 del progetto di Codice Deontologico). Ma all'eutanasia come soluzione del problema della sofferenza occorre rispondere con Ippocrate: “Non somministrerò a nessuno, neppure se richiesto, alcun farmaco mortale”.

La medicina che ha il compito di tutelare la vita e la salute non può permettersi le antinomie che talora affiorano nella società e pertanto oppone il suo fermo rifiuto all'eutanasia. Questo non significa non consentire al paziente perduto ed in fase terminale di morire senza sofferenza, nel rispetto della sua autonomia morale e della sua dignità, rinunciando all'accanimento terapeutico anche a quello talora finalizzato al progresso della scienza, accanimento terapeutico senza speranza che spesso si trasforma in una impietosa sperimentazione sul morente. Consentire e rinunciare sono doveri del medico. A questi concetti si ispira il Codice di Deontologia Medica oggi in discussione e che sarà presentato tra breve all'approvazione del Consiglio Nazionale degli Ordini.

Gli artt. 43 e 44 del progetto recitano: In nessuno caso, anche se richiesto dal paziente, il medico potrà in essere trattamenti diretti a menomare l'integrità psichica e fisica del paziente e, a maggior ragione, azioni capaci di

abbreviare la vita del malato.

In caso di malattie a prognosi sicuramente infausta e pervenute alla fase terminale il medico, nel rispetto della volontà del paziente, potrà limitare la sua opera all'assistenza morale ed alla terapia atta a risparmiare inutile sofferenza, fornendogli i trattamenti appropriati e conservando per quanto possibile la qualità di una vita che si spegne. ove si accompagni difetto di coscienza, il medico dovrà agire secondo scienza e coscienza proseguendo nella terapia finché ragionevolmente utile, ma rinunciando a qualsiasi accanimento terapeutico.

Il Comitato Permanente dei Medici della CEE riunito in assemblea a Berlino nel novembre 1987 ha solennemente dichiarato: “L'esercizio della medicina implica in ogni circostanza il rispetto della vita e della dignità della persona umana. Ogni atto mirante a provocare deliberatamente la morte di un paziente è contrario all'etica medica”.

Questa frase, inserita nella dichiarazione sull'assistenza ai morenti, su proposta della delegazione italiana, riafferma la scelta inequivocabile del medico per la vita.

Anche per la società che chiede sempre più anni alla vita occorre una cultura di rispetto della vita stessa, perché gli handicappati, gli inguaribili, i vecchi possano vivere degnamente il tempo loro destinato dalla biologia o dalla provvidenza e non sopravvivere in attesa di una eutanasia magari regolata per legge.

Rino Riggio



FNOMCeO

Il Presidente

8319

Al Ministro della Salute Sen. **Livia Turco**Al Presidente della Conferenza Permanente
Stato-Regioni Prof.ssa **Linda Lanzillotta**Al Presidente della Conferenza delle Regioni Dr. **Vasco Errani**

Ai Presidenti delle Regioni e Provincie Autonome

Al Coordinatore Assessori Regionali alla sanità Dr. **Enrico Rossi**
enricorossi@interfree.it

Agli Assessori alla sanità delle Regioni e Provincie Autonome

Al Sottosegretario alla Salute Dr. **Serafino Zucchelli**Al Sottosegretario alla Salute Dr. **Giampaolo Patta**

LORO SEDI

Ritengo mio dovere, quale Presidente della FNOMCeO, rappresentarle compiutamente le ragioni che hanno motivato il mio dissenso alla istituzione della nuova professione sanitaria di odontotecnico e del relativo profilo, dichiarato nelle funzioni di componente della apposita Commissione individuata all'interno del Consiglio Superiore di Sanità con l'incarico di esprimere il parere tecnico-scientifico sulla materia, così come previsto dall'art. 5 della Legge n. 43/2006.

Alla ripresa dei lavori di settembre ci attende analoga procedura per la neo professione sanitaria e relativo profilo di ottico-optometrista.

Queste due figure sono a tutt'oggi comprese nelle arti ausiliare delle professioni sanitarie, così come definito dal Regio-Decreto n. 1339 del 31.5.1928, essendo tutte le altre professioni sanitarie ausiliare transitate, in forza dell'art. 6 comma 3 del DL n 502/1992 e con successivi reinterventi delle Leggi n. 42/1999 e n. 251/2000, nell'ambito delle professioni sanitarie, con la definizione di specifici profili professionali.

A fine 2001 il Consiglio Superiore di Sanità licenziò pareri positivi sui profili dell'odontotecnico e dell'ottico che furono però bloccati nell'aprile 2002 da due pareri del Consiglio di Stato che rilevarono l'illegittimità delle procedure poste in essere, perché in contrasto con la modifica del Titolo V della Costituzione.

In modo particolare il Consiglio di Stato così si esprime :

"Alla luce delle nuove disposizioni costituzionali rientrano, pertanto, nell'ambito statale i tratti concernenti l'individuazione delle varie professioni, dei loro contenuti (rilevanti anche per definire la fattispecie dell'esercizio abusivo della professione), i titoli richiesti per l'accesso alla professionale (significativi anche sotto il profilo della tutela dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie). Il potere statale di intervento, in relazione alle professioni sanitarie, va pertanto esercitato non più con regolamenti ma in via legislativa, con principi fondamentali, tale essendo il livello prescritto dall'art 117 della Costituzione..... La Sezione rileva che nel caso degli ottici, compresi come gli odontotecnici tra gli esercenti le arti sanitarie ausiliare, non si rinvergono nell'ordinamento principi di rango legislativo statale di definizione della professione".

Non ci compete oggi valutare se la legge 43/2006 ha sciolto compiutamente questo nodo costituzionale o se , più genericamente, questo iter procedurale non sia affatto esente da vizi formali verso i quali avviare contenziosi.

Mi preme invece rimettere alla Vostra attenzione, la posizione ufficiale su tali questioni, espressa nel Marzo del corrente anno dal Consiglio Nazionale della FNOMCeO, appena reso noto l'avvio della specifica procedura (all. 1), e il testo dell'audizione presso la Commissione insediata nell'ambito del C.S.S, sul profilo dell'odontotecnico; relazione svolta dal Presidente della CAO nazionale dott. G. Renzo (all. 2). La seconda audizione su quello dell'ottico optometrista è già in calendario.

Quei documenti pongono lucidamente al centro delle considerazioni critiche molteplici questioni, con tutto il loro carico di complessità tecniche, professionali, giuridiche che sarebbe ingeneroso e mortificante per una Istituzione ausiliaria dello Stato, quale noi siamo, veder derubricate al rango di mera tutela di interessi corporativi.

Le categorie oggi in pista per la corsa alla professione sanitaria e forse alcuni sponsors politici ed istituzionali, non sono interessate ai titoli, ovvero ad una maggiore qualificazione professionale, ma alle nuove fette di mercato che i titoli aprono essendo la sanità un'area di servizi regolamentata , è questo il core del processo in atto ,è questo il punto più sensibile e più vulnerabile.

Consapevole delle proprie responsabilità, il Comitato Centrale ha assunto l'iniziativa, credo unica nella sua storia , di convocare in audizione, organizzazioni sindacali e scientifiche delle professioni medica e odontoiatrica, nonché rappresentanze delle specifiche categorie coinvolte, della Facoltà di Medicina e Chirurgia, del Ministero della Salute.

Da questo ascolto è emerso che:

1- il Ministero della Salute vuole ricondurre, nella propria sfera di regolamentazione, queste attività; il che sarebbe oggi possibile solo se riqualificate come professioni sanitarie con laurea triennale. L'esigenza è condivisa ma il mezzo non è ragionevolmente proporzionato al fine e non si osa nemmeno più pensare e riprogettare un modello formativo in capo ai Servizi Sanitari Regionali che qualifichi, ad onor del mondo e dell'Europa, quelle molteplici figure tecnico-assistenziali, definite da specifiche nuove competenze, che incessantemente produce lo sviluppo della moderna medicina e della moderna sanità.

2- la Facoltà di Medicina non mostra ostilità al progetto di nuove professioni con laurea triennale, che aumenta la quantità delle commesse formative e non è neppure sfiorata dal dubbio che, così facendo, si va trasformando in un grande supermercato di lauree brevi, che ormai costituiscono il 75-80 % dei suoi neo iscritti, verso cui cresce l'insoddisfazione e la delusione non solo dei medici e degli odontoiatri ma di altre importanti aree professionali.

Viene da domandarsi, più con amarezza che con ironia , quale ideologia e quanta demagogia abbia alimentato quel progetto che ha prodotto 17 nuove professioni sanitarie a formazione universitaria, affiancatesi alle altre 5 storiche, visto che oggi i fabbisogni annuali nazionali di ben 13 di queste si assestano al di sotto delle 350 unità, 8 al di sotto delle 250 unità ed infine ben 4 al di sotto delle 150.

Intanto, in base all'art. 4 della legge 42/99 e, soprattutto per le professioni di nuovo conio, i titoli e i curricula formativi -che talora non andavano oltre la scuola dell'obbligo- sono stati parificati alla laurea triennale," ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post base", in altre parole *todos caballeros* per il presente e per il futuro.

Oggi ci viene assicurato che questo non è più possibile con automatismi, ma abbiamo fondati motivi per ritenere che il Parlamento non negherà una "sacrosanta" sanatoria a circa 23.000 esercenti l'attività odontotecnica e 18.000 esercenti l'attività di ottico, ben organizzati in efficienti associazioni di artigianato e/o imprese commerciali.

Da qui è emerso il diffuso convincimento che è ormai improcrastinabile mettere in atto una politica diversa, che abbia come obiettivo il cambiamento radicale di questo impianto legislativo, perché sostanzialmente alimenta un contenitore sempre meno capace di regolare i propri contenuti, in un sovrapporsi caotico e incomprensibile di competenze, di autonomie e responsabilità che trasformano le attività di tutela della salute in infinite guerre e guerriglie di confine .

Il **No** a questa nuova professione è stato un **NO** Ad una catena di montaggio non di titoli di formazione, ma di opifici di sempre nuove professioni in ambito sanitario, che vengono gettate in un calderone ormai ribollente di preoccupanti fenomeni di cannibalismo manifesto di tutti contro tutti e di abusivismo pervasivo, che non porta serenità, qualità e sicurezza nei servizi e nelle attività di tutela della salute.

Questo è un treno in corsa che andava allora diversamente guidato ed oggi tocca a noi rincorrere nella speranza di contenerne la forza cinetica più devastante.

Non siamo animati da un pensiero oscurantista, riteniamo infatti che le conoscenze ed i saperi siano la ricchezza del presente e la speranza del futuro e, come tali, debbano essere ampiamente accessibili ed esigibili come opportunità.

Vogliamo quindi lavorare e collaborare con altre competenze che possano vantare sempre più ricchezza di studi, di preparazione nel saper fare e saper essere, rispettandone le legittime sfere di autonomia e responsabilità ma non vogliamo più doverci difendere da fenomeni erosivi, sempre più invadenti ed invasori, di quelle attività riservate alle nostre autonomie e responsabilità di medici e di odontoiatri.

Questo ha motivato il **NO al profilo** che rappresenta la somma di un:

NO ad un profilo che consenta all'odontotecnico di operare, ad alcun titolo, anche se richiesto dal legittimo esercente l'odontoiatria, nel cavo orale dei pazienti,

NO a equipollenze di titoli, diplomi, corsi formativi conseguiti in precedenza e/o riconoscimenti postumi di crediti universitari a queste attività. I nuovi profili dovranno dunque riferirsi esclusivamente ai professionisti neo laureati; gli odontotecnici qualificati secondo la normativa previgente operano, ad esaurimento, nell'ambito della definizione e delle mansioni di cui al Regio-Decreto n. 1339/1928.


NO alla attivazione di Corsi di Laurea Triennale in carenza di precisi e dettagliati fabbisogni, al fine di consentire una corretta programmazione, così come prevista dalla legge per le professioni sanitarie.

Ritengo infine che, stante la massiccia presenza e la relativa facilità di attuare in questo settore forme di prestanomismo ed abusivismo a danno della salute dei cittadini e della collettività, il dispositivo dell'eventuale profilo debba prevedere la costituzione di un Osservatorio permanente, presieduto dal Direttore del Dipartimento delle Professioni Sanitarie del Ministero della Salute avente le finalità di aggiornare le condizioni, le procedure, le tecnologie, da ricomprendere nelle riserve di attività delle professioni e di svolgere attive politiche di prevenzione sugli studi odontoiatrici e sui laboratori odontotecnici.

Mi auguro che queste considerazioni possano costituire un momento ulteriore di riflessione per le decisioni che, nel merito, Le competono, prima delle quali mi permetto di formalizzare la richiesta di un incontro con le rappresentanze ordinistiche delle professioni coinvolte.

Certo di un suo cortese riscontro, porgo i miei cordiali saluti

Dr. Amedeo Bianco



IN BREVE a cura di Marco Perelli Ercolini

COMPETENZE

Cassazione sez.6 penale sentenza n. 34200 del 6 settembre 2007: Fare diagnosi e prescrivere cure è esclusiva del medico. Abusivi tutti gli altri.

Stop ai finti medici: devono essere sanitari regolarmente iscritti all'Albo gli omeopati che fanno diagnosi e prescrivono cure alternative, chi fa l'agopuntura, i massaggi terapeutici, l'ipnosi curativa, la fitoterapia, l'idrologia. Queste discipline rientrando nel campo della -cura della malattia- tipico delle scienze mediche, richiedono la laurea in medicina.

Al contrario, ne restano fuori perchè non sarebbe prevista la laurea in medicina: la misurazione della potenza

visiva con prescrizione di lenti a contatto, l'attivazione di ginnastica oculare rieducativi, la depilazione con aghi, la misurazione della pressione arteriosa non seguita da giudizio diagnostico, la gestione in un centro tricologico con finalità di miglioramento estetico, la consulenza dietetica in un centro di rieducazione alimentare, la vendita di erbe con indicazione della loro modalità di azione.

Consiglio di Stato sez. 6 sentenza 4483 del 23 agosto 2007: La psicologia clinica va riconosciuta come materia riservata esclusivamente agli psicologi.

PENSIONATI: PRESTITI CONTRO CESSIONE DEL QUINTO e INTERESSI PRATICATI

L'Inps e il Ministero del Lavoro stanno intavolando trattative con le banche e le finanziarie per convenzioni per una giusta tutela del pensionato che ha bisogno di prestiti, fissando requisiti precisi sui tassi di interesse.

Secondo la bozza gli istituti di credito dovranno elaborare proposte chiare con tassi effettivi globali non superiori all'45% per i prestiti inferiori ai 5mila euro e il 7,55% per cifre superiori.

Attualmente i tassi medi sarebbero rispettivamente del 16,48% e del 10,26%.

Ricordiamo che il pensionato bisognoso di prestito deve accedere direttamente alla banca o all'intermediazione finanziari e l'INPS

o l'INPDAP, previa verifica di alcune condizioni a tutela del pensionato, provvederanno a pagare le rate (durata massima dieci anni) per un importo massimo di un quinto dell'assegno di pensione. L'importo cedibile è calcolato al netto delle imposte in modo da non intaccare l'importo della pensione minima (attualmente pari a 436,14 euro mensili).

Per verificare la possibilità di richiesta del prestito il pensionato deve chiedere alla sede dell'istituto che ha in carico la sua pensione, la comunicazione di cedibilità che indica l'importo massimo della rata di prestito pagabile con la pensione.

PRESTITI INPDAP

A partire da novembre in base al DM 45 del 7 marzo 2007 al Fondo gestione prestiti (fondo costituito nel 1996 per finanziare le attività con finalità sociale) saranno iscritti oltre i dipendenti delle amministrazioni pubbliche (tutte le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli istituti e scuole di ogni ordine e grado e le istituzioni educative), delle aziende ed amministrazioni dello

Stato ad ordinamento autonomo, delle Regioni, delle Province, dei Comuni, delle Comunità montane e dei loro consorzi e associazioni, delle istituzioni universitarie, degli Istituti autonomi case popolari, delle Camere di commercio, industria, artigianato e agricoltura e delle loro associazioni, di tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, delle amministrazioni, delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale, dell'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) e delle Agenzie di cui al decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300, anche i pensionati.

L'iscrizione alla gestione unitaria è obbligatoria per i dipendenti delle amministrazioni pubbliche, mentre non è obbligatoria per i pensionati INPDAP (i futuri pensionati avranno tempo sei mesi per decidere se aderire al Fondo pagando con trattenuta lo 0,15% oppure se uscire con dichiarazione di rinuncia, senza possibilità di adesione successiva) e per i dipendenti e pensionati appartenenti alle altre istituzioni sopraelencate.

Pertanto anche se il decreto ministeriale dispone l'iscrizione di

diritto, coloro che non intendono rimanere iscritti alla Gestione fondo prestiti dovranno manifestare tale volontà presentando apposita istanza direttamente o mediante raccomandata RR alla sede provinciale di appartenenza entro il 25 ottobre. In caso di rinuncia non è possibile la revoca con una adesione successiva.

Potranno recedere dall'iscrizione anche dopo il 25 ottobre coloro che ne facciano richiesta entro 25 maggio 2008 (termine ultimo), tuttavia le ritenute già operate fino alla data di istanza di recesso non verranno rimborsate.

Per il personale in pensione per l'iscrizione al Fondo prestiti verrà operata una ritenuta pari allo 0,15% della pensione lorda in godimento (nessuna ritenuta per le pensioni inferiori a 600 euro lorde mensili), mentre per il personale in attività la ritenuta sarà pari allo 0,35%.

Annualmente la Gestione fondo credito determinerà le prestazioni a seconda del budget a disposizione: accesso a prestazioni di tipo creditizio per piccoli prestiti rimborsabili in 12, 24, 36 e 48 mesi, prestiti pluriennali con cessione del quinto erogati direttamente o garantiti dall'INPDAP, mutui ipotecari che limitatamente ai pensionati avranno una durata massima di dieci anni; tra i benefici sociali le prestazioni ai figli o agli orfani di iscritti o di pensionati INPDAP in convitti e per vacanze di studio in Italia e all'estero, per borse di studi, per master e dottorati di ricerca, mentre per i pensionati case albergo, soggiorni senior e interventi assistenziali per malati di Alzheimer.

NB - Il Presidente dell'INPDAP, Marco Staderini, ha promesso l'invio di una lettera contenente sia il modello per comunicare l'eventuale non adesione al Fondo credito, sia l'informativa delle prestazioni che la Gestione unitaria delle attività creditizie e sociali può erogare agli iscritti che aderiscono.

Prestazioni:

prestiti, mutui, borse di studio, master e stage aziendali, english test e work experience, vacanze studio in Italia e all'estero, case albergo per anziani e ospiti, convitti per studenti e ospiti.
In particolare, i finanziamenti sino a 60 mesi, rimborsati con la cessione del quinto dello

stipendio o della pensione, sconteranno un tasso non superiore al 7,50% (8,25 per durata tra 61 e 120 mesi), mentre i prestiti personali con ritenuta avranno interessi massimi, rispettivamente, del 6,64% e del 7,60%. Non sarebbero previste spese di estinzione anticipata e di apertura della pratica.

Per i mutui di durata dai cinque ai trenta anni è previsto uno spread dello 0,90 in aggiunta all'Irs per mutui a tassi fisso e in aggiunta all'Euribor, a tre mesi/365 giorni, per quelli a tasso variabile. Non sarebbero previste spese né per l'istruttoria, né per l'estinzione anticipata, le spese di perizia sarebbero minime e i finanziamenti sino al 100% per la prima casa e all'80% per la seconda casa.

Raccomandata RR

Spett.

INPDAP (specificare la sede territoriale di competenza)

OGGETTO: Dichiarazione di volontà
Rifiuto assoggezione contributiva sulla pensione per Gestione prestazioni creditizie
rif. Decreto ministro dell'economia e delle finanze 7 marzo 2007 numero 45

Con riferimento al Decreto del ministero dell'economia e delle finanze 7 marzo 2007 numero 45 in GU 10 aprile 2007 numero 83

Il/la sottoscritto/a

abitante a via

titolare di pensione INPDAP n.

con richiamo di quanto previsto all'articolo 2 del decreto di cui sopra

DICHIARA

di **NON VOLERE** essere assoggettato alla contribuzione per la Gestione unitaria delle prestazioni creditizie e sociali di cui all'articolo 1, comma 245 della legge 23 dicembre 1996, n. 662.

Firma

Data

Si allega fotocopia Carta di identità

RIVALUTAZIONE DELLA PENSIONI

Tra i provvedimenti presi in considerazione in tema di previdenza da segnalare il potenziamento del sistema di rivalutazione ai prezzi a favore delle pensioni basate su versamenti contributivi con indicizzazione per le fasce comprese tra tre volte a cinque volte il trattamento minimo (cioè da

1.308,42 a 2.180,70 euro mensili) dall'attuale 90% al 100% della variazione ISTAT per i prezzi al consumo. La modifica opererà per il triennio 2008-2010; a partire dal 2011 il coefficiente di rivalutazione per il calcolo della perequazione automatica tornerà ad essere del 90%.

INFORTUNIO IN ITINERE

1 - La Cassazione con la sentenza numero 16950 del 31 luglio 2007 riconosce l'infortunio in itinere anche se l'incidente che ha coinvolto il lavoratore è avvenuto a bordo della sua auto, nonostante il percorso casa-lavoro fosse comodamente collegato con un mezzo pubblico, purchè sia stato il datore di lavoro a chiedere al dipendente di essere motorizzato col proprio mezzo per lo svolgimento delle mansioni lavorative: se il dipendente deve essere dotato di un mezzo di trasporto proprio, è evidente che deve necessariamente recarsi con esso sul luogo

di lavoro e quindi l'uso del mezzo proprio è necessitato da esigenza di lavoro e il rischio correlato non era elettivo.

2 - L'infortunio del lavoratore che si reca al lavoro nell'androne del portone non è risarcibile INAIL.

Secondo la Cassazione (sentenza 16 luglio 2007 numero 15777) nella protezione del dipendente in uscita alla volta di uffici o magazzini il portone di casa fa parte di quei luoghi comuni condominiali quali viali, scale o cortili esclusi dalla copertura INAIL.

GUARDIA MEDICA-OBBLIGO DI VISITA

Il medico di guardia che si rifiuta di visitare un paziente che presenta "un quadro clinico non trascurabile" è punibile per omissione di atti di ufficio (Cassazione sentenza numero 31670).

MEDICI E IRAP

L'Agenzia delle entrate sta mettendo a punto una circolare per la gestione caso per caso del contenzioso insorto contro l'IRAP puntualizzando i requisiti per l'esenzione dal prelievo.

Secondo l'Agenzia dell'entrate per i medici sarebbe impossibile far valere l'assenza di una stabile organizzazione. In particolare, secondo l'Agenzia delle

entrate i medici di famiglia non presenterebbero i requisiti dell'autonoma gestione organizzativa e l'assenza di attrezzature: le convenzioni col SSN impongono infatti che il professionista operi in uno studio attrezzato, compresa la sala di attesa, i servizi igienici e gli strumenti per poter ricevere le chiamate.

AGENZIA ENTRATE

LO STUDIO DENTISTICO E' STRUTTURA SANITARIA PRIVATA

Sull'interpretazione data dall'Agenzia delle entrate sullo studio dentistico come struttura sanitaria privata riportiamo lo studio di Alessandra Gambadoro:

Gli odontoiatri/medici dentisti, organizzati in studi individuali o associati, sono da considerare a tutti gli effetti "una struttura sanitaria privata" e devono quindi osservare gli obblighi - introdotti dalla legge finanziaria 2007 - di riscossione accentrata dei compensi dovuti per le attività di lavoro autonomo mediche e paramediche e della loro comunicazione telematica all'Agenzia delle entrate.

E' quanto contenuto nella risoluzione n. 171/E del 13 luglio 2007, con cui l'Amministrazione finanziaria ha risposto a un interpello presentato all'Associazione nazionale dentisti, che, invece, chiedeva l'esclusione dalla categoria di "struttura sanitaria privata", e quindi dall'ambito di applicazione delle nuove norme, di odontoiatri/medici dentisti organizzati sia in forma individuale che associata, perché, per modalità organizzativa, tipologia di attività e di pazienti, si distinguono dagli altri soggetti destinatari delle nuove disposizioni.

La legge n. 296/2006 prevede, con decorrenza dal 1° marzo 2007, per le strutture sanitarie private, in relazione alle attività di lavoro autonomo mediche e paramediche svolte al proprio interno, i seguenti obblighi:

-incassare il compenso in nome e per conto del prestatore di lavoro autonomo e

riversarlo contestualmente al medesimo
- registrare nelle scritture contabili obbligatorie, ovvero in apposito registro, il compenso incassato per ciascuna prestazione di lavoro autonomo resa nell'ambito della struttura

- comunicare telematicamente all'Agenzia delle entrate l'ammontare dei compensi complessivamente riscossi per ciascun percipiente.

L'Agenzia ribadisce che destinatari della norma su citata sono tutti i soggetti che svolgono attività nel campo sanitario e veterinario, a prescindere dalla modalità organizzativa; il concetto è stato già espresso nella circolare n. 13/E del 15 marzo 2007, dove è stato detto che sono strutture sanitarie private: "le società, gli istituti, le associazioni, i centri medici e diagnostici e ogni altro ente o soggetto privato, in qualsiasi forma organizzati, che operano nel settore dei servizi sanitari e veterinari".

La risoluzione, confermato che rientrano nell'ambito di applicazione della disposizione tutti i compensi relativi a prestazioni sanitarie rese direttamente dal professionista al paziente, puntualizza che ne sono invece esclusi i seguenti casi:

- la struttura sanitaria ha un rapporto contrattuale diretto con il paziente ma fornisce il servizio tramite il professionista

- le prestazioni sono rese regime di intramoenia; in questo caso, il medico opera in un rapporto assimilabile a quello di lavoratore dipendente.

**14° CONGRESSO INTERNAZIONALE I.C.C.M.O.
16° CONGRESSO NAZIONALE A.I.K.E.C.M****VICENZA 16-18 NOVEMBRE 2007
JOLLY HOTEL TIEPOLO**

“L’occlusione neuromuscolare nella pratica quotidiana, nelle sindromi ATM e posturali da malocclusione”

Segreteria Organizzativa : SELENE Srl via Medici 23 – 10143 Torino –
Tel.011/7499601 – Fax 011/7499576 Indirizzo mail: aikecm@seleneweb.com
– www.aikecm.it – www.seleneweb.com

Corso base di Mesoterapia**Boario Terme (BS), 6-7 ottobre,
Hotel Excelsior Palace**

Organizzatori:

dr. Stefano Marcelli - Scuola Italiana di Mesoterapia.

Programma: generalità, preistoria e storia della mesoterapia, indicazioni e controindicazioni, strumentazione, i cinque meccanismi d'azione (suggestione, puntura, sanguinamento, anestetici, altri farmaci). Appunti di procedura, la scelta delle zone da trattare, punti locali e distanti, microiniezioni e nappage, mesoterapia classica (Pistor), mesoterapia puntuale sistematizzata (Mrejen), mesoterapia intraepidermica (Perrin), profondità di puntura, i farmaci della mesoterapia, allopatia e omeopatia, agopuntura, neuralterapia e mesoterapia, effetti collaterali locali e sistemici. il Test dei punti attivi. Dimostrazioni ed esercitazioni pratiche.

Informazioni: Tel. 0364 535916 - 328 4898603**Sito: www.meso.it**

24° CONVEGNO NAZIONALE DI CHEMIOTERAPIA

Verona 25-28 novembre 2007

Il congresso tratterà argomenti di chemioterapia antimicrobica (batteri, miceti, virus) e oncologica con approccio multidisciplinare (ricerca di base, microbiologia, farmacologia, cliniche specialistiche). E' rivolto a diversi medici specialisti (pediatria, pneumologia, infettivologia, gastroenterologia, urologia, chirurgia, ortopedia, terapia intensiva, oncologia, oncoematologia, ecc) e a medici di medicina generale ma anche a farmacisti e ricercatori di base. E' previsto l'accREDITAMENTO ECM, anche con iscrizione giornaliera.

Il programma preliminare è scaricabile direttamente dal sito:
www.everywheretravel.it/sic2007

LA FITOTERAPIA NEL TRATTAMENTO DELLE PATOLOGIE DELL'APPARATO GENITO-URINARIO

27 ottobre 2007

Università Cattolica del Sacro Cuore

Via Emilia Parmense 84 - Piacenza

Organizzato da S.I.F.I.T.
Società Italiana di Fitoterapia

Crediti ECM assegnati

Medici: 4

Farmacisti: 6

PER ISCRIZIONI TELEFONARE AL N° 0523/510848

La **SCUOLA OMEOPATICA ERANOS**
organizza a Piacenza, in data 06/10/07, il seminario:

“Le Sindromi Gastroenteriche”

Ore 9 - 11	Dott. M. Botti: Semeiotica dell'apparato digerente. I principali rimedi omeopatici per la nausea, il vomito e le diarree.
Ore 11 - 13	Dott.ssa E. Volonterio: La terapia omeopatica delle dispepsie.
Ore 13 - 14,30	Intervallo pranzo
Ore 14,30 - 16,30	Dott. R. Zappa: Le sindromi gastroenteriche in età pediatrica. Cure omeopatiche essenziali.
Ore 16,30 - 18, 30	Casi clinici. Discussione. Riconsegna dei questionari.

Sede del seminario:
Ordine dei Medici, via S Marco, 27, Piacenza.

Docenti:
Dott. Maurizio Botti - Dott. Roberto Zappa - Dott.ssa Eugenia Volonterio

Tutti e tre i docenti appartengono alla Scuola Omeopatica Eranos ed alla Scuola Omeopatica Dulcamara, e sono in possesso del Diploma LHF rilasciato dalla Facoltà di Omeopatia del Regno Unito.

Il seminario è accreditato ECM e conferisce 7 punti
Costo: € 60 IVA compresa

Per informazioni ed iscrizioni:
Dott. Maurizio Botti, tel 0523/338570

DISTURBI RESPIRATORI SONNO-CORRELATI (DRSC) SONNOLENZA DIURNA E INCIDENTI STRADALI:

aspetti clinici, diagnostici, terapeutici, legislativi, medico-legali, assicurativi e preventivi

Reggio Emilia, 21 novembre 2007

Segreteria Scientifica:

Dr. Giorgio Vezzani

Alta Specialità in Riabilitazione Respiratoria e Studio e Cura dei disturbi respiratori nel sonno - Laboratorio per lo studio e la cura dei disturbi respiratori nel sonno

S.C. Pneumologia

Dipartimento Toraco - Cardio - Polmonare

A.O. Arcispedale S. Maria Nuova - RE

Tel. 0522-296479 - Fax 0522-296182 - vezzani.giorgio@asmn.re.it

Sede del Convegno

Palazzo Rocca Saporiti - Viale Murri 7 - 42100 Reggio Emilia

COME RAGGIUNGERE LA

SEDE DEL CONVEGNO

Palazzo Rocca Saporiti è situato in area ospedaliera, in viale Murri 7 che, partendo di fronte all'Ospedale ASanta maria NUova, arriva su Viale Umberto I.

Dall'uscita dell'autostrada A1 seguire le indicazioni "Ospedale".

Dalla stazione ferroviaria prendere la linea del bus n. 1 in direzione "Canali". Scendere alla fermata dell'Arcispedale in Viale Risorgimento 80.

DESTINATARI DEL CONVEGNO

Medici Pneumologi, Neurologi, Legali Forze di Polizia, Amministratori Sanitari, Titolari Autoscuole, Associazioni di tutela stradale, Associazioni professionali dei trasportatori e agenti di commercio.

CREDITI ECM

E' stato richiesto l'accreditamento regionale ai fini dell'Educazione Continua in Medicina (ECM) e sono stati attribuiti 5 crediti ECM (per i Medici). Verrà rilasciato attestato di partecipazione a tutti i partecipanti.

ISCRIZIONE

L'iscrizione è gratuita ma obbligatoria (max 100 posti) previa compilazione della scheda allegata da trasmettere, anche via fax, alla Segreteria Organizzativa entro il 10 Novembre 2007.

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Dott.ssa Annarita Guglielmi

Dott.ssa Mariaelena Raimondo

Formazione, Innovazione Clinica e Biblioteca

Palazzo Rocca Saporiti

Viale Murri 7 - 42100 Reggio Emilia

Tel. 0522.295817 - Fax 0522.2295976

E-mail: raimondo.marilena@asmn.re.it

XIV EDIZIONE
PROGRAMMA START
ANNO 2007/2008

CORSO DI QUALIFICA
ESPERTO IN APPLICAZIONI OFFICE SU RETI TELEMATICHE

Per la XIV^a edizione il "Programma Start" si pone come obiettivo di base quello di essere rispondente alle esigenze formative dei giovani e soprattutto alle richieste professionali del mondo del lavoro.

OBIETTIVI

L'obiettivo del Programma Start è quello di rilasciare un titolo riconosciuto e spendibile sul territorio nazionale, ed offrire ai partecipanti gli strumenti per accrescere le competenze richieste dal mondo del lavoro al fine di ricoprire ruoli tecnico professionali in azienda o sviluppare autonomamente un'attività imprenditoriale.

DIDATTICA

Il corso si articola in vari moduli didattici ognuno con obiettivi formativi e spendibilità specifiche.

Il modulo portante è quello di "Esperto in applicazioni office su reti telematiche"; si tratta di un modulo che, gestito in collaborazione con agenzie Formative accreditate, fornisce un attestato di qualifica con validità giuridica sull'intero territorio nazionale ed in tutti gli stati dell'Unione Europea.

L'intero modulo è legalmente riconosciuto, ai sensi della L.N. 845/78 come corso di qualifica. Per ottenere tale titolo sarà necessario sostenere un esame finale con la commissione giudicatrice ad hoc nominata dalla Regione Umbria e sarà necessario non aver superato il 25% delle ore di assenza.

Il corso di "Esperto in applicazioni office su reti telematiche" si articola in vari moduli:

modulo di informatica finalizzato all'acquisizione del titolo di Microsoft Office Specialist - Livello Master rilasciato dalla Microsoft® riconosciuto a livello mondiale. Maggiori e più dettagliate informazioni sul titolo rilasciato dalla Microsoft® si possono reperire sul sito "www.moscert.it".

L'acquisizione di tale titolo apre, inoltre, possibilità formative future finalizzate all'acquisizione del titolo di Microsoft Office Specialist Master Instructor, rilasciato sempre dalla Microsoft®.

Il corso di informatica di base viene integrato con moduli di informatica specialistica finalizzati alla comunicazione ed alla pubblicità sul Web.

Il corso di qualifica in "Esperto in applicazioni office su reti telematiche" viene integrato con un concorso di inglese tecnico: che, in base alle competenze in entrata, porterà i ragazzi a migliorare le conoscenze linguistiche e ad attestare il livello conoscitivo in uscita.

PARTECIPANTI

Nella XIV^a edizione del programma Start sono disponibili 20 posti per coloro che possono beneficiare delle prestazioni assistenziali della Fondazione ONAOSI (ai sensi dell'art. 6 dello statuto della Fondazione) e 10 posti per i figli dei sanitari contribuenti; per questi ultimi il costo per la frequenza del corso (omnicomprensivo di lezioni d'aula, voucher per gli esami di informativa, materiale didattico, e tutto quanto necessario al conseguimento del titolo) è pari ad E 2.500,00.

I partecipanti dovranno avere, alla data di scadenza del bando prevista per il 15/11/2007, almeno un titolo di studio di scuola media superiore ed un'età inferiore ai 30 anni.

Possono partecipare alla XIV^o Edizione del Programma Start solo coloro che negli anni passati non hanno frequentato un altro corso organizzato dalla Scuola di Formazione della Fondazione ONAOSI.

Per tutti i ragazzi assistiti, oltre alla frequenza gratuita del corso, è prevista l'ospitalità (vitto e alloggio) presso le strutture perugine dell'Ente; è inoltre previsto un contributo omnicomprensivo di E 1.000,00 (non cumulabile con altri contributi assistenziali che l'Ente riconosce al corsista per l'anno 2007/2008). Analogamente, anche per i ragazzi figli dei sanitari contribuenti è possibile alloggiare presso le strutture dell'Ente, previa verifica di disponibilità di posti, ad un costo analogo a quello riservato agli universitari paganti, proporzionato al periodo di durata del corso. La domanda di partecipazione dovrà essere presentata compitando il modulo di seguito allegato, reperibile anche presso tutti gli ordini di categoria provinciali o sul sito detta Fondazione "www.onaosi.it". La domanda dovrà essere consegnata a mano o essere spedita a mezzo Raccomandata A/R o mezzo Fax (075/5002804) entro il 15/11/2007 al seguente indirizzo:

Fondazione ONAOSI - Scuola di Formazione
Via Ruggero D'Andreotto, 8/18 - 06124 Perugia

La domanda dovrà essere corredata da un curriculum vitae in carta semplice, da un certificato, in originale o copia autenticata, relativo agli studi compiuti e da 4 foto tessere.

Per l'ammissione al corso sono previste delle prove di selezione in cui si terrà conto sia del curriculum personale, sia dell'attitudine individuale al corso.

Il corso di formazione si svolgerà a Perugia nel periodo gennaio - maggio 2008.

L'artrosi cervicale

E' un gran guaio l'artrosi cervicale
che la giornata tua rende infernale,
che ti sembra il cervel come una trottola
a cui intorno tutto il mondo rotola!

Dei farmaci tu ingoi a non finire
che da ciascun hai sentito dire
quanto miracoloso sia il prodotto
che le vertigin gli han tolto di botto
Lo prendi e poi ti accorgi che anche quello
non ti cambia per niente il ritornello,
ne provi un altro che in maniera lesta
ti tolga sto girare della testa
ma anche qui è una nuova delusione

che non fa che aumentar la confusione
che hai dentro e non ti sai capacitare
come ha fatto stavolta a non andare

Ti dicon metti anche il collarino
e vedrai che con quello pian pianino
finirà sto ritornello che hai addosso,
ma pur con quel collar niente si è mosso

Ed allor non mi resta, cari amici,
che dei sogni sperar fare felici,
buttandomi sul letto ed un attimo
ingurgitare invece un sedativo!

Gianfranco Chiappa



Il Passatore (una voce nel vento)

Mario Biagini da ex direttore veramente cortese dell'Ufficio d'Igiene Pubblica dell'Ausl di Piacenza, romagnolo di nascita e di sentimenti, non poteva nella sua seconda fatica letteraria non andare a disturbare un notissimo personaggio romagnolo dall'epiteto, appunto, di cortese, e precisamente il bandito Stefano Pelloni, il famoso Passatore. Al soprannome (derivatogli dalla professione del padre Girolamo traghettatore) pensò il poeta Giovanni Pascoli di aggiungere l'epiteto di cortese in una sua fortunata lirica dedicata alla Romagna, aggettivo che lo identifica ancora oggi. E' un po' come dice l'autore nel suo prologo la storia di un Robin Hood all'italiana o perlomeno l'espressione di un mito, di un brigante gentiluomo, che si instaurò per molti anni nel dolce paese della Romagna solatia. Tutto questo, specie in concomitanza della dominazione papalina, con i famosi gendarmi detti culi gialli per via del colore dei pantaloni. Originale è soprattutto l'approccio che il nostro

autore inventa per il protagonista Stefano Pelloni che gli appare nel suo studio in una notte di ululati di vento tempestoso e con quale si instaura, dopo le prime reciproche scontrosità, un dialogo fresco e vivace che diventa, direi, addirittura amichevole. Biagini, dopo aver dato alle stampe la "Storia di Alina", romanzo ambientato nel Medioevo tutto pervaso del misticismo unito alla credulità e alla superstizione di quel periodo, vuole, invece, in quest'opera sul Passatore, dare una specie di documentata interpretazione storica che nasce dal racconto della viva voce dello stesso protagonista. E' un escnotage simpatico, che dà a tutta la figura del bandito gentiluomo, o perlomeno decantata dalla leggenda come tale. Tra l'altro, la prosa del Biagini è esente da qualsiasi volgarità, fatto ormai raro ai nostri giorni e da errori letterari per la sua aprofonda cultura umanistica e preparazione classica che gli fanno escludere ogni possibilità di contraddizione sull'uso della parola, sempre pertinente e

sculpita come una scultura michelangiolesca. Non sto a narrarvi la vicenda dell'opera, perchè vi sottrarrei tutto il piacere della lettura dell'avventurosa breve vita del Pelloni, durata solo dieci anni. Morì infatti all'età di appena 27 anni, ma essa fu talmente piena di avvenimenti da valerne almeno 50. Interessante in particolare l'incontro che non è uno scontro tra lui e l'eremita, cioè tra le virtù rappresentate dalla figura del sant'uomo e i vizi capitali espressione del giovane Pelloni, nell'atmosfera edenistica di una valletta rocciosa dell'Appennino emiliano con una simbolica polla di acqua sorgiva. E' forse la chiave di lettura di tutta l'opera nel concetto del "meliora videor, deteriora sequor" espressione della figura inquieta del Passatore, oscillante sempre tra la ricerca del bene e l'agire nel male. Altra figura che non si può non porre in rilievo è quella della dolcissima Chiara, la giovane figlia di un fattore, che il Passatore incontra durante l'ospitalità datagli da quest'ultimo. Mi ha fatto ricordare qui l'autore "si parva

semper licet componere magnis" due altre dolcissime figure di donna, della nostra letteratura: quella di Laura del Petrarca e della Beatrice dantesca, anche loro sogno irreal e irraggiungibile del protagonista.

La presentazione del libro, copertina di Laura Losito, editore Pazzini, avvenuta il 19 aprile u.s., presso l'Auditorium Santa Margherita della Fondazione di Piacenza e Vigevano, sotto l'egida conduttrice del professor Luigi Galli, presidente degli Amici dell'Arte e con l'apporto della relatrice professoressa Lia Iengo e dell'intervento dell'assessore Paolo Dosi, ha riscosso dal folto pubblico di estimatori un largo consenso di applausi e lunghe file per esigere dall'autore una personale dedica alle copie dell'opera acquistate.

E poichè non esiste un due senza un tre, chiediamo a Mario Biagini, medico pensionato ma romanziere in carriera, a quando la terza fatica alla quale auguriamo lo stesso felice esito delle precedenti!

Gianfranco Chiappa

Prof. GIUSEPPE TIMOSSÌ
Un Radiologo signore

Si sono svolti il 30 Agosto us nella Basilica di S. Antonino, i funerali del prof. Giuseppe Timossi, già **Primario Radiologo** dell'Ospedale di Fiorenzuola e attualmente **Direttore Sanitario Del Centro REDI**. Di ceppo Ligure, si laureò e si specializzò presso la scuola Pavese, dove prese anche la Libera Docenza.

Di carattere estroverso aperto a colleghi e pazienti lascia un profondo ricordo della sua professionalità e umanità.

Collaborò, radiologo prezioso, con il prof. Cattani e il dr. Fioruzzi per i primi interventi di protesi d'anca, seguendone il decorso post operatorio. Aveva l'hobby del canto per cui fece parte come tenore solista del coro della Parrocchia di S. Antonino.

Lo ha stroncato a 78 anni, ancora pienamente attivo una emorragia cerebrale. Lascia la moglie Maria Luisa e i figli Carla e Gian Maria a cui vanno le più affettuose condoglianze di tutti i medici Piacentini e di Piacenza Sanitaria in particolare.

Dott. OSCAR COLLINI
Una vita da Anestesista

E' recentemente deceduto il dott. Oscar Collina già **Primario del Reparto** da lui voluto e fondato di **Anestesia e Rianimazione** dell'Ospedale di Castel San Giovanni. Nato a New York nel 1932 si laureò a Parma e si specializzò a Pavia prima in ginecologia e ostetricia e poi in anestesia e rianimazione. La sua carriera si svolse presso l'Ospedale di Castel San Giovanni dal 1962 al 2000, passando da Aiuto di

Chirurgia a **Primario** fondatore di quello di Anestesia e Rianimazione, reparto di cui molti Ospedali circostanti erano ancora sprovvisti. Fu **Direttore Sanitario** dell'USL di Castel San Giovanni e **Dirigente** dell'AVIS Locale e della **Pubblica Assistenza Val Luretta**. Di carattere umile e modesto, nonostante gli incarichi ricoperti lascia un gran senso di affettuoso ricordo per il suo senso di umanità verso chiunque gli si accostava. Appassionato di fotografia e di tutte le arti figurative in genere, e di storia antica. Dedicava a questi hobby le poche ore libere che gli restava. Alla moglie e alle due figlie, Cinzia ed Elena, che ha seguito le orme del padre laureandosi in medicina, le condoglianze più vive ed affettuose di tutti i colleghi Piacentini e di Piacenza Sanitaria.