



L'Ordine

di Treviso

Anno XX - N° 2/2012 | Direttore: Giuseppe Favretto | Aut. Trib. TV n. 934 del 24/08/1994
Tariffa Regime Libero (ex. tab. D): Poste Italiane S.p.A. | Spedizione in abbonamento postale 70% | DCB TV

Organo
di informazione
dell'Ordine dei
Medici Chirurghi
ed Odontoiatri
di Treviso

*Il Presidente, il Consiglio dell'Ordine
e la Commissione Albo Odontoiatri
porgono a tutti i Colleghi ed alle loro famiglie
i migliori Auguri di Buon Natale e di un Felice
e Sereno 2013*

UpToDate

ACQUISTATO
DALL'ORDINE UN
ABBONAMENTO
PER TUTTI GLI
ISCRITTI



XVIII Giornata del Medico

02
2012

- Editoriale dei Presidenti
- Abbonamento gratuito ad UpToDate
- XVIII Giornata del Medico
- Come cambiano le pensioni ENPAM
- Graduatorie per le convenzioni



■ Attività e comunicazioni dell'Ordine

- 01 Editoriale dei Presidenti
- 02 Notizia importante: abbonamento gratuito ad UpToDate
- 04 XVIII Giornata del Medico
- 09 Come cambiano le pensioni ENPAM
- 12 IV Conferenza nazionale ECM
- 13 MMG: limiti di permanenza in convenzione
- 13 Obbligo copertura assicurativa per medici e odontoiatri
- 14 Medico competente negli studi odontoiatrici
- 16 La rubrica dei Giovani Medici
- 17 31.1.2013: Scadenza domande graduatorie per le convenzioni
- 20 31.12.2012: Scadenza DVR per titolari studio medico ed odontoiatrico
- 20 Obbligo comunicazione all'Ordine incarico di Direttore Sanitario
- 21 Accreditemento strutture sanitarie private: cambio di titolarità
- 23 Elenco farmaci correlati al codice di esenzione per patologia cronica ed invalidante
- 27 Rinnovo elenchi disponibilità per sostituzioni
- 28 Variazioni agli Albi

■ Comunicazioni da FNOMCeO

- 29 PEC, certificazioni, prescrizioni
- 30 IRAP: sentenza Corte di Cassazione

■ Riceviamo e pubblichiamo

- 31 Regione Veneto: somministrazione ossigeno in emergenza
- 31 Ordine Avvocati: Richiesta disponibilità a CTU
- 32 INPS: trasmissione telematica certificati di malattia
- 34 Associazione A.M. Brugnaro: assegnazione premio tesi in ORL
- 34 Abbonamento gratuito a Video Journal of Medicine
- 35 Bando premio G.Gherson

■ Rubriche

- 36 Rassegna giuridico amministrativa
- 39 Ricerca Medici

Segreteria

L'Ordine di Treviso

31100 Treviso - Via Cittadella della Salute n. 4

Tel.: 0422 543864 - 0422 545969 - **Fax:** 0422 541637 - **e-mail:** ordmedtv@iol.it

PEC: segreteria.tv@pec.omceo.it - **internet:** www.ordinemedicitreviso.org

Orario di apertura al pubblico

Lunedì e Giovedì 10,00 - 13,00 e 14,00 - 17,00
Martedì - Mercoledì - Venerdì 10,00 - 13,00

Durante le festività natalizie gli uffici dell'Ordine resteranno chiusi il 24 ed il 31 dicembre 2012



DIRETTORE RESPONSABILE

Dott. Giuseppe FAVRETTO

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

Giuseppe FAVRETTO

Vice Presidente

Brunello GORINI

Segretario

Daniele FREZZA

Tesoriere

Pietro ROSSI

Consiglieri

Giorgio BAZZERLA

Gaetano CAPPELLETTO

Bruno DI DANIEL

Gianfranco DOTTO (Odont.)

Luigi FAGGIAN

Alessandro GAVA

Gaetano Giorgio GOBBATO

Luigino GUARINI (Odont.)

Laura LUNA

Pio MARTINELLO

Giampiero RUZZI

Claudio SCARPA

Gianfranco TOSITTI

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Effettivi

Silvia DAL BÒ **Presidente**

Diego GIRARDI

Gianfilippo NERI

Supplente

Annalisa BETTIN

COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI

Luigino GUARINI **Presidente**

Diego CODOGNOTTO CAPUZZO

Gianfranco DOTTO

Edoardo STELLINI

Angelo UZZIELLI

L'EDITORIALE DEI PRESIDENTI

Dicembre è tradizionalmente un mese di bilanci per le attività svolte nel corso dell'anno.

Quello che sta per finire è stato un anno particolarmente denso di novità e cambiamenti per il mondo sanitario, e molti di questi stanno avendo una importante ricaduta sulla nostra professione.

La congiuntura di vera crisi economica che il nostro paese sta vivendo in questo periodo ha già da qualche tempo fatto sentire i suoi effetti negativi sulla libera professione, particolarmente quella odontoiatrica. D'altro canto il periodo non è roseo neppure per la sanità pubblica, laddove la necessità di garantire una sostenibilità futura del sistema sanitario nazionale sta determinando una serie di interventi di politica sanitaria finalizzati alla riorganizzazione dell'intero sistema assistenziale.

Le leggi che il governo Monti ha promulgato, in particolare la 135 del 7 agosto "spending review" e la 188 dell'8 novembre "decreto Balduzzi", e quelle che si appresta a varare nelle prossime settimane, la "legge di stabilità" e gli "standard relativi all'assistenza ospedaliera", stanno cambiando in modo importante sia il nostro modo di operare all'interno del servizio sanitario nazionale che la tipologia di servizi offerti alla popolazione.

È possibile, e per molti inevitabile, che in seguito a questi cambiamenti non potranno più essere erogate dal Servizio Sanitario Nazionale in regime di gratuità, più o meno completa, le stesse prestazioni (LEA, livelli essenziali di assistenza) che attualmente vengono offerte ai cittadini.

Per molti addetti ai lavori la razionalizzazione del sistema sanitario invocata dai decisori politici sarebbe in realtà soltanto un sostanziale razionamento dei servizi offerti.

La riduzione in termini assoluti del finanziamento pubblico del Servizio Sanitario Nazionale a cui andremo molto probabilmente incontro nei prossimi anni, non fa in realtà presagire nulla di buono, anche se certamente molto di più si può fare per ridurre sprechi e migliorare l'organizzazione generale.

Cosa possiamo fare noi medici?

Molto, sicuramente, soprattutto se entriamo in una prospettiva di positiva collaborazione con le autorità sanitarie e se cerchiamo sempre di operare nel nostro quotidiano in modo tale da rispettare il legittimo diritto del singolo paziente alla miglior cura possibile senza ledere i diritti della collettività.

Certamente dobbiamo continuare ad avere una alta motivazione professionale anche se vediamo persistere il blocco di contratti e convenzioni, accentuarsi le difficoltà nella progressione di carriera, peggiorare di anno in anno la situazione previdenziale, aumentare drammaticamente i costi assicurativi per la responsabilità professionale, crescere continuamente la quantità di tempo spesa per ottemperare a pratiche amministrative.

"Mala tempora currunt", ma in questo per molti aspetti avvilente panorama ci potrà sicuramente aiutare il recupero dello spirito e dei valori più veri della deontologia e dell'etica professionale, il rispetto verso i pazienti e verso i colleghi.

Solo in questo modo la nostra professione potrà riacquistare quella dignità, quella credibilità e quel prestigio che altrimenti rischiano di svanire nei ricordi di un sempre più lontano passato.

I più cari auguri di Serene Feste a tutti voi e alle vostre famiglie.

Il Presidente
Commissione Albo Odontoiatri
Dott. Luigino Guarini

Il Presidente dell'Ordine
Dott. Giuseppe Favretto

“Progetto a cura del Segretario dott. Daniele Frezza”

AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE E CONSULTAZIONE INFORMAZIONI SCIENTIFICHE



Il Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici di Treviso ha deliberato, nella seduta del 27 novembre 2012, di acquistare un abbonamento cumulativo, per tutti gli iscritti all'Ordine, ad UpToDate.

Durante la seduta del Consiglio, il Segretario dell'Ordine dott. Daniele Frezza ha presentato ai colleghi Consiglieri una relazione sulla sperimentazione del servizio UpToDate, partita il 1° luglio e conclusasi il 30 novembre 2012, evidenziando in particolare sia il costante aumento del numero di registrazioni e di accessi al servizio, sia le tipologie di consultazioni fatte dagli iscritti, suddivise per argomento.

Il Consiglio Direttivo quindi, dopo aver verificato la coerenza dei risultati alle aspettative e dopo aver provato direttamente, nel corso della medesima seduta del Consiglio, la validità del servizio, ha deliberato di offrire quest'utile strumento a tutti i propri iscritti mediante le sotto riportate modalità e di prevedere degli incontri di formazione nell'utilizzo del database.

Periodo di abbonamento: per 13 mesi, a partire dall'1 dicembre 2012 fino al 31 dicembre 2013.

Modalità di utilizzo:

1. Una postazione fissa di UpToDate presso la sede dell'Ordine accessibile durante i seguenti orari:

- dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 13.00.
- il lunedì e il giovedì pomeriggio dalle ore 14.00 alle ore 17.00.

2. Accesso dal proprio computer con registrazione all'area riservata presente sul sito dell'Ordine.

L'accesso al servizio **UpToDate** è consentito esclusivamente tramite il sito dell'Ordine di Treviso www.ordinemedicitreviso.org

Gli iscritti, registrandosi nell'area riservata, potranno accedere al Portale di **UpToDate**. Inoltre sempre nell'area riservata dell'Ordine è visionabile il video dimostrativo (in inglese) per l'utilizzo di **UpToDate**, e/o visualizzare la guida in italiano. Inoltre *per la traduzione dei testi dall'inglese all'italiano è possibile utilizzare Google Traduttore, salvare il testo tradotto, trasferirlo su chiavetta USB e/o inviarlo ad un indirizzo di posta elettronica.*

Cos'è UpToDate

UpToDate è una straordinaria risorsa in quanto accedendo a questa banca dati, e indicando un quesito in inglese, pressoché per la quasi totalità delle specialità, si ottiene un testo aggiornato di 30-40 pagine in inglese (che è possibile tradurre con Google traduttore) con i riferimenti bibliografici e gli abstract, e mediante il software molto comodo e pratico orientarsi alle 10-15 righe specifiche del quesito.

Si può richiedere dal quadro clinico, alla diagnosi differenziale, all'iter diagnostico-terapeutico, alle complicanze, alle interazioni tra farmaci e soprattutto digitando alcuni dati clinici o bioumorali orientare la diagnosi in caso di patologie rare, che ovviamente orienteranno il medico agli accertamenti da proporre.

È evidente che un tale strumento risulti complementare alla nostra cultura professionale, ma sta superando la portata dei manuali che risultano spesso poco aggiornati e non semplici nella consultazione. Può servire per realizzare relazioni con la possibilità di stampare o memorizzare testi, diagrammi, foto, esiti radiologici... È anche possibile utilizzare tale servizio al fine di valutare quali informazioni fornire al paziente su determinati argomenti.

...ma ancora UpToDate:

- è il primo "point of care" a essere presente nel mercato dell'informazione scientifica, realizzato ventanni fa, a supporto dei medici di tutto il mondo per decisioni veloci e sicure.
- è una risorsa di informazioni di evidenze cliniche "evidence based medicine", disponibile online o da un dispositivo mobile.
- è uno strumento di riferimento clinico creato dai medici per medici e per altri professionisti in campo sanitario. Offre argomenti sintetizzati creati per essere utilizzati nel corso del lavoro quotidiano.
- Oltre 600.000 medici in 149 Paesi si affidano al contenuto "evidence based" di UpToDate, che risulta, da vari studi, essere la risorsa di informazione medica più affidabile e maggiormente usata al mondo.

Contenuti proposti:

- Circa 9500 argomenti clinici e 19 discipline trattate
- Essendo la prima risorsa inventata di evidence based medicine, UpToDate è unica nella gestione dei quesiti e delle risposte.
- Al momento UpToDate vanta il contributo di 5100 più autori, editori, e peer reviewers da tutto il mondo. UpToDate, inoltre, ha uno staff medico assunto di Deputy Editors che tengono sotto osservazione oltre 460 riviste.
- Gli autori sono riconosciuti a livello mondiale dei luminari nella loro rispettiva disciplina accademica. E sono dei medici che continuano a essere attivi nell'attività clinica.
- Per assicurare l'accuratezza e l'imparzialità dei contenuti, UpToDate aderisce a delle severe politiche editoriali (simili a quelle delle pubblicazioni scientifiche) e a un rigoroso processo di controlli eseguito da esperti dello stesso ambito. Una topic review è pubblicata solo dopo un triplice processo di peer review alla cieca.
- Controllo sistematico quotidiano della letteratura (460 riviste scientifiche) e i contenuti sono continuamente aggiornati e revisionati (è evidenziata la data dell'aggiornamento su ogni Topic Reviews).

SPERIMENTAZIONE ORDINE DEI MEDICI DI TREVISO**Periodo di riferimento:**

dal 1° luglio al 30 novembre 2012 (5 mesi)

Modalità di utilizzo del servizio:

l'Ordine ha offerto **gratuitamente** a tutti i propri iscritti l'utilizzo del servizio mediante **2 modalità**:

- 1) Accesso con registrazione all'area riservata presente sul sito dell'Ordine
Numero di registrazioni al portale – **101**
Totale delle consultazioni fatte per argomento – **827** (segue tabella)
- 2) una **postazione fissa** di UpToDate presso la **sede dell'Ordine**.

**Top Specialty Report**

Date Range From 01/07/2012 to 12/11/2012

RANK	TOPIC SPECIALITY REPORT	TOTAL TOPIC HITS
1	Hematology	147
2	Pulmonary, Critical Care, and Sleep Medicine	68
3	Cardiovascular Medicine	67
4	Infectious Diseases	57
5	Neurology	47
6	Pediatrics	47
7	Endocrinology and Diabetes	42
8	Oncology	42
9	General Surgery	37
10	Dermatology	33
11	Drug Information	33
12	Nephrology and Hypertension	33
13	Rheumatology	28
14	Adult Primary Care and Internal Medicine	27
15	Calculators	24
16	Gastroenterology and Hepatology	20
17	Adult and Pediatric Emergency Medicine	19
18	Psychiatry	17
19	Patient Information	16
20	Obstetrics, Gynecology and Women's Health	15
21	Allergy and Immunology	6
22	Palliative Care	2
	TOTAL	827

Lettera a tutti gli iscritti

È una grande opportunità che Vi viene offerta. Ringrazio il Presidente e tutto il Consiglio per averne capito l'importanza e aver voluto offrire un servizio di aggiornamento on line a tutti gli iscritti.

Nel Convegno di Padova della FNOMCeO "Cybermedicine" del 28 e 29 Settembre 2012 si è dibattuto sulla qualità delle fonti di informazione scientifica presenti nella rete. UpToDate è un importante risorsa EBM del deep web (web profondo) che garantisce informazioni appropriate e sicure (a differenza dei motori di ricerca quali Google), da fonti della letteratura scientifica analizzata e presentata da un board di esperti internazionali.

Siamo intervenuti a questo convegno comunicando al Presidente Nazionale Amedeo Bianco della nostra sperimentazione, unica in Italia, che ora diventa un servizio agli iscritti. Faremo in modo di diffondere il servizio organizzando incontri e formazione su come utilizzarlo. Un caro saluto.

Il Segretario
Dott. Daniele Frezza

XVIII GIORNATA DEL MEDICO

La comunicazione in sanità e l'alleanza terapeutica



La XVIII Giornata del Medico si è svolta, subito dopo l'Assemblea Ordinaria annuale (che dopo la relazione del Presidente dell'Ordine, della Commissione Albo Odontoiatri e del Tesoriere ha provveduto ad approvare i bilanci), sabato 1 dicembre 2012 presso l'Hotel Maggior Consiglio di Treviso.

La parte scientifica, incentrata sul tema “**La Comunicazione e l'alleanza terapeutica**” è stata introdotta dal **Presidente dott. Giuseppe Favretto** e dal **Presidente Commissione Albo Odontoiatri dott. Luigino Guarini**. Sono poi seguiti gli interessanti interventi dei relatori, di cui riportiamo un breve abstract. Il **dott. Daniele Frezza**, Segretario dell'Ordine, ha presentato un'ampia relazione sulla comunicazione in sanità e l'alleanza terapeutica riportando una dettagliata analisi del rapporto Censis - Forum per la ricerca biomedica del 2 ottobre 2012 su “**Quale futuro per il rapporto medico-paziente nella nuova sanità?**”.

Il Segretario ha voluto subito ricordare come la Comunicazione in Sanità sia un tema di massima attualità e un argomento sul quale l'Ordine di Treviso favorirà percorsi di formazione per i propri iscritti.

La comunicazione deve essere intesa come una **relazione** che coinvolge sia i medici che i pazienti. Comunicare significa mettere in comune, scambiare. Ma la comunicazione tra medico e paziente è caratterizzata dalla complessità e da asimmetria: da un lato c'è la voce dell'autorevolezza della scienza e dall'altra la voce dell'emozione e dell'esperienza personale.

Ancora il dott. Frezza ha ricordato come il mondo della comunicazione abbia subito in questo ultimo decennio un epocale cambiamento con l'accesso di massa alle informazioni nel web e in questi termini anche la comunicazione sanitaria ne ha subito le conseguenze. Il cittadino ha guadagnato un accesso ad una mole di informazioni che gli consente, non di orientarsi, ma di approfondire le proprie conoscenze sanitarie.

Passando da una relazione “paternalistica” ad una relazione “paritaria”, è diventato necessario ripensare al rapporto medico-paziente, con l'introduzione e l'applicazione di **nuove strategie di coinvolgimento attivo del paziente**. Conoscenze diffuse e responsabilizzazione del paziente e caregivers diventano elementi di forza per creare una relazione profonda e di qualità tra professionista della salute e utente dei servizi sanitari.

Il rapporto medico paziente va quindi riformulato al fine di ricercare l'alleanza terapeutica, permettendo di sviluppare una relazione di cura tra medico e paziente basata su una comunicazione eticamente efficace. Alleanza terapeutica e fiducia che si sviluppano quindi con una corretta comunicazione. Il maggior ostacolo alla comunicazione con il paziente è il **non saper ascoltare** e l'insoddisfazione per la cattiva comunicazione ha un peso superiore all'insoddisfazione per le competenze tecniche. Il dott. Frezza ha evidenziato come in una corretta comunicazione si deve ascoltare il 70% e parlare il 30% e il valore in percentuale del non verbale (linguaggio del corpo) 55%, il paraverbale (tono della voce) 38% e solo il 7% il significato delle parole riconducendole al contesto sanitario, in cui spesso il linguaggio del corpo e il paraverbale non vengono considerati così come lo scarso ascolto a causa di una mancata formazione sulla comunicazione che matura con lo sviluppo professionale e spesso a seguito di numerosi errori nelle relazioni, evidenziando l'assoluta necessità di strutturare percorsi formativi.

Diventa indispensabile costruire un **ponte della buona comunicazione, al fine di consentire l'incontro e il dialogo** e che unisce due “terreni differenti”. Un ponte nella relazione terapeutica in cui l'obiettivo è maturare esperienza e saper leggere l'altra sponda opponendo empatia ed elasticità mentale all'ansia del paziente, mediante l'ascolto attivo, l'uso appropriato delle parole e della riformulazione, l'attenzione alle risposte emotive. La

creazione quindi di un circolo virtuoso grazie alle tecniche di comunicazione quali l'ascolto attivo, al fine di creare un supporto positivo in cui una persona si sente compresa e non giudicata.

Sono seguite tre interessanti testimonianze di tre nostri iscritti che hanno toccato e catturato l'attenzione dei medici e dei loro familiari presenti in una sala tutta esaurita che ha seguito in assoluto silenzio l'alternarsi delle relazioni.

La dott.ssa Silvana Agostini, già direttore dell'UOC di Pediatria di Treviso, ha portato la sua appassionata e coinvolgente testimonianza professionale, ponendo da subito l'accento sull'importanza di una **comunicazione di qualità**, in quanto in pediatria il paziente è un bambino. Ma ancora come non si possa parlare semplicemente di singolo paziente, ma di pazienti perché la relazione che il medico è chiamato a porre in essere è rivolta sia al bambino che ai suoi genitori.

La comunicazione in pediatria è caratterizzata da un primo contatto non verbale, dato dallo sguardo e dal tatto, e si fonda, come modalità di rapportarsi, sull'**accoglienza**. Il medico è chiamato ad **"uscire dall'isolamento, aprendosi all'esterno"** con l'obiettivo di prendersi cura della globalità del paziente, **consentendogli di vivere meglio la malattia**. Non è quindi sufficiente curare, ma diviene indispensabile il prendersi cura dei propri pazienti. Una malattia non di un generico bambino ma di quel bambino e dei suoi genitori. Il rapporto che si instaura con i genitori del bambino deve essere di natura empatica, volto all'immedesimazione nell'altro e alla creazione di un rapporto profondo. In questi termini la dott.ssa Agostini ha rivolto ai giovani medici presenti l'invito ad avere tempo per ascoltare i propri pazienti, per capire e per capirsi. In questi termini si parla dell'umanità del medico. Infine la relazione tra medico e paziente è per sua natura un rapporto complesso. Una relazione che comporta per il medico una fatica sia fisica che emotiva e che lascerà delle cicatrici dentro a ciascuno di loro. **Ma è l'essenza del lavoro che il medico è chiamato a svolgere: costruire delle storie umane con i propri pazienti.**

Il dott. Alessandro Gava, Direttore Radioterapia dell'ULSS 9 di Treviso e Presidente della Lega Tumori di Treviso ha portato la sua testimonianza professionale riguardante l'ambito oncologico e delle associazioni.

Il relatore dopo aver ricordato come la sanità sia cambiata negli ultimi trent'anni, ha voluto evidenziare le difficoltà di accesso e di comprensione da parte del paziente dei protocolli diagnostico terapeutici. La prima regola nella comunicazione tra medico e paziente è data dalla capacità di ascolto del medico, nell'importanza del cogliere il **"non detto"** del malato, quella sua **comunicazione non verbale**, la cui comprensione e ricezione diventa di fondamentale importanza nella costruzione dell'alleanza terapeutica. Il medico è chiamato a creare una relazione con **il proprio paziente**, avendo ben in mente che dietro ad ogni paziente c'è una vita. La seconda regola è quindi la "parola", la quale ha una potenza enorme sul paziente. In questi termini si evidenzia l'importanza dell'anamnesi e della rassicurazione, andando a citare esperienze conclusesi positivamente di altri pazienti affetti dalla stessa malattia.

Il dott. Gava ha quindi ribadito che la comunicazione deve essere circolare e i soggetti coinvolti sono molteplici: il medico, il paziente e i suoi familiari, le associazioni. Proprio quest'ultime giocano un ruolo fondamentale dato an-



che dalla loro capacità di rispondere alle domande dei pazienti sul percorso diagnostico terapeutico che saranno chiamati a fare e sulle aspettative riguardanti la qualità della vita.

È quindi intervenuto il **dott. Paolo Tottolo**, con una testimonianza sulla comunicazione come medico di medicina generale e Presidente del Comitato Etico provinciale sulla sperimentazione dei farmaci.

Il relatore ha voluto da subito enfatizzare come la comunicazione tra medico e paziente deve essere intesa come **“un prendersi cura del proprio paziente”**, il quale deve essere conosciuto personalmente dal proprio medico. Chiave di volta nella relazione di cura è la capacità del medico di ispirare **fiducia**, l'istaurazione di relazioni equilibrate e interattive, dove il problema non è il se queste relazioni avvengono in un contesto di mercato, pubblico o privato, ma **come** avvengono e come prendono forma nella pratica quotidiana.

Il dott. Tottolo, ha quindi evidenziato come spesso il paziente che si rivolge al proprio medico di famiglia abbia una patologia che non può essere definita con una diagnosi specifica e che, perché si possa procedere ad una diagnosi, sia frequentemente necessaria la comprensione del contesto in cui la malattia si è sviluppata. Quindi la malattia si compone di una matrice puramente biologica, di un versante soggettivo e di una modalità sociale dell'essere malato. È la **qualità percepita** della relazione medico paziente a determinare la soddisfazione di quest'ultimo, la riduzione delle cause per malpractice, la riduzione del fenomeno del doctor shopping e infine l'aumento della soddisfazione del medico.

Ha concluso il seminario con una relazione dal titolo **“Dalla comunicazione alla comunicazione educativa del paziente e dei caregivers”** il **dott. Renzo Marcolongo**, medico immunologo, professore a contratto presso l'Università di Padova e l'Università di Parigi e Bruxelles sui temi della comunicazione.

Il dott. Marcolongo, unico ospite esterno all'Ordine di Treviso, si è complimentato con i relatori per la profondità e l'emozione con cui si è affrontato il tema della comunicazione, ringraziando l'Ordine di Treviso di averlo coinvolto in un momento così importante di rilancio della professione anche attraverso il tema della relazione e comunicazione con il paziente.

Il relatore dopo aver rammentato che le malattie possono essere ambigue, simulatrici, complesse, imprevedibili, prolungate/croniche, ha ricordato che **il comunicare nella malattia significa comunicare nell'incertezza** e che la malattia può diventare un **luogo di incontro** tra medico e paziente, ma anche un **luogo di scontro** con la possibilità di ricadute nella medicina difensiva.

Il dott. Marcolongo dopo aver presentato gli elementi della comunicazione del paziente, una parte visibile (panico, diniego, depressione, disperazione, rabbia, ansia) e una invisibile (paure, colpe, cultura, valori, religione, vissuto) ha ribadito la necessità di trovare la **“chiave”** per entrare nel problema dalla porta del malato, in quanto la semplice informazione non è più sufficiente a rendere i malati competenti nella gestione dei rischi della malattia e della cura. Il malato riesce ad affrontare meglio la sua malattia se acquisisce competenza, intesa come sapere, saper fare e saper essere. Diventa quindi fondamentale un **approccio educativo sistemico** contraddistinto dalla valutazione dei suoi bisogni e capacità, insegnandogli quei comportamenti necessari alla corretta autogestione della malattia, per poi valutare ciò che apprende, accetta ed attua. Diventa quindi necessario **stipulare un contratto terapeutico con il proprio paziente** caratterizzato da un impegno e un'intesa reciproca sul da farsi, con obiettivi chiari e realistici, e dal trasferimento di competenze intellettuali e pratiche dal curante al malato, favorendo l'**empowerment** del malato, quel processo mediante il quale una persona diviene capace di controllare i fattori che determinano il contenuto e la qualità della sua esistenza.

Il Presidente ha poi introdotto la cerimonia ricordando, chiedendo un minuto di silenzio, i colleghi scomparsi nel 2011: Balbi Liliana, Bonaga Roberto, Bottarel Carlo, Calderino Giuseppe, Chiletto Luigi, Colle Giuseppe, Colombana Mario, De Prà Eligio, Dominoni Virgilio, Donadi Giovanni, Dongellini Cesarina, Fossa Giovanni, Innocenti Paolo, Marchetto Guglielmo, Milillo Vitantonio, Moschini Giuseppe, Riccamboni Eleonora, Roccabianca Giovanna, Sarni Michele, Soattin Margherita, Tossani Cesare, Vaglieri Giorgio

ed i colleghi scomparsi nel 2012: Bazzo Gianpietro, Bellonzi Lio, Bresolini Paolo, Cadel Alberto, Carisi Domenico, Chiavus Mario, Dalla Vedova Giuseppe, Di Santo Gino, Fiorella Giovanni, Gallo Pier Luigi, Gianturco Emanuele, Intorcia Antonio, Lippi Agostino, Maschio Ferdinando, Meo Giuseppe, Pittiani Luisa, Pivetta Giuseppe, Sech Ezio.

La cerimonia, coordinata dal Segretario dell'Ordine dott. Daniele Frezza, è proseguita con la consegna della targa d'argento ai Consiglieri uscenti dott.ri Burelli Paolo, Gatto Elvio, Mazzoleni Giovanni, Patera Carlo, Villanova Remigio, Zappia Giuseppe.

È seguita la presentazione dei giovani medici e odontoiatri neo laureati, iscritti all'albo nel 2011, ai quali è stata consegnata dal Presidente la pergamena del Giuramento Professionale e del quale ne hanno dato lettura collettiva. È seguito un breve discorso della dott.ssa Paola Berlese, portavoce di tutti i neo festeggiati, quale segno di impegno propositivo, impegnativo, ma pieno di entusiasmo ed amore per la professione e per la vita.



Medici Chirurghi neo-laureati iscritti all'Albo nel 2011:

Andreatta Elisa, Baratto Alessandra, Bardin Andrea, Barichello Marika, Baro Valentina, Bergamo Serena, Berlese Paola, Berto Alessandro, Bibalo Cristina, Bon Maria, Bonariol Roberta, Brianese Nigritella, Buso Roberta, Calabrò Federica, Caliò Anna, Cavasin Luisa, Cinquetti Martino, Collantoni Enrico, Coppo Silvia, Crisanti Massimo, Dal Cin Stefano, Dalla Toffola Angela, Dall'Antonia Maria Rita, De Bortoli Romina, De Sa Viana Ana Carolina, Dorigo Alice, Dotta Elena, Drusian Elisabetta, Feltrin Irene, Foltran Lusiana, Fuccaro Matteo, Gazzola Matteo,



Gebhard Frieda, Ghin Martina, Girardi Sara, Iossa Maria, Izakson Serafyma, Kolia Olga, Lazzaro Silvia, Mardegan Samuela, Marton Davide, Miceli Alessio, Moret Valentina, Nadal Elena, Pancot Martina, Parisotto Marianna, Po' Chiara, Poles Rosella, Rizzo Michele, Sartori Francesca, Specia Sara, Spodnik Karol, Tagliente Maria, Tofanelli Margherita, Tonon Maddalena, Tsucalas Demetrio, Verardo Alberto, Volpe Andrea, Zambon Elena, Zeraj Drini, Zorzi Cristina

Odontoiatri neo-laureati iscritti all'Albo nel 2011:

De Marchi Claudia, Masarin Marco, Rasera Claudio, Salomon Elena, Schiavon Serena, Scibetta Sandra, Zaniol Alex.

Dopo il giuramento professionale la cerimonia è continuata con la consegna della targa d'argento ai medici collocati in pensione nel corso dell'anno 2011 quale segno di gratitudine per i tanti anni di servizio onorando la professione medica: Anecchino Giacomo, Baggio Riccardo, Balaguer Miguel Felix, Caltran Augusto, Cascone Carmelo, Castagnotto Paolo, Colombo Giorgio, Colombo Giovanni, Cortese Gabriele, Fede Aura, Gallo Italo, Giuliani Giovanni, Hijazin Victor, Largajolli Franco, Manzotti Giorgio, Mazzanti Ferruccio, Mistretta Annarita, Patron Giorgio, Perez Giancarlo, Piovesana Claudio, Salvador Antonio, Virone Calogero, Volpato Eleonora, Zorat Pier Luigi.



A conclusione della cerimonia è stata consegnata dal Presidente la medaglia d'oro ai medici con 50 anni di laurea nel 2011, quale affettuoso atto di riconoscenza, e la lettura da parte del Segretario dott. Daniele Frezza, solo per i presenti, di un sintetico curriculum professionale: Agostini Nevilla, Arrigoni Giannantonio, Batacchi Giam Paolo, Bondi Livio, Bortolozzi Giorgio Maria, Capitano Gian Nicolò, Chioin Raffaello, Corbolante Maurino, Donadon Enrico, Forni Liana Vittoria, Latrofa Alberto, Massani Guglielmo, Recchia Vincenzo, Spada Giuseppe, Stellini Domenico, Stramare Giovanni.



COME CAMBIANO LE PENSIONI

La riforma delle pensioni che garantisce la sostenibilità del sistema previdenziale a oltre 50 anni (primo Ente previdenziale privatizzato a mettersi in regola con i nuovi requisiti introdotti dal Decreto Salva Italia) è stata approvata dal Consiglio di amministrazione della Fondazione ENPAM il 16 marzo 2012 e, limitatamente alla determinazione della contribuzione della Quota A, dal Consiglio nazionale del 24 marzo 2012. La riforma, che ha ora ricevuto il nulla osta dei Ministeri del Lavoro e dell'Economia, entrerà in vigore il 1° gennaio 2013.

Negli interventi di riordino approvati sono stati seguiti i seguenti criteri:

- > **rispettare il pro rata:** la parte di pensione maturata fino al 31/12/2012 verrà calcolata con i vecchi criteri; non verrà toccato quanto assegnato prima del 2013 (contributi ordinari, aliquota modulare, riscatti della laurea, allineamento, etc);
- > valutare la tenuta del sistema su un unico **bilancio tecnico della Fondazione**, tenendo conto del saldo corrente (che include anche i proventi del patrimonio).

Per i Fondi maggiori il **metodo di calcolo della pensione resta il contributivo indiretto ENPAM**; un sistema che, come ha detto anche il Ministro, considera “un periodo di riferimento per il computo del reddito pensionabile pari all’intera vita lavorativa, sempre nella previsione di aliquote di rendimento che garantiscano l’equità attuariale e la sostenibilità finanziaria del sistema”. La rivalutazione è agganciata all’inflazione, che è in crescita, invece che al PIL, che può avere anche un andamento prossimo allo zero (come nel 2011) o negativo (come previsto per il 2012).

La riforma prevede anche un percorso di omogeneizzazione del regime previdenziale delle gestioni.



Pensione di vecchiaia

La pensione di vecchiaia vede un innalzamento graduale dell'età dagli attuali 65 anni fino a 68 anni (dal 2018) secondo lo schema sottoriportato:

Fino al 31.12.2012	2013	2014	2015	2016	2017	Dal 2018 in poi
65 anni	65 anni e 6 mesi	66 anni	66 anni e 6 mesi	67 anni	67 anni e 6 mesi	68 anni

Pensione anticipata

Resta possibile andare in pensione anticipata, anche se l'età minima aumenterà fino a 62 anni (dal 2018) come voluto dal Ministro:

Fino al 31.12.2012	2013	2014	2015	2016	2017	Dal 2018 in poi
58 anni con applicazione finestre	59 anni e 6 mesi	60 anni	60 anni e 6 mesi	61 anni	61 anni e 6 mesi	62 anni

Chi sceglierà il pensionamento anticipato avrà una riduzione rispetto alla pensione ordinaria perché percepirà l'assegno per un numero maggiore di anni.

Oltre che il requisito dell'età minima sarà necessario maturare un'anzianità contributiva di 35 anni e un'anzianità di laurea di 30 anni; oppure, senza il requisito dell'età minima, si potrà andare in pensione anticipata con un'anzianità contributiva di 42 anni e un'anzianità di laurea di 30 anni.

L'**aliquota contributiva** resta per tutti la stessa fino al 2014. Si prevede un aumento graduale dal 2015, quando verranno sbloccate le convenzioni (*per i fondi che rimangono al contributivo indiretto*).

Chi resterà più a lungo al lavoro continuerà ad essere premiato: i contributi versati dopo il compimento dell'età per la pensione di vecchiaia varranno il 20% in più (*per i fondi che rimangono al contributivo indiretto*).

Per i **giovani** sono previste misure migliorative. Gli iscritti con età inferiore ai 50 anni potranno contare, a partire dal 1° gennaio 2013, su un **tasso di rivalutazione dei contributi versati al 100%** dell'inflazione, per tutti gli altri invece il tasso è pari al 75%.

La flessibilità del sistema ENPAM consentirà anche la possibilità di aumentare l'aliquota di prestazione (o aliquota di rendimento) sulla base dell'avanzo economico che risulterà dai prossimi bilanci tecnici. L'incremento dell'aliquota **farà crescere l'importo** della rendita mensile della pensione (*per i fondi che rimangono al contributivo indiretto*).

Contributivo indiretto a valorizzazione immediata

L'ENPAM finora aveva definito il suo sistema come retributivo reddituale; nella realtà si tratta di un vero e proprio metodo contributivo perché le pensioni sono legate ai contributi versati lungo l'arco dell'intera vita lavorativa, con l'uso di un'aliquota di prestazione (o aliquota di rendimento) che la Fondazione stabilisce sulla base di tecniche attuariali. *Il metodo ENPAM viene definito contributivo indiretto perché, ai fini del calcolo, la prestazione viene determinata in base ai compensi rivalutati (comunque sempre ricostruiti a partire dalla contribuzione versata).*

È un meccanismo a valorizzazione immediata perché consente di assegnare subito ai contributi pagati un valore certo, che sarà riscosso al momento del pensionamento.

Questo metodo rimane per i fondi della Medicina generale, degli Specialisti ambulatoriali e della Libera professione che in totale rappresentano oltre l'80% delle entrate contributive dell'ENPAM.

Fondo generale – Quota A

La Quota A è il fondo pensionistico obbligatorio per tutti i medici e gli odontoiatri iscritti all'Albo professionale (348.846 tra medici e odontoiatri contribuiscono al 17% delle entrate dell'ENPAM) e garantisce tutte le prestazioni della previdenza obbligatoria:

- una pensione di base (attualmente di circa 200 euro al mese);
- una pensione di circa 15 mila euro (minimo) nei casi di invalidità o di decesso dell'iscritto in attività, che si applica anche ai giovani medici o dentisti indipendentemente dei contributi versati;
- l'indennità di maternità anche se l'iscritta non ha redditi professionali;
- **prestazioni assistenziali (es: calamità naturali, indigenza, assistenza domiciliare).**

La Quota A passa al metodo di calcolo **contributivo** definito dalla **legge 335/95**.

Per la Quota A continua a non essere prevista la pensione anticipata. Tuttavia, su richiesta dei sindacati dei dipendenti, è stata mantenuta la **possibilità di andare in pensione a 65 anni** per chi sceglierà il contributivo (legge 335/95) su tutta l'an-



zianità maturata, in analogia a quanto previsto dal Ministro Fornero per il pensionamento anticipato delle donne nel sistema previdenziale pubblico.

Le quote da versare restano sostanzialmente invariate, cambia solo il meccanismo di indicizzazione: dal 1° gennaio 2013 i contributi saranno indicizzati nella misura del 75% del tasso di inflazione (previsto pari al 2%) maggiorato di un punto e mezzo percentuale.

Fondo dei medici di medicina generale

(68.670 iscritti attivi contribuiscono al 53% delle entrate dell'ENPAM)

L'aliquota contributiva rimane al 16,5% per i MMG, e al 15% per i PLS, fino al 31 dicembre 2014. Nel 2015 l'aliquota passerà al 17% per i medici e al 16% per i pediatri. Dal 2016 è previsto un aumento graduale dell'1% all'anno fino a un massimo del 26% (nel 2024; per i pediatri nel 2025). I contributi versati dal 1° gennaio 2013 verranno trasformati in rendita mensile con un'aliquota di prestazione (o di rendimento) dell'1,4%. Per i PLS quest'aliquota verrà calcolata in proporzione all'aliquota di contribuzione fino a raggiungere l'1,4% dal 2025 in poi. Il metodo di calcolo della pensione resta il contributivo indiretto ENPAM.

Fondo degli specialisti ambulatoriali

(17.720 iscritti attivi contribuiscono al 14% delle entrate dell'ENPAM)

Dal 1° gennaio 2013 anche per gli Specialisti ambulatoriali sarà più semplice calcolare la pensione. La parte di prestazione maturata a partire da questa data, infatti, verrà determinata con lo stesso metodo (contributivo indiretto) già impiegato per il fondo della medicina generale.

L'aliquota contributiva resterà al 24% fino al 2014. A partire dal 1° gennaio 2015 ci sarà un aumento graduale di 1 punto percentuale all'anno fino ad allinearsi all'aliquota media dei dipendenti che è del 32,65% (nel 2023). L'aliquota di prestazione (o rendimento) sarà il 2,10% all'anno (per gli iscritti con contratto di dipendenza sarà del 2,30%). Visto che la pensione verrà calcolata con il contributivo indiretto, lo "zainetto" maturato fino al 31 dicembre 2012 verrà rivalutato al 100% dell'Istat.

Dal 1° gennaio 2013 gli iscritti che hanno scelto il contratto di dipendenza potranno andare in pensione con gli stessi requisiti che sono validi per gli iscritti convenzionati.

Liberi professionisti (Quota B del Fondo generale)

(151.948 iscritti attivi contribuiscono al 15% delle entrate dell'ENPAM)

L'aliquota contributiva resta il 12,5% fino al 2014. Dal 1° gennaio 2015 ci sarà un aumento graduale dell'1% all'anno fino a un massimo del 19,5% (nel 2021). I contributi versati dal 1° gennaio 2013 verranno trasformati in rendita mensile con un'aliquota di prestazione (o rendimento) dell'1,25%. È previsto anche un aumento del tetto di reddito entro il quale si pagano i contributi ordinari: nel 2013 sarà di 70.000 euro, nel 2014 sarà di 85.000 euro, fino ad agganciarsi, dal 2015 in poi, al massimale stabilito dalla legge per l'INPS. Il metodo di calcolo della pensione resta il contributivo indiretto ENPAM.

Specialisti esterni

(6.629 iscritti attivi contribuiscono allo 0,8% delle entrate dell'ENPAM)

La pensione verrà calcolata in base al contributivo definito dalla legge 335/95. La parte di pensione maturata fino al 31 dicembre 2012 dagli specialisti convenzionati in forma individuale verrà calcolata con il contributivo indiretto.

Il Vice Presidente dell'Ordine

Dott. Brunello Gorini

IV CONFERENZA NAZIONALE SULLA FORMAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

Cernobbio 15 e 16 ottobre 2012

Anche quest'anno si è svolto l'abituale appuntamento a Cernobbio sulla Formazione Continua in Medicina. Nello splendido scenario di Villa Erba il 15 e 16 Ottobre u.s. si è tenuta, infatti, la IV Conferenza Nazionale ECM organizzata e gestita dalla Commissione Nazionale e dal Ministero della Salute in collaborazione con l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas).

Quest'anno il tema centrale del Forum è stata la Qualità, declinata nelle sue principali dimensioni: qualità dell'attività formativa, dei Provider, delle procedure di certificazione.

Questo incontro è stato per i protagonisti della formazione in sanità un'occasione per confrontarsi sullo stato dell'arte dell'ultimo Accordo Stato-Regioni, che ha portato ad un consolidamento di organi, procedure e strumenti del sistema ECM, per fare il punto sui risultati raggiunti dalle sperimentazioni e innovazioni messe in campo ed infine per affrontare problemi e criticità emersi nel promuovere tali esperienze.

Nella mattina dedicata a *“La Formazione e Qualità del Professionista – La Sperimentazione del Dossier Formativo”*, il dott. Daniele Frezza, Direttore del Servizio Formazione e Aggiornamento dell'Azienda ULSS 9, ha presentato i risultati raggiunti dalla sperimentazione del *Dossier d'Equipè* condotta dai Servizi Formazione e Aggiornamento della Regione Veneto. La dr.ssa Maria Teresa Manoni, Direttore del Centro ECM della Regione Veneto, ha introdotto gli obiettivi e le fasi della sperimentazione, mentre è stato compito dell'ULSS N.9 descrivere i risultati emersi correlati ad aspetti tecnici della gestione e programmazione della formazione.

Secondo le indicazioni nazionali, il Dossier Formativo ha l'obiettivo di tracciare la storia formativa del professionista, evidenziandone le conoscenze e le competenze professionali, in coerenza con le esigenze organizzative, per il miglioramento della qualità dell'assistenza (...) *“in particolare deve tendere a favorire lo sviluppo professionale continuo dell'individuo e dei gruppi di appartenenza e risponde alle esigenze di programmazione e valutazione aziendale”*.

Sulla base di tale definizione i Servizi Formazione hanno deciso di applicare e verificare in una prima fase il Dossier Formativo d'Equipè. Esso consente, infatti, di tracciare trasversalmente lo sviluppo formativo di tutti i professionisti del team, con l'obiettivo di passare da una formazione individuale ad una formazione multidimensionale e integrata tra le professioni per garantire appropriatezza, efficacia, sicurezza delle cure 7 giorni su 7.

Una volta identificato il Dipartimento o Unità Operativa dove attuare la sperimentazione, si è passati a mappare il gruppo professionale e ad inserire i nominativi (nome, cognome, codice fiscale e ruolo) all'interno del Software Gestionale del Cogeaps. La fase successiva è stata definire il dossier formativo che fosse collegato alla gestione della formazione e allo sviluppo del Piano Formativo Aziendale, con l'identificazione delle % degli obiettivi di formazione da raggiungere



(tecnico-professionali, di processo e di sistema).

Nell'Azienda ULSS 9 hanno sperimentato il Dossier Formativo di Equipè gli operatori sanitari del Pronto Soccorso e della Medicina D'Urgenza. Dall'analisi dei bisogni di formazione, avvenuta attraverso incontri tra l'equipè e il Servizio Formazione si sono delineati i seguenti obiettivi di formazione nelle tre macroaree:

- Obiettivi tecnico professionali 60% (Corsi certificati BLS, ACLS, ITLS, ATLS, PALS, PEEP, Ecografia, Ventilazione, Triage),
 - Obiettivi di processo 10% (Comunicazione, Gestione del tempo),
 - Obiettivi di sistema 10% (Risk management, qualità),
- ed anche Obiettivi Formativi Individuali per circa un 20%.

Sperimentare il Dossier d'Equipè ci ha permesso di studiare, analizzare e riflettere su questo importante strumento nell'analisi dei bisogni e di programmazione, va sicuramente integrato nel processo di gestione della formazione delle Aziende Sanitarie e dei gruppi professionali.

Dal Dossier Formativo di Gruppo le Aziende potranno sviluppare la capacità di giungere al Dossier Formativo Individuale d'intesa con Agenas, Cogeaps e Regioni, il quale rappresenta una tappa futura di ogni singolo medico, che verrà valutata, come prevede la normativa ECM, nel suo percorso di formazione dagli Ordini Professionali.

Il Segretario
Dott. Daniele Frezza

MMG - LIMITI DI PERMANENZA IN CONVENZIONE

La Corte di Cassazione, sezione lavoro, con sentenza n. 8232/2011, depositata il giorno 11/4/11, ha rigettato il ricorso di un medico convenzionato con il S.S.N. per il trattenimento in convenzione oltre il 70esimo anno di età. In particolare, l'Accordo collettivo per la medicina generale del 2005, richiamando le disposizioni di cui all'art. 15 nonies del D.Lgs n. 502/92 e prendendo atto della sospensione dell'efficacia di questa normativa prevista dall'art. 6 D.Lgs. n. 254/00 in base alla quale continuava ad applicarsi la vecchia disposizione di cui all'art. 6, comma 1, lett. a) del D.P.R. n. 484/96, ha ribadito quanto già previsto con la norma transitoria n. 8 del D.P.R. 270/2000 che differisce il termine di entrata in vigore di questa nuova disciplina fino al raggiungimento di una specifica intesa tra le parti e pertanto il **limite di permanenza in convenzione risulta al compimento del 70esimo anno, senza facoltà di proroga o senza imposizione di anticipo da parte della Asl.**

OBBLIGO COPERTURA ASSICURATIVA PER GLI ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE

Il D.P.R. 7 agosto 2012 n. 137 ha prorogato al 13 agosto 2013 l'obbligo di copertura assicurativa per gli esercenti le professioni sanitarie.

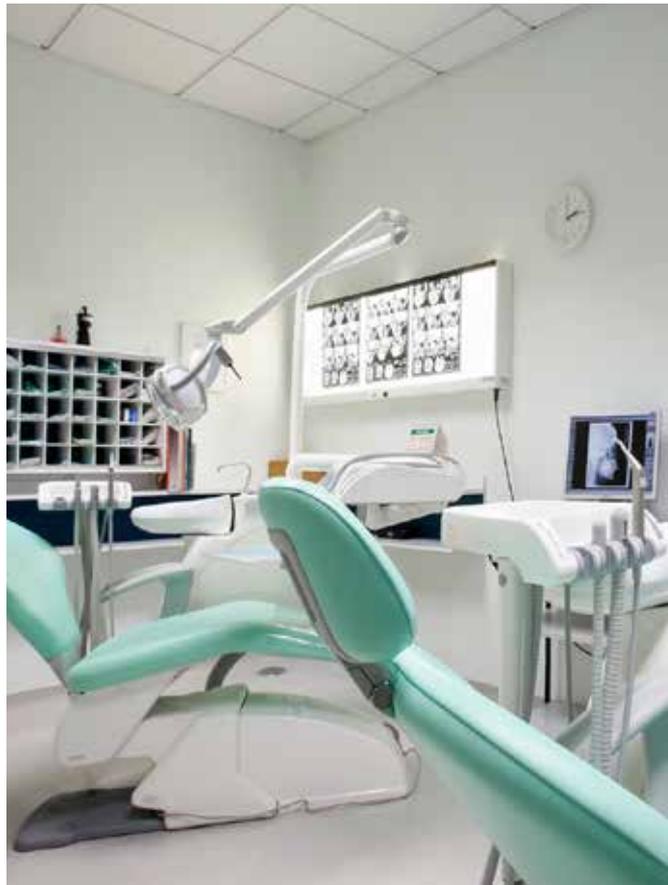
La norma permette al professionista di stipulare la polizza anche per il tramite di convenzioni collettive negoziate dai Consigli Nazionali e dagli Enti di Previdenza.

NESSUN OBBLIGO DI NOMINA DEL MEDICO COMPETENTE NEGLI STUDI ODONTOIATRICI

Con particolare riferimento ai rischi che possono far insorgere la sorveglianza sanitaria obbligatoria negli Studi Odontoiatrici, le principali Associazioni di categoria, confortate dagli studi scientifici e dalla letteratura di settore, nonché dalle valutazioni del Ministero della Salute e della FNOMCeO, hanno da sempre escluso l'obbligo della nomina del medico competente, essendo la valutazione dei rischi e il suo monitoraggio competenza specifica del professionista titolare.

Già il Ministero della Salute, con nota del 16/05/2005 ha avuto modo di specificare che: "il datore di lavoro può prescindere dalla applicazione di alcune disposizioni, tra cui la prevista sorveglianza sanitaria, qualora i risultati delle valutazioni del rischio, dimostrino che l'attuazione della stessa non è necessaria".

Più recentemente, con circolare del 5/06/2012, la FNOMCeO ha ribadito a tutti gli iscritti all'Albo Odontoiatri che: "l'attività odontoiatrica non richiede l'obbligo della sorveglianza sanitaria e quindi non è necessaria la nomina del medico competente".



eventualmente diventarlo solo dopo la valutazione del rischio effettuata dal datore di lavoro, il quale monitorando sul lavoratore stesso, può decidere a causa di eventuali criticità riscontrate all'interno del proprio Studio, di sottoporlo alla sorveglianza sanitaria.

Un'Azienda Sanitaria territoriale della nostra provincia, ha sinora ritenuto, invece, che la sorveglianza sanitaria negli studi odontoiatrici sia sempre necessaria: e ciò a prescindere dal caso concreto, ritenendola, dunque, obbligatoria in via generale ed astratta, già all'atto della valutazione del rischio. In sostanza, secondo l'interpretazione data alla normativa da tale Azienda Sanitaria, poiché la valutazione del rischio negli studi odontoiatrici comprende anche la stima del pericolo derivante dagli agenti biologici, la sorveglianza sanitaria s'imporrebbe obbligatoriamente ex ante, pur non essendo il relativo dovere coniato in alcuna norma.

Finalmente è giunta a tal proposito una nota chiarificatrice del 23 ottobre u.s. (che pubblichiamo di seguito) da parte dell'ufficio competente della Regione Veneto (Direzione Prevenzione - Servizio tutela e sicurezza nei luoghi di lavoro) che, interpellato nel merito dall'Agenzia Regionale Socio Sanitaria, testualmente così risponde: "... la nomina del medico competente non costituisce un obbligo tout court per il datore di lavoro, ma essa è subordinata agli esiti della citata attività di valutazione dei rischi".

Alla luce di ciò appare dunque evidente come la sorveglianza sanitaria non è mai necessaria ex ante ma può

Il Presidente Commissione Albo Odontoiatri
Dott. Luigino Guarini



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data **3 OTT. 2012** Protocollo N° **480530** Class: **E92.05/Prat.** Fasc. Allegati N°
66.00.05.01.03

Oggetto: Quesito sull'obbligo di nomina del medico competente per gli studi odontoiatrici. Parere.

All'Agenzia Regionale Socio Sanitaria
 del Veneto
 Unità Sviluppo per la Qualità
 Dott.ssa Cinzia Bon

SEDE

Si fornisce riscontro alla richiesta di chiarimento in ordine alla eventuale sussistenza dell'obbligo di nomina del medico competente ex art. 18, comma 1, lettera a) del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, nell'ambito degli studi odontoiatrici.

Gli articoli 18, comma 1, lettera a) e 41, comma 1, lettera a) del citato decreto legislativo, prevedono che l'obbligo di nomina del medico, sussiste nei casi in cui risulta obbligatoria l'attività di sorveglianza sanitaria sui lavoratori esposti agli specifici rischi professionali.

A sua volta l'accertamento della sussistenza dell'obbligo di sorveglianza sanitaria deriva dalle risultanze della valutazione dei rischi ex artt. 17, 28 e 29 del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81.

Alla luce delle richiamate disposizioni, risulta che la nomina del medico competente non costituisce un obbligo *tout court* per il datore di lavoro, ma essa è subordinata agli esiti della citata attività di valutazione dei rischi.

L'occasione è gradita per porgere i migliori saluti.

DIREZIONE PREVENZIONE
 SERVIZIO TUTELA E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO
 Dott. Luciano Marchiori

LM/AC
 Servizio Tutela Salute Sicurezza nei Luoghi di Lavoro; dott. Luciano Marchiori
 P.O. Vigilanza Tecnica e Contenzioso; avv. Alberto Chinaglia
 Tel 041.2791607 Fax 041.2791331
 AC67/Pareri/Sorveglianza sanitaria studi odontoiatrici/Riscontro ARSS

Direzione Prevenzione
 Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia - Tel. 041/2791313-14-15 - Fax 041/2791331
 e-mail: prevenzione@regione.veneto.it



LA RUBRICA DEI GIOVANI MEDICI

a cura di Dal Bò Silvia

FNOMCeO E SCUOLA DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE

In seguito alla mobilitazione dei colleghi che frequentano la Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale, la FNOMCeO ha richiesto ed ottenuto l'istituzione di un tavolo tecnico presso il Ministero della Salute allo scopo di dare risposta alle criticità emerse. Pubblichiamo nel sito dell'Ordine (www.ordinemedicitreviso.org) il documento che sarà la traccia di lavoro dei colleghi dott. Marinoni Guido e dott. Stella Roberto, rappresentanti della FNOMCeO presso il suddetto tavolo.

In particolare il documento mette in evidenza alcune problematiche importanti:

- l'accesso al corso di formazione non favorisce chi ha una "vocazione" per la Medicina Generale: non vengono favoriti coloro che hanno tesi di laurea attinente, chi possiede ulteriori tirocini oltre a quelli obbligatori, chi ha fatto pubblicazioni inerenti ecc.
- il test di ammissione è prevalentemente clinico e non attitudinale così da permettere anche a chi ha una vocazione ospedaliera di essere ammesso al corso per poi lasciare il posto vacante nel momento in cui accede ad una specialità
- la programmazione dei posti previsti dalle singole regioni non sempre è adeguata alle reali esigenze con carenze da una parte ed esuberanti dall'altra
- vi è una disparità nel trattamento economico dei discenti rispetto agli specializzandi di altre discipline mediche oltre a ritardi nei pagamenti e assenza della tutela della maternità
- anche se la legge finanziaria del 2001 consente ai medici impe-

gnati nella formazione specifica in Medicina Generale di svolgere attività di sostituzione dei medici di assistenza primaria e nel servizio di continuità assistenziale, non ne viene riconosciuto il valore professionalizzante ma anzi si arriva al paradossale conflitto con le attività didattiche.

Da qui nascono le richieste della FNOMCeO contenute nel documento:

- definire le compatibilità professionalizzanti che permettano al discente di formarsi e guadagnare senza ulteriore impegno di risorse pubbliche;
 - fare attività nelle Associazioni Funzionali Territoriali ed avere la precedenza nelle graduatorie della CA rispetto ad altri specializzandi (cosa che in Veneto vale già con ACR del 2005 e modificato dal DGR n. 1068 del 30.12.2007);
 - favorire l'inserimento nel mondo del lavoro con iscrizione durante l'ultimo anno di corso alla graduatoria sotto condizione;
 - rivedere il regime assicurativo;
 - riconoscimento del titolo di specializzazione;
 - la presenza dei rappresentanti dei discenti presso il tavolo tecnico.
- Sarà nostra cura riportare puntualmente i risultati del lavoro del tavolo tecnico su di un argomento così rilevante per tanti giovani colleghi.



Dott.ssa Dal Bò Silvia

25 NOVEMBRE: UNA DATA DA RICORDARE



Il 25 novembre si è celebrata la giornata internazionale per l'eliminazione della violenza sulle donne. La data ricorda le tre sorelle Mirabal, attiviste della Repubblica Dominicana, uccise il 25 novembre 1961.

La Convenzione di Istanbul del 2011 definisce la "violenza nei confronti delle donne" una violenza dei diritti umani e una forma di discriminazione contro le donne, comprendente tutti gli atti di violenza fondati sul genere che provocano o sono suscettibili di provocare danni o sofferenze di natura fisica, sessuale, psicologica o economica, comprese le minacce di compiere tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica che nella vita privata.

La cronaca ci ricorda come gli atti di brutalità nei confronti delle donne siano sempre più frequenti: nel solo 2012 sono 113 le donne uccise in Italia di cui 73 dal proprio partner. Questi i dati ufficiali, ma quanto vi è di sommerso e non detto. Spesso è proprio il medico il primo interlocutore delle donne vittime di violenza e ciò impone a tutta la categoria di mantenere alta l'attenzione su di un tema così tristemente attuale.

Dott.ssa Dal Bò Silvia

GRADUATORIA REGIONALE PER LA MEDICINA GENERALE, CONTINUITÀ ASSISTENZIALE, EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE PER L'ANNO 2014

Ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 23.3.2005:

ART. 15 – GRADUATORIA REGIONALE

1. I medici da incaricare per l'espletamento delle attività di settore disciplinate dal presente accordo sono tratti da graduatorie per titoli, una per ciascuna delle attività di cui all'art. 13 (graduatorie di settore), predisposte annualmente a livello regionale, a cura del competente Assessorato alla Sanità. Le Regioni possono adottare, nel rispetto delle norme di cui al presente Accordo, procedure tese allo snellimento burocratico e all'abbreviazione dei tempi necessari alla formazione delle graduatorie. Gli accordi regionali possono inoltre prevedere la formulazione di una graduatoria unica regionale per tutte le attività disciplinate dal presente Accordo.
Le graduatorie hanno validità di un anno a partire dal 1° gennaio dell'anno al quale sono riferite, decadono il 31 dicembre dello stesso anno, e sono utilizzate comunque per la copertura degli incarichi rilevati come vacanti nel corso dell'anno di validità delle graduatorie di settore medesime.
La domanda per l'inserimento nella graduatoria regionale viene presentata una sola volta, ed è valida fino a revoca da parte del medico, mentre annualmente vengono presentate domande integrative dei titoli, aggiuntivi rispetto a quelli precedentemente allegati, sulla base dell'Allegato A1 del presente Accordo. Annualmente, sulla base delle domande presentate e delle domande integrative, viene predisposta la graduatoria regionale relativa all'anno in corso, con modalità operative definite nell'ambito degli accordi regionali.
2. Il rapporto di lavoro di cui al presente Accordo può essere instaurato da parte delle Aziende solo con i medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale, o titolo equipollente, come previsto dai decreti legislativi 8 agosto 1991, n. 256, 17 agosto 1999 n. 368 e 8 luglio 2003 n. 277.
3. I medici che aspirano all'iscrizione nelle graduatorie di cui al comma 1, devono possedere i seguenti requisiti alla scadenza del termine per la presentazione delle domande:
 - a) iscrizione all'Albo professionale;
 - b) essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale, o titolo equipollente, come previsto dai decreti legislativi 8 agosto 1991 n. 256, 17 agosto 1999 n. 368 e 8 luglio 2003 n. 277
4. Ai fini dell'inclusione nella relativa graduatoria annuale di settore i medici devono presentare o inviare, con plico raccomandato entro il termine del 31 gennaio, all'Assessorato alla Sanità della Regione o ad altro soggetto individuato dalla Regione, in cui intendono prestare la loro attività, una domanda unica conforme allo schema allegato sub lettera A), corredata dalla documentazione atta a provare il possesso dei requisiti e dei titoli dichiarati o dall'autocertificazione e dichiarazione sostitutiva ai sensi della normativa vigente. La domanda è unica ed in essa è indicata la richiesta di inclusione da parte del medico in una o più graduatorie di settore.
5. Ai fini della determinazione del punteggio valido per la graduatoria sono valutati solo i titoli accademici e di servizio posseduti alla data del 31 dicembre dell'anno precedente.
6. Il medico che sia già stato iscritto nella graduatoria regionale di settore dell'anno precedente deve presentare, per l'anno in corso, con la domanda integrativa di cui all'Allegato A1, l'autocertificazione della iscrizione all'Albo professionale e la documentazione probatoria degli ulteriori titoli acquisiti nel corso dell'ultimo anno nonchè di eventuali titoli non presentati per la precedente graduatoria.
7. La domanda deve essere in regola con le vigenti norme di legge in materia di imposta di bollo.
8. L'amministrazione regionale, sulla base dei titoli e dei criteri di valutazione di cui al successivo art. 16, predisporre una graduatoria regionale di settore per ciascuna delle attività disciplinate dal presente Accordo e indicate all'art. 13, da valer per l'anno solare successivo, specificando a fianco di ciascun nominativo, il punteggio conseguito, la residenza ed evidenziando l'eventuale possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui ai decreti legislativi 8 agosto 1991 n. 256, 17 agosto 1999 n. 368 e 8 luglio 2003 n. 277.
9. La graduatoria è resa pubblica entro il 30 settembre sul Bollettino Ufficiale della Regione ed entro 30 giorni dalla pubblicazione i medici interessati possono presentare all'Assessorato regionale alla Sanità istanza di riesame della loro posizione in graduatoria.
10. Le graduatorie regionali di settore sono approvate e pubblicate sul Bollettino Ufficiale della Regione in via definitiva entro il 31 dicembre dall'Assessorato regionale alla Sanità.
11. I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato per una o più delle attività di cui al presente Accordo non possono fare domanda di inserimento nella relativa graduatoria di settore, e, pertanto, possono concorrere alla assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.
12. Le Aziende Sanitarie Locali, sulla base di apposite determinazioni previste dagli Accordi Regionali che modifichino le procedure previste dal presente Accordo in materia di attribuzione degli incarichi provvisori, possono predisporre graduatorie per la disponibilità alla copertura degli incarichi vacanti da parte dei medici inseriti nella graduatoria regionale di settore relativa o, in carenza, ove necessario, da parte dei medici in possesso dei requisiti previsti dal presente articolo.

Il modulo per produrre la domanda sarà a disposizione presso la segreteria dell'Ordine o scaricabile dal sito www.ordinemedicitreviso.org entro i primi giorni del mese di gennaio p.v.

GRADUATORIA REGIONALE PER LA PEDIATRIA **DI LIBERA SCELTA PER L'ANNO 2014**

Ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i pediatri di libera scelta del 15.12.2005:

ART. 15 – GRADUATORIA REGIONALE

1. I pediatri da incaricare per l'espletamento delle attività dal presente Accordo sono tratti da graduatorie uniche per titoli, predisposte annualmente a livello regionale, a cura del competente Assessorato alla Sanità.
Le Regioni possono adottare, nel rispetto delle norme di cui al presente Accordo, procedure tese allo snellimento burocratico e all'abbreviazione dei tempi necessari alla formazione delle graduatorie. La domanda per l'inserimento nella graduatoria regionale viene presentata una sola volta, ed è valida fino a revoca da parte del pediatra, mentre annualmente vengono presentate domande integrative dei titoli, aggiuntivi rispetto a quelli precedentemente allegati, sulla base dell'Allegato A1 del presente Accordo. Annualmente, sulla base delle domande presentate e delle domande integrative, viene predisposta la graduatoria regionale relativa all'anno in corso, con modalità operative definite nell'ambito degli Accordi regionali.
2. I pediatri che aspirano all'iscrizione nelle graduatorie di cui al comma 1, devono possedere i seguenti requisiti alla scadenza del termine per la presentazione delle domande:
 - a) iscrizione all'Albo professionale;
 - b) diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti.
3. Ai fini dell'inclusione nella relativa graduatoria annuale i pediatri devono presentare o inviare, con plico raccomandato entro il termine del 31 gennaio, all'Assessorato alla Sanità della Regione, o ad altro soggetto individuato dalla Regione, in cui intendono prestare la loro attività, una domanda conforme allo schema allegato sub lettera A), corredata dalla documentazione atta a provare il possesso dei requisiti e dei titoli dichiarati o dall'autocertificazione e dichiarazione sostitutiva ai sensi della normativa vigente.
4. Ai fini della determinazione del punteggio valido per la graduatoria sono valutati solo i titoli accademici e di servizio posseduti alla data del 31 dicembre dell'anno precedente.
5. Il pediatra che sia già stato iscritto nella graduatoria regionale dell'anno precedente deve presentare, per l'anno in corso, con la domanda integrativa di cui all'Allegato A1, l'autocertificazione della iscrizione all'Albo professionale e la documentazione probatoria degli ulteriori titoli acquisiti nel corso dell'ultimo anno nonché di eventuali titoli non presentati per la precedente graduatoria.
6. La domanda deve essere in regola con le vigenti norme di legge in materia di imposta di bollo.
7. L'amministrazione regionale, sulla base dei titoli e dei criteri di valutazione di cui al successivo art. 16, predispone una graduatoria regionale da valere per un anno, specificando, a fianco di ciascun nominativo, il punteggio conseguito e la residenza.
8. La graduatoria è resa pubblica entro il 30 settembre sul Bollettino Ufficiale della Regione ed entro 30 giorni dalla pubblicazione i pediatri interessati possono presentare all'Assessorato regionale alla Sanità istanza di riesame della loro posizione in graduatoria.
9. La graduatoria regionale è approvata e pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione in via definitiva entro il 31 dicembre dall'Assessorato regionale alla Sanità.
10. La graduatoria ha validità di un anno a partire dal 1° gennaio dell'anno al quale è riferita, ed è utilizzata comunque per la copertura degli incarichi rilevati come vacanti nel corso dell'anno di validità della graduatoria medesima.
11. I pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato ai sensi del presente Accordo non possono fare domanda di inserimento nella graduatoria e, pertanto, possono concorrere alla assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.
12. Le Aziende Sanitarie Locali, sulla base di apposite determinazioni previste dagli Accordi Regionali che modifichino le procedure previste dal presente Accordo in materia di attribuzione degli incarichi provvisori, possono predisporre graduatorie per la disponibilità alla copertura degli incarichi vacanti da parte dei pediatri inseriti nella graduatoria regionale o, in carenza, ove necessario, da parte dei pediatri in possesso dei requisiti previsti dal presente articolo.

Il modulo per produrre la domanda sarà a disposizione presso la segreteria dell'Ordine o scaricabile dal sito www.ordinemedicitreviso.org entro i primi giorni del mese di gennaio p.v.

GRADUATORIA PROVINCIALE PER LA SPECIALISTICA AMBULATORIALE PER L'ANNO 2014

Ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni del 9.2.2005 (come modificato dall'Intesa del 29.7.2009):

ART. 21 – GRADUATORIE – DOMANDE – REQUISITI

1. Il professionista, medico specialista e delle altre professionalità sanitarie di cui al presente Accordo, che aspiri a svolgere la propria attività professionale nell'ambito delle strutture del SSN, in qualità di sostituto o incaricato, deve inoltrare, entro e non oltre il 31 gennaio di ciascun anno – a mezzo raccomandata A/R o mediante consegna diretta al competente ufficio del Comitato zonale nel cui territorio di competenza aspiri ad ottenere l'incarico – apposita domanda redatta come da modello allegato B. Sono fatte salve diverse determinazioni definite dalla Regione.
2. Qualora l'Azienda comprenda Comuni di più Province, la domanda deve essere inoltrata al Comitato zonale della Provincia in cui insiste la sede legale dell'Azienda.
3. La domanda deve contenere le dichiarazioni, rese ai sensi del D.P.R. n. 445/00, atte a provare il possesso dei titoli professionali conseguiti fino al 31 dicembre dell'anno precedente elencati nella dichiarazione stessa.
4. La domanda deve essere in regola con le vigenti norme di legge in materia di imposta di bollo.
5. Alla scadenza del termine di presentazione della domanda di inserimento nella graduatoria, pena la nullità della domanda stessa e di ogni altro provvedimento conseguente, l'aspirante deve possedere i seguenti requisiti:
 - a) essere iscritto all'Albo professionale;
 - a1) possedere il diploma di laurea in medicina e chirurgia, odontoiatria e protesi dentaria, medicina veterinaria, psicologia, scienze biologiche, chimica, ovvero la laurea specialistica della classe corrispondente ;
 - b) possedere il titolo per l'inclusione nelle graduatorie delle branche principali della specialità medica o della categoria professionale interessata previste nell'allegato A.
 Il titolo è rappresentato dal diploma di specializzazione. Per la branca di odontostomatologia è titolo valido per l'inclusione in graduatoria anche l'iscrizione all'Albo professionale degli Odontoiatri di cui alla legge n. 409/85. Il titolo di specializzazione in psicoterapia, riconosciuto ai sensi degli artt. 3 e 35 della legge 18 febbraio 1989, n. 56, come equipollente al diploma rilasciato dalle corrispondenti scuole di specializzazione universitaria, deve intendersi valido in riferimento allo psicologo, per la disciplina di psicologia ed al medico o allo psicologo per la disciplina di psicoterapia.
6. La domanda di inclusione in graduatoria deve essere rinnovata di anno in anno e deve contenere le dichiarazioni concernenti i titoli accademici o professionali che comportino modificazioni nel precedente punteggio a norma dell'allegato A.
7. Il Comitato di cui all'art. 24, ricevute le domande entro il 31 gennaio di ciascun anno, provvede entro il 30 settembre alla formazione di una graduatoria per titoli, con validità annuale:
 - per ciascuna branca specialistica, secondo i criteri di cui all'allegato A, parte seconda, relativamente agli specialisti ambulatoriali ed ai veterinari;
 - per ciascuna categoria professionale, secondo i criteri di cui all'allegato A parte seconda, per gli altri professionisti.
8. Il Direttore Generale dell'Azienda ove ha sede il Comitato di cui all'art. 24, ne cura la pubblicazione mediante affissione all'Albo aziendale per la durata di 15 giorni, e contemporaneamente le inoltra ai rispettivi Ordini e al Comitato zonale, ai fini della massima diffusione.
9. Entro 30 giorni dalla pubblicazione gli interessati possono inoltrare, mediante raccomandata A/R, al Comitato zonale, istanza motivata di riesame della loro posizione in graduatoria.
10. Le graduatorie definitive predisposte dal Comitato zonale sono approvate dal Direttore Generale dell'Azienda e inviate alla Regione che ne cura la pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione entro il 31 dicembre di ciascun anno.
11. La pubblicazione costituisce notificazione ufficiale agli interessati e alle aziende.
12. L'Assessorato regionale alla Sanità cura l'immediato invio del Bollettino Ufficiale agli Ordini interessati e alle Aziende sedi dei Comitati zonali.
13. Le graduatorie hanno effetto dal 1° gennaio al 31 dicembre dell'anno successivo alla data di presentazione della domanda.

Il modulo per produrre la domanda sarà a disposizione presso la segreteria dell'Ordine o scaricabile dal sito www.ordinemedicitreviso.org entro i primi giorni del mese di gennaio p.v.

ADEMPIMENTI URGENTI PER I TITOLARI DI STUDIO MEDIO O ODONTOTIATRICO CHE HANNO DIPENDENTI

Scade il 31 dicembre 2012 l'obbligo di compilazione standardizzata del documento di valutazione dei rischi (DVR).

Entrare nel sito dell'Ordine www.ordinemedicitreviso.org e scaricare la circolare della FNOMCeO e tutta la modulistica per poter redigere il DVR nei termini.

SEI UN DIRETTORE SANITARIO? COMUNICALO ALL'ORDINE

Si ricorda a tutti gli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Treviso che nel caso avessero assunto la Direzione Sanitaria di una struttura medica e/o odontoiatrica sono tenuti, come previsto dall'art. 69 del Codice di Deontologia Medica a comunicarlo all'Ordine territorialmente competente (cioè della provincia dove è ubicata la struttura).

Di seguito si riporta un fac-simile di comunicazione da inoltrare agli Uffici di Segreteria dell'Ordine via e-mail a ordmedtv@iol.it o in alternativa via fax al n. 0422 541637.

Il sottoscritto Dott./Dott.ssa _____

nat. a _____ (____) il _____

iscritto/a all'Albo dei Medici Chirurghi della Provincia di _____

al n. _____ dal _____

iscritto/a all'Albo degli Odontoiatri della Provincia di _____

al n. _____ dal _____

Cellulare _____ e-mail _____

dichiara

di aver assunto la Direzione Sanitaria della Struttura Sanitaria denominata

sita in via _____ n. _____ Comune _____

Data _____ Firma _____

DISCIPLINA PER LA REGOLAZIONE DEI MUTAMENTI INERENTI LA TITOLARITÀ DELL'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE RILASCIATO A STRUTTURE SANITARIE PRIVATE, AI SENSI DELLA LEGGE REGIONALE N. 22/2002

Deliberazione della Giunta Regionale n. 2201 del 6.11.2012
(testo integrale pubblicato nel BUR n. 97 del 27.11.2012)

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

Dopo il completamento del processo di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie private da parte della Regione Veneto, le richieste pervenute da parte delle strutture medesime hanno reso evidente l'opportunità di regolare le ipotesi di mutamenti organizzativi e giuridici dei soggetti titolari di accreditamento istituzionale rilasciato ai sensi della L.R. 22/02. In particolare, da una ricognizione effettuata sulle istanze agli atti emergono diverse tipologie di variazioni, riconducibili principalmente alle seguenti categorie:

- fusione di struttura accreditata in altra struttura accreditata,
- trasformazioni di strutture accreditate *ad personam* in società,
- trasformazione di struttura accreditata da associazione a fondazione,
- cessione di struttura accreditata a soggetto giuridico non accreditato.

In ossequio ai principi generali dell'ordinamento giuridico secondo i quali non sono consentiti automatismi nella successione di posizioni riconosciute a privati dalla pubblica amministrazione e dai quali si desume che il soggetto titolare di accreditamento non può modificare il proprio assetto giuridico né cedere l'accreditamento a terzi in assenza di una specifica previsione regionale, dette richieste hanno avuto fino ad oggi riscontro regionale negativo.

Emerge, tuttavia, per evitare un eccessivo irrigidimento del sistema degli erogatori privati accreditati, l'esigenza di definire una regolazione di detti fenomeni modificativi, che possa da un lato garantire la continuità assistenziale e il presidio regionale dei soggetti accreditati, dall'altro una certa flessibilità del sistema dell'offerta di prestazioni sanitarie anche alla luce delle esigenze di ristrutturazione aziendale.

Nell'analisi delle scelte amministrative più idonee a regolare le ipotesi di modifica della titolarità dell'accreditamento istituzionale, alla luce delle finalità sopra evidenziate, si rende opportuno temperare la regola generale del divieto di automatismi nei subentri, pur con delle cautele volte a garantire il mantenimento degli standard regionali nel sistema degli erogatori sanitari accreditati.

Si propone, pertanto, di consentire variazioni di titolarità della struttura sanitaria accreditata (come nel caso, ad esempio, di cessione d'azienda o di ramo d'azienda, di trasformazione, fusione, scissione societaria nonché di trasformazioni da struttura di professionista singolo a società e di variazioni di compagine societaria) purché permangano i requisiti soggettivi ed oggettivi richiesti per l'accreditamento, secondo modalità atte a salvaguardare sia il ruolo di programmazione locale e regionale sia il mantenimento dello *standard* qualitativo delle strutture. A tal fine si propone che le strutture interessate a tali variazioni acquisiscano preliminarmente il parere obbligatorio e vincolante dell'Aulss di riferimento (che andrà rilasciato entro 90 giorni) e, in caso di parere favorevole, portata a termine l'operazione di modifica (con la trasformazione del soggetto giuridico e la nuova intestazione dell'autorizzazione all'esercizio), ne comunichino gli esiti all'Aulss e alla Regione. Quest'ultima svolgerà il successivo accertamento dell'attualità del possesso dei requisiti soggettivi ed oggettivi di accreditamento, previa acquisizione dei relativi oneri dovuti. Fanno eccezione a tale previsione le sole modificazioni della persona del legale rappresentante e della denominazione societaria, per le quali non sarà necessaria l'acquisizione del preventivo parere e che andranno comunque comunicate alla Regione per l'aggiornamento dell'elenco dei soggetti accreditati e all'Aulss per l'aggiornamento dell'accordo contrattuale.

Alla luce delle considerazioni esposte si propone, altresì, di aggiornare e integrare con l'inciso "*attuato previa acquisizione di parere favorevole del Direttore Generale dell'Aulss*" il dettato di cui all'art. 5 dello schema di accordo contrattuale

approvato con dgr n. 1765 del 28 agosto 2012 nella parte riferita ai soli mutamenti incidenti su caratteristiche soggettive degli erogatori accreditati, che, pertanto diventa "ogni mutamento incidente su caratteristiche soggettive *attuato previa acquisizione di parere favorevole del Direttore Generale dell'Aulss*, (ad es. cessione ramo d'azienda, fusione, scorporo, subentro di altro titolare, ecc) ed oggettive (ad es. spostamento sede operativa) dell'erogatore, dev'essere tempestivamente comunicato alla Regione e all'Azienda Ulss competente territorialmente".

Si propone, infine, di estendere tale disciplina anche alle strutture accreditate che hanno già presentato istanze inerenti tali variazioni, non ancora riscontrate o concluse con esito non favorevole, previa verifica dell'attualità dell'interesse.

Si precisa che il principio di unicità del rapporto di lavoro con il Servizio sanitario regionale (SSR), ai sensi della normativa vigente, comporta tra l'altro, il divieto di assumere incarichi retribuiti anche di natura occasionale in qualità di titolare, legale rappresentante, socio o altra carica comunque conferita nell'ambito del soggetto giuridico accreditato. Ciò al fine di evitare situazioni di conflitto d'interesse non solo reale ed accertato, ma anche potenziale, presso gli erogatori privati accreditati. Il relatore conclude la propria relazione e sottopone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 53, 4° comma dello Statuto, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale;

VISTO il d.lgs. 502/1992 «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della l. 23 ottobre 1992 n. 421»;

VISTA la legge regionale 16 agosto 2002, n. 22 «Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali» e la successiva disciplina attuativa.

VISTA la dgr 2501/04 e successive modifiche;

VISTA la dgr 2495/2004 «Assistenza specialistica ambulatoriale. Erogatori privati preaccreditati "ad personam" ai sensi della D.G.R. n. 5007 del 8.11.1996. Trasformazione rapporto di preaccreditamento da gestione individuale a gestione societaria».

VISTA la dgr n. 1576 del 4 ottobre 2011 «Elenco dei soggetti titolari di accreditamento istituzionale (lr n. 22/2002)».

VISTA la dgr n. 1765 del 28 agosto 2012 «Erogatori privati ambulatoriali accreditati nella Regione del Veneto ex L.R. 16 agosto 2002, n. 22 ed art. 1, comma 796, lettera s) L. 27/12/2006 n. 296. Adozione dello schema tipo di accordo contrattuale regolante i rapporti tra i predetti erogatori privati e le Aziende Ulss.».

delibera

1. di approvare, per le motivazioni e con le modalità descritte in premessa, la disciplina per la regolazione dei mutamenti inerenti la titolarità dell'accreditamento istituzionale rilasciato a strutture sanitarie private, ai sensi della legge regionale n. 22/2002;
2. di dare atto che a detta disciplina saranno assoggettate, previa verifica dell'attualità dell'interesse, anche le strutture accreditate che hanno già presentato istanze inerenti tali variazioni, non riscontrate o concluse con esito non favorevole;
3. di integrare come segue quanto previsto con dgr n. 1765 del 28 agosto 2012 nell'allegato schema di accordo contrattuale all'art. 5 "ogni mutamento incidente su caratteristiche soggettive - *attuato previa acquisizione di parere favorevole del Direttore Generale dell'Aulss* - (ad es. cessione ramo d'azienda, fusione, scorporo, subentro di altro titolare, ecc) ed oggettive (ad es. spostamento sede operativa) dell'erogatore, dev'essere tempestivamente comunicato alla Regione e all'Azienda Ulss competente territorialmente";
4. di dare atto che il principio di unicità del rapporto di lavoro con il SSR, ai sensi della normativa vigente, comporta tra l'altro, il divieto di assumere incarichi retribuiti anche di natura occasionale in qualità di titolare, legale rappresentante, socio o altra carica comunque conferita nell'ambito del soggetto giuridico accreditato; ciò al fine di evitare situazioni di conflitto di interesse non solo reale ed accertato, ma anche potenziale, presso gli erogatori privati accreditati;
5. di dare mandato al Segretario regionale per la Sanità di individuare ogni ulteriore modalità attuativa della disciplina individuata con il presente atto;
6. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
7. di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino ufficiale della Regione del Veneto.

APPROVAZIONE DELL'ELENCO DEI FARMACI CORRELATI AL CODICE DI ESENZIONE PER PATOLOGIA CRONICA E INVALIDANTE

Decreto del Dirigente Regionale della Direzione Programmazione Sanitaria n. 141 del 21.8.2012
(testo integrale pubblicato nel BUR n. 75 dell'11 settembre 2012)

Il Dirigente

- Visto l'art. 5, comma 1, lettera a) del D.Lgs. 29 aprile 1998, n. 124, e s.i.e m., che sancisce il diritto all'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria in ragione di particolari condizioni di malattia croniche o invalidanti;
- Visto il successivo D.M. 28 maggio 1999, n. 329, che individua le malattie croniche invalidanti e le prestazioni di assistenza sanitaria correlate a ciascuna condizione di malattia per le quali è riconosciuta l'esenzione dalla partecipazione al costo per le prestazioni sanitarie;
- Visto l'art. 9 della legge 16.11.2001, n. 405, in base al quale la prescrizione dei medicinali destinati al trattamento delle patologie individuate dai regolamenti emanati ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettere a) del D. Lgs. n. 124/1998, è limitata al numero massimo di tre pezzi per ricetta, e comunque non può superare i sessanta giorni di terapia;
- Considerato, altresì, che la predetta norma consente, per i farmaci analgesici oppiacei utilizzati nella terapia del dolore, la prescrizione in un'unica ricetta di un numero di confezioni sufficienti a coprire una terapia massima di trenta giorni e, per i medicinali a base di antibiotici in confezione monodose, per quelli a base di interferone a favore dei soggetti affetti da epatite cronica, e per quelli somministrati esclusivamente per fleboclisi, la possibilità di prescrizione fino a sei pezzi per ricetta;
- Viste le DGR 4 novembre 2002, nn. 3107-3108, la DGR 20 dicembre 2002, n. 3718 che hanno introdotto la quota fissa di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte dei cittadini e la DGR 21 gennaio 2003, n. 6, con la quale detta quota è stata limitata all'importo di euro 2 per ogni confezione prescritta, fino ad un massimo di euro 4 per ricetta anche nei casi in cui è prevista la possibilità di prescrivere oltre le due confezioni;
- Visto che con la medesima DGR n. 6/2003 si è prevista l'esenzione dal pagamento della predetta quota fissa per alcune categorie di soggetti tra cui quelli esenti ai sensi del D.M. n. 329/1999;
- Visto che con DGR 28.02.2003, n. 475 si è ritenuto di monitorare gli effetti della predetta esenzione quanto all'appropriatezza delle prescrizioni e all'impatto economico, autorizzando, per i soli farmaci correlati alla patologia in base al D.M. n. 329/1999, la prescrivibilità fino a tre confezioni per ricetta, a copertura massima di sessanta giorni di terapia;
- Tenuto conto che con il medesimo provvedimento la Direzione Piani e Programmi Socio Sanitari (ora Direzione Attuazione programmazione sanitaria) è stata incaricata di predisporre e aggiornare con propri atti l'elenco dei farmaci soggetti ad esenzione correlata alla patologia;
- Visti, pertanto, i decreti n. 370 del 27.3.2003, n. 539 del 13.5.2003, n. 568 del 19.5.2003 e n. 1 del 22.1.2004 della Direzione Piani e Programmi Socio Sanitari;
- Visto l'elenco dei nuovi farmaci immessi in commercio in Italia e la necessità di apportare modifiche ed integrazioni all'elenco attualmente vigente in regione Veneto;
- Dato atto che per ciascuna patologia cronica e invalidante - o gruppo di patologie - si è ritenuto di includere i farmaci che costituiscono la terapia cardine più frequentemente utilizzata dagli assistiti;
- Dato atto che, in merito al sopra citato elenco, è stato acquisito il parere favorevole della Commissione Tecnica Regionale per l'aggiornamento del Prontuario terapeutico ospedaliero regionale;
- Atteso che le prescrizioni dei farmaci di cui sopra devono comunque avvenire nel rispetto delle indicazioni terapeutiche registrate e delle limitazioni di rimborsabilità eventualmente definite nelle note AIFA;
- Vista la DGR. 04.02.2005, n. 239 che conferma l'erogazione con onere a carico del SSR dei farmaci a base di paracetamolo a favore dei pazienti, residenti o domiciliati nel Veneto, affetti da una delle seguenti patologie e in possesso dei seguenti codici di esenzione:
 - a) 006 - artrite reumatoide
 - b) 013 - diabete mellito limitatamente ai pazienti con neuropatia diabetica
 - c) 048 - patologie neoplastiche maligne
 - d) 054 - spondilite anchilosante, limitatamente al trattamento del dolore severo;
- Rilevato che il periodo feriale nel quale si versa può comportare ritardi nella conoscenza del presente provvedimento da parte delle Aziende USL, dei medici prescrittori e dei farmacisti convenzionati e, pertanto, che è necessario posticipare al 1° ottobre 2012 l'entrata in vigore del nuovo elenco di farmaci esenti per patologia;
- Visti il Decreto del Segretario Regionale per la Sanità n. 44 del 19 maggio 2011 di delega alla firma degli atti di competenza della Direzione Regionale Attuazione programmazione sanitaria, come riformato dal Decreto n. 121 del 12 ottobre 2011 e la successiva nota del Segretario per la Sanità del 7 febbraio 2012, prot. n. 58749;
- SU conforme proposta del Servizio Farmaceutico che ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione;

decreta

1. di approvare l'elenco dei farmaci correlati al codice di esenzione per patologia cronica e invalidante, Allegato A, da considerarsi sostitutivo di quelli precedentemente adottati;
2. di prevedere che lo stesso entrerà in vigore a far data dal 1° ottobre 2012;
3. di ribadire che le prescrizioni dei farmaci in esso elencati dovranno comunque avvenire nel rispetto delle indicazioni terapeutiche registrate e delle limitazioni di rimborsabilità eventualmente definite nelle note AIFA;
4. di trasmettere il presente decreto a tutte le Aziende ULSS del Veneto per quanto di competenza e pubblicarlo sul Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto nei modi e nei termini di rito.

Allegato A al decreto n. 141 del 21 agosto 2012

Codice esenzione	Malattia o condizione	ATC	Farmaci
001	Acromegalia e Gigantismo	G02CB H01CB	Inibitori della prolattina Somatostatina ed analoghi
002 (A02-B02-C02)	Afezioni del sistema circolatorio	A12B B01 C01 C02 C03 C07 C08 C09 C10	Potassio Antitrombotici Terapia cardiaca Antiipertensivi Diuretici Betabloccanti Calcioantagonisti Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina Sostanze modificatrici dei lipidi
003	Anemia emolitica acquisita da autoimmunizzazione	H02 L04	Corticosteroidi sistemici Immunosoppressori
005	Anoressia nervosa, bulimia	N06A	Antidepressivi
006	Artrite reumatoide	A07EC01 H02 L01BA01 L04 M01A M01CB N02A N02BE01 N07BC02 P01BA02	Sulfasalazina Corticosteroidi sistemici Metotrexato Immunosoppressori FANS Preparati a base di oro Oppioidi - nel dolore Paracetamolo - nel dolore Metadone - nel dolore Idroxiclorochina
007	Asma	H02 R03 R06	Corticosteroidi sistemici Farmaci per i disturbi ostruttivi delle vie respiratorie Antistaminici per uso sistemico nei pazienti affetti da patologia su base allergica di grado medio o grave (rinocongiuntivite allergica stagionale) per trattamenti prolungati (superiori ai 60 giorni)

Codice esenzione	Malattia o condizione	ATC	Farmaci
008	Cirrosi epatica, cirrosi biliare	A05 A06AD11 A06AD12 A07A B02BA C03	Terapia biliare ed epatica Lattulosio Lattitolo Antiinfettivi intestinali Vitamina K Diuretici
009	Colite ulcerosa e Malattia di Crohn	A07A A07E H02 L04	Antiinfettivi intestinali Antinfiammatori intestinali Corticosteroidi sistemici Immunosoppressori
011	Demenze	N06A N06D	Antidepressivi Farmaci anti-demenzia
012	Diabete insipido	H01B	Ormoni del lobo posteriore dell'ipofisi
013	Diabete mellito	A10 C09A-C09B C09C-C09D C10 H04 J01 N02A N02BE01 N03AX12 N03AX16 N06AX21 N07BC02	Farmaci usati nel diabete Ace-inibitori Antagonisti angiotensina II Sostanze modificatrici dei lipidi Ormoni pancreatici Antibatterici per uso sistemico - nel piede diabetico Oppioidi - nella neuropatia diabetica Paracetamolo - nella neuropatia diabetica Gabapentin - nella neuropatia diabetica Pregabalin - nella neuropatia diabetica Duloxetina - nella neuropatia diabetica Metadone - nella neuropatia diabetica
013A02	Diabete mellito con affezioni cardiache e del circolo polmonare	Vedere 013 e A02	
013B02	Diabete mellito con affezioni cerebrovascolari	Vedere 013 e B02	
013C02	e dei vasi linfatici	Vedere 013 e C02	
013031	Diabete mellito con ipertensione arteriosa con danno d'organo	Vedere 013 e 031	
013A31	Diabete mellito con ipertensione arteriosa senza danno d'organo	Vedere 013 e A31	
014	Dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope e da alcool	N07BB N07BC02	Farmaci utilizzati nella dipendenza da alcool Metadone
016	Epatite cronica (attiva)	J05AF05 L03AB	Lamivudina Interferoni

Codice esenzione	Malattia o condizione	ATC	Farmaci
017	Epilessia (escluso: sindrome di Lennox - Gastaut)	N03	Antiepilettici
019	Glaucoma	S01E	Preparati antiglaucoma e miotici
020	Infezioni da HIV	C10	Sostanze modificatrici dei lipidi
		J01	Antibatterici per uso sistemico
		J02	Antimicotici per uso sistemico
		J05	Antivirali per uso sistemico
021	Insufficienza cardiaca (N.Y.H.A. classe III e IV)	B01	Antitrombotici
		C01	Terapia cardiaca
		C03	Diuretici
		C07	Betabloccanti
		C09	Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina
022	Insufficienza corticosurrenale cronica (Morbo di Addison)	H02	Corticosteroidi sistemici
023	Insufficienza renale cronica	A02AD	Associazioni tra composti di alluminio, calcio e magnesio
		A12AA04	Calcio carbonato
		A12AA12	Calcio acetato anidro
		B03A	Preparati a base di ferro
		B03BB	Acido folico e derivati
		B03X	Altri preparati antianemici
		C03	Diuretici
		C10A	Sostanze modificatrici dei lipidi, non associate
		H05BX	Altre sostanze antiparatiroidiche
		M04AA	Preparati inibenti la formazione di acido urico
		V03AE	Farmaci per il trattamento di iperkaliemia ed iperfosfatemia
024	Insufficienza respiratoria cronica	H02	Corticosteroidi sistemici
		J01	Antibatterici per uso sistemico
		R03	Farmaci per i disturbi ostruttivi delle vie respiratorie
		V03AN01	Ossigeno
025	Ipercolesterolemia familiare eterozigote tipo IIa e IIb – Ipercolesterolemia primitiva poligenica-Ipercolesterolemia familiare combinata – Iperlipoproteinemia di tipo III	C10	Sostanze modificatrici dei lipidi
026	Iperparatiroidismo, Ipoparatiroidismo	A11CC	Vitamina D ed analoghi
		A12A	Calcio
		C03C	Diuretici ad azione diuretica maggiore
		H02AB	Glicocorticoidi
		H05BX	Altre sostanze antiparatiroidiche
		M05BA	Bifosfonati
V03AE	Farmaci per il trattamento di iperkaliemia ed iperfosfatemia		

Codice esenzione	Malattia o condizione	ATC	Farmaci
027	Ipotiroidismo congenito, Ipotiroidismo acquisito (grave)	H03A	Preparati tiroidei
028	Lupus Eritematoso Sistemico	H02AB	Glicocorticoidi
		L04	Immunosoppressori
		P01BA02	Idroxiclorochina
029	Malattia di Alzheimer	N05A	Antipsicotici
		N06A	Antidepressivi
		N06D	Farmaci anti-demenzia
030	Malattia di Sjogren	H02	Corticosteroidi sistemici
		L04	Immunosoppressori
		M01	Farmaci antiinfiammatori ed antireumatici
		S01XA	Altri oftalmologici
031 - A31	Iperensione arteriosa	C02	Antiipertensivi
		C03	Diuretici
		C07	Betabloccanti
		C08	Calcioantagonisti
		C09	Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina
032	Malattia o Sindrome di Cushing	G02CB	Inibitori della prolattina
		H01B	Ormoni del lobo posteriore dell'ipofisi
		H02AB	Glicocorticoidi
034	Miastenia grave	L04	Immunosoppressori
		N07AA	Anticolinesterasici
035	Morbo di Basedow, altre forme di ipertiroidismo	C07	Betabloccanti
		H03B	Preparati anti-tiroidei
036	Morbo di Buerger	B01	Antitrombotici
		C01D	Vasodilatatori usati nella malattie cardiache
		M01	Farmaci antiinfiammatori ed antireumatici
037	Morbo di Paget	H05BA	Preparati a base di calcitonina
		M05BA	Bifosfonati
038	Morbo di Parkinson e altre malattie extrapiramidali	G04BD04	Oxibutinina
		N04	Antiparkinsoniani
		N06A	Antidepressivi
		N07X	Altri farmaci del sistema nervoso
039	Nanismo ipofisario	H01A	Ormoni del lobo anteriore dell'ipofisi
040	Neonati prematuri, immaturi, a termine con ricovero in terapia intensiva neonatale	Farmaci correlati	
041	Neuromielite ottica	H02	Corticosteroidi sistemici
042	Pancreatite cronica	A09AA	Preparati a base di enzimi

Codice esenzione	Malattia o condizione	ATC	Farmaci
044	Psicosi	N03AA	Barbiturici e derivati
		N03AF01	Carbamazepina
		N03AG01	Acido valproico
		N03AX09	Lamotrigina
		N04A	Sostanze anticolinergiche
		N05A	Antipsicotici
045	Psoriasi (Artropatica, pustolosa grave, eritrodermica)	N06A	Antidepressivi
		A07EC01	Sulfasalazina
		D05	Antipsoriasici
		D07	Corticosteroidi, preparati dermatologici
		H02	Corticosteroidi sistemici
		L01BA01	Metotrexato
046	Sclerosi multipla	L04	Immunosoppressori
		M01A	FANS
		G04BD04	Oxibutinina
		H02	Corticosteroidi sistemici
		L03AB	Interferoni
		L03AX13	Glatiramer acetato
047	Sclerosi sistemica (progressiva)	L04AA27	Fingolimod
		L04AX01	Azatioprina
048	Soggetti affetti da patologie neoplastiche maligne e da tumori di comportamento incerto	M03BX01	Baclofene
		H02	Corticosteroidi sistemici
049	Soggetti affetti da patologie neoplastiche maligne e da tumori di comportamento incerto	L04	Immunosoppressori
050	Soggetti affetti da pluripatologie che abbiano determinato grave ed irreversibile compromissione di più organi e/o apparati e riduzione dell'autonomia personale correlata all'età risultante dall'applicazione di convalidate scale di valutazione delle capacità funzionali	Farmaci indicati per il trattamento della patologia principale e sue complicanze	
051	Soggetti in attesa di trapianto (rene, cuore, polmone, fegato, pancreas, cornea, midollo)	Farmaci indicati per il trattamento delle patologie e loro complicanze	
052	Soggetti nati con condizioni di gravi deficit fisici, sensoriali e neuropsichici	Tutti i farmaci	
053	Soggetti sottoposti a trapianto (rene, cuore, polmone, fegato, pancreas, midollo)	Tutti i farmaci	
054	Soggetti sottoposti a trapianto di cornea	L04	Immunosoppressori
		S01	Oftalmologici

Codice esenzione	Malattia o condizione	ATC	Farmaci
054	Spondilite anchilosante	H02	Corticosteroidi sistemici
		L04	Immunosoppressori
		M01	Farmaci antiinfiammatori ed antireumatici
		N02A	Oppioidi - nel dolore
		N02BE01	Paracetamolo - nel dolore
055	Tubercolosi (attiva bacillifera)	N07BC02	Metadone - nel dolore
056	Tiroidite di Hashimoto	J04A	Farmaci per il trattamento della tubercolosi
		H02	Corticosteroidi sistemici
		H03A	Preparati tiroidei

RINNOVO ELENCHI DISPONIBILITÀ PER SOSTITUZIONE MEDICI DI MEDICINA GENERALE E PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

Nel prossimo mese di gennaio 2013 verranno rinnovati gli elenchi per le sostituzioni dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

Gli interessati sono invitati a compilare il modulo pubblicato ed inviarlo, anche a mezzo fax (0422 541637), purchè ben leggibile, alla Segreteria dell'Ordine.

Il sottoscritto Dott. _____

Tel. _____ Cell. _____

È DISPONIBILE

PER L'ANNO 2013 ad effettuare sostituzioni nelle seguenti ULSS _____ di:

- medici di medicina generale
 pediatri di libera scelta

Dichiara inoltre che, qualora venisse meno tale disponibilità prima della scadenza annuale (31/12/2013), si impegna a darne immediatamente comunicazione all'Ordine dei Medici di Treviso.

Data _____ Firma _____

Si ricorda che all'atto dell'affidamento/accettazione dell'incarico di sostituzione devono essere sottoscritti i seguenti punti:

- Il Medico Sostituto deve garantire il pieno rispetto degli orari d'ambulatorio e può modificarli solo previo accordo col Medico Titolare, tenuto conto dei disagi dell'utenza.
- Il Medico Sostituto deve garantire lo stesso periodo di reperibilità telefonica attiva che viene garantita dal Medico Titolare (in genere ore 8-10 con risposta diretta del titolare o di altra persona).
- Nelle giornate di sabato e nei giorni prefestivi il Medico Sostituto deve rispettare gli impegni del Medico Titolare, deve effettuare la reperibilità telefonica e/o l'ambulatorio qualora fosse prevista attività ambulatoriale e deve effettuare le visite richieste anche se dovesse comportare un prolungamento dell'orario oltre le ore 10 del mattino.
- Il Medico Sostituto si impegna a sostituire un solo medico per volta, salvo casi particolari – dichiarati – nello stesso ambito di scelta, per garantire agli utenti una presenza effettiva nella sede d'attività del tutto simile a quella del titolare.
- Eventuali accordi tra Medico Titolare e Medico Sostituto al di fuori di questo regolamento devono comunque tenere presente che l'interesse principale del Medico Titolare è evitare, durante la propria assenza, disagi e servizi di scarsa qualità agli assistibili.



ELENCO DISPONIBILITÀ PER ASSISTENZA A GARE SPORTIVE

Nel prossimo mese di gennaio 2013 verrà rinnovato l'elenco per la disponibilità all'assistenza a gare sportive.

Gli interessati sono invitati a compilare il modulo pubblicato ed inviarlo, anche a mezzo fax (0422 541637), purchè ben leggibile, alla Segreteria dell'Ordine.

Il sottoscritto Dott. _____

Tel. _____ Cell. _____

È DISPONIBILE

PER L'ANNO 2013 ad effettuare assistenza a gare sportive in provincia di Treviso.

Dichiara inoltre che, qualora venisse meno tale disponibilità prima della scadenza annuale (31/12/2013), si impegna a darne immediatamente comunicazione all'Ordine dei Medici di Treviso.

Data _____ Firma _____

Variazioni agli Albi

Giugno - Novembre 2012

ISCRIZIONI ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI:

Barea Luca	<i>Prima iscrizione</i>	Mugno Diego Filadelfo Maria	<i>Trasferito dall'Ordine di Catania</i>
Bellan Alberto	<i>Prima iscrizione</i>	Paccagnella Silvia	<i>Trasferita dall'Ordine di Vicenza</i>
De Marchi Roberta	<i>Prima iscrizione</i>	Pagnacco Paolo	<i>Trasferito dall'Ordine di Vicenza</i>
Dotto Annapaola	<i>Prima iscrizione</i>		<i>Doppia iscrizione</i>
Farinon Attilio Maria	<i>Trasferito dall'Ordine di Roma</i>	Pavanello Ugo	<i>Reiscrizione</i>
Franceschini Enrica	<i>Prima iscrizione</i>	Pedrina Lucia	<i>Prima iscrizione</i>
Gulino Antonio	<i>Prima iscrizione</i>	Possamai Luigi	<i>Prima iscrizione</i>
Manfron Guido	<i>Trasferito dall'Ordine di Padova</i>	Rinaldi Michela	<i>Trasferita dall'Ordine di Padova</i>
	<i>Doppia iscrizione</i>	Stecca Tommaso	<i>Prima iscrizione</i>
Mariotti Elena	<i>Prima iscrizione</i>	Tomasini Silvia	<i>Prima iscrizione</i>
Martignago Irene	<i>Prima iscrizione</i>	Variolo Maddalena	<i>Prima iscrizione</i>
Minissale Antonio Fabio Stefano	<i>Trasferito dall'Ordine di Milano</i>		

ISCRIZIONI ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI:

Berton Federico	<i>Prima iscrizione</i>
Camazzola Alessandro	<i>Prima iscrizione</i>
Lionetti Dario	<i>Trasferito dall'Ordine di Napoli</i>
Manfron Guido	<i>Trasferito dall'Ordine di Padova Doppia iscrizione</i>
Melina Simone	<i>Iscrizione all'Albo Odontoiatri mantenendo l'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi Doppia iscrizione</i>
Pagnacco Paolo	<i>Trasferito dall'Ordine di Vicenza Doppia iscrizione</i>
Priore Marco	<i>Iscrizione all'Albo Odontoiatri mantenendo l'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi Doppia iscrizione</i>
Scaffidi Maurizio	<i>Iscrizione all'Albo Odontoiatri mantenendo l'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi Doppia iscrizione</i>

CANCELLAZIONI DALL'ALBO MEDICI CHIRURGHI:

Bazzo Gianpietro	<i>Deceduto</i>	Padoan Roberta	<i>Trasferita all'Ordine di Belluno</i>
Buscema Pietro	<i>Deceduto</i>	Perrone Corrado	<i>Dimissioni</i>
Chiavus Mario	<i>Deceduto</i>	Rusconi Giorgio	<i>Dimissioni</i>
Dalla Vedova Giuseppe	<i>Deceduto</i>	Salghetti Annamaria	<i>Trasferita all'Ordine di Parma</i>
Farina Romina	<i>Dimissioni</i>	Sasso Domenico	<i>Dimissioni</i>
Frizziero Daniela	<i>Trasferita all'Ordine di Venezia</i>	Sech Ezio	<i>Deceduto (doppia iscrizione)</i>
Gonzales Stefania	<i>Trasferita all'Ordine di Parma</i>	Tamang Mary Elizabeth	<i>Trasferita all'Ordine di Padova</i>
Grazioso Sebastian	<i>Trasferito all'Ordine di Reggio Emilia</i>	Trubian Alessandra	<i>Trasferito all'Ordine di Verona</i>
Meneghello Rodolfo	<i>Dimissioni</i>	Vian Claudio	<i>Dimissioni – doppia iscrizione</i>
Meo Giuseppe	<i>Deceduto</i>	Zangari Maurizio	<i>Dimissioni per residenza all'estero</i>

CANCELLAZIONI DALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI:

Bresolini Paolo	<i>Deceduto</i>
De Roberto Adriano	<i>Dimissioni solo Albo Odontoiatri mantenendo l'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi</i>
Intorcia Antonio	<i>Deceduto</i>
Sech Ezio	<i>Deceduto (doppia iscrizione)</i>
Valzani Carlo	<i>Dimissioni solo Albo Odontoiatri mantenendo l'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi</i>
Vian Claudio	<i>Dimissioni – doppia iscrizione</i>

PEC, CERTIFICAZIONI DI MALATTIA, FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO, PRESCRIZIONE MEDICA E CARTELLA CLINICA DIGITALE

Decreto Legge 179/2012 “Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese”

La Federazione Nazionale, con comunicazione n. 81 del 25 ottobre scorso, ritiene opportuno segnalare il decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179 recante “Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese”.

“Il provvedimento contiene tra l’altro disposizione di particolare interesse per la categoria medica e per gli Ordini provinciali. In particolare l’art. 5 recante “**Posta elettronica certificata – indice nazionale degli indirizzi delle imprese e dei professionisti**” dispone che “al fine di favorire la presentazione di istanze, dichiarazioni e dati, nonché lo scambio di informazioni e documenti tra la pubblica amministrazione e le imprese e i professionisti in modalità telematica, **è istituito, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto** e con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, **il pubblico elenco denominato Indice nazionale degli indirizzi di posta elettronica certificata (INI-PEC) delle imprese e dei professionisti, presso il Ministero per lo sviluppo economico.**”

2. L’indice nazionale di cui al comma 1 è realizzato a partire dagli elenchi di indirizzi PEC costituiti presso il registro delle imprese e **gli ordini o collegi professionali**, in attuazione di quanto previsto dall’articolo 16 del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185, convertito con modificazioni, dalla legge 28 gennaio 2009, n. 2.

3. L’accesso all’INI-PEC è consentito alle pubbliche amministrazioni, nonché ai professionisti e alle imprese in esso presenti.

4. Il Ministero per lo sviluppo economico, al fine del contenimento dei costi e dell’utilizzo razionale delle risorse, si avvale per la realizzazione e gestione operativa dell’Indice nazionale di cui al comma 1 delle strutture informatiche delle Camere di commercio deputate alla gestione del registro imprese e ne definisce con proprio regolamento, da emanare entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, le modalità di accesso e di aggiornamento.

5. **Nel regolamento di cui al comma 4 sono anche definite le modalità e le forme con cui gli ordini e i collegi professionali comunicano all’Indice nazionale di cui al comma 1 tutti gli indirizzi PEC relativi ai professionisti di propria competenza** e sono previsti gli strumenti telematici resi disponibili delle Camere di commercio per il tramite delle proprie strutture informatiche al fine di ottimizzare la raccolta e aggiornamento dei medesimi indirizzi”.

L’art. 7 concernente “Trasmissione telematica delle certificazioni di malattia nel settore pubblico” introduce misure, volte ad estendere la procedura relativa alla trasmissione telematica delle certificazioni di malattia attualmente utilizzata da tutti i dipendenti del settore privato e dalla gran parte di dipendenti pubblici, anche alle categorie di dipendenti del settore pubblico attualmente non ricomprese nel regime del D.Lgs. 165/01, rafforzando le iniziative in atto per assicurare un quadro completo delle assenze nei settori pubblico e privato e un efficace sistema di controllo delle stesse, nonché per semplificare gli adempimenti a carico dei lavoratori e dei medici.

Rimane comunque escluso dall’obbligo di rilascio in modalità telematica delle certificazioni di malattia il personale appartenente alle Forze armate e ai Copri armati dello Stato e al Corpo nazionale dei Vigili del fuoco.

Con riferimento al certificato inerente al congedo per la malattia del figlio, di cui all’art. 47 del D.Lgs 151/01, l’art. 7, comma 3, del decreto-legge 179/12 mira inoltre a uniformare gli adempimenti a carico dei medici curanti, che non dovranno utilizzare procedure diverse (telematiche o cartacee) in base alla tipologia di lavoratore.

La certificazione viene inviata dal medico curante del SSN ovvero dal medico convenzionato direttamente all’INPS utilizzando il sistema per la trasmissione telematica delle certificazioni di malattia realizzato in attuazione del decreto del Ministro della salute del 26 febbraio 2010, attualmente utilizzato dalla quasi totalità dei medici curanti.

Le relative modalità attuative sono rimesse ad un decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro per la Pubblica amministrazione e la semplificazione, del Ministro delegato per l’innovazione tecnologica e del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze e con il Ministro della Salute, previo parere del Garante per la protezione dei dati personali.

La norma mira, quindi, a uniformare gli adempimenti a carico dei medici curanti, ampliando le funzionalità delle procedure telematiche già in uso.

L'art. 7 prevede infine che ai fini della fruizione del congedo per la malattia del figlio è il lavoratore che comunica direttamente al medico, all'atto della compilazione del certificato di cui al comma 3 dell'articolo 47, del D.Lgs 151/01 le generalità del genitore che usufruirà del congedo medesimo.

L'art. 12 recante "Fascicolo sanitario elettronico e sistemi di sorveglianza nel settore sanitario" dispone che il fascicolo sanitario elettronico è l'insieme di dati e documenti digitali di tipo sanitario e sociosanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi riguardanti l'assistito.

Il fascicolo sanitario (FSE), istituito dalle regioni e province autonome, è alimentato in maniera continuativa, senza ulteriori oneri per la finanza pubblica, dai soggetti che prendono in cura l'assistito nell'ambito del servizio sanitario nazionale e dei servizi socio sanitari regionali, nonché su richiesta del cittadino, con i dati medici in suo possesso. **La costituzione dei dati e documenti presenti nel FSE di cui al comma 1, per le finalità di cui alla lettera a) del comma 2, può essere realizzata soltanto con il consenso dell'assistito e sempre nel rispetto del segreto professionale**, salvo i casi di emergenza sanitaria secondo modalità individuate a riguardo. Il mancato consenso non pregiudica il diritto all'erogazione della prestazione sanitaria.

L'art. 13 recante "Prescrizione medica e cartella clinica digitale" dispone che "le regioni e le province autonome, entro 6 mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto-legge, **provvedono alla graduale sostituzione delle prescrizioni in formato cartaceo con le equivalenti in formato elettronico**, in percentuali che, in ogni caso, non dovranno risultare inferiori al 60 per cento nel 2013, all'80 per cento nel 2014 e al 90 per cento nel 2015.

2. Dal 1 gennaio 2014, le prescrizioni farmaceutiche generate in formato elettronico sono valide su tutto il territorio nazionale.

Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti Stato regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono definite le modalità di attuazione del presente comma.

3. I medici interessati dalle disposizioni organizzative delle regioni di cui al comma 1, rilasciano le prescrizioni di farmaceutica e specialistica esclusivamente in formato elettronico.

L'inosservanza di tale obbligo comporta l'applicazione di quanto previsto dall'articolo 55-septies, comma 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165."

Al fine di consentire un esame più approfondito della materia è possibile scaricare copia del provvedimento sul portale della FNOMCeO al link gazzetta ufficiale."

IRAP: SENTENZA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE N. 9692 DEL 2012

Esente il professionista che si appoggia a strutture altrui

La FNOMCeO, con comunicazione n. 47 del 28.6.2012, segnala che la Corte Suprema di Cassazione – Sezione Sesta Civile – con sentenza n. 9692 del 13 giugno 2012 ha sancito che il professionista che operi all'interno di una struttura da altri gestita è esente da IRAP.

La Corte Suprema di Cassazione ha affermato che "in buona sostanza, ciò che rileva ai fini della autonoma organizzazione, che determina la sottoposizione ad IRAP, è l'esistenza di una struttura predisposta dal professionista con personale da lui dipendente".

La Cassazione, quindi, chiarisce che "non sono perciò soggetti ad IRAP i proventi che un lavoratore autonomo percepisce come compenso per le attività svolte all'interno di una struttura da altri organizzata".

Ovviamente ove il professionista operi contemporaneamente come amministratore di una società o con attività in proprio sarà soggetto ad IRAP per la parte di guadagno realizzata utilizzando la propria organizzazione.

Ai fini di consentire un maggiore approfondimento della materia è possibile consultare la sentenza nel sito dell'Ordine www.ordinemedicitreviso.org

SOMMINISTRAZIONE OSSIGENO IN EMERGENZA

La Regione Veneto con nota del 2 agosto 2012 comunica quanto segue:

“Ad integrazione di quanto comunicato con la nota prot. 268837 dell'8 giugno u.s. in merito alla possibilità di somministrazione di Ossigeno terapeutico in emergenza da parte di personale non medico, atteso che la nota del Ministero della Salute trasmessa in allegato fa riferimento esclusivamente ad un quesito relativo all'impiego da parte di personale non sanitario addetto all'assistenza ai bagnanti, si ritiene opportuno fornire ulteriori indicazioni che comprendano anche altri ambiti operativi.

Stante quanto evidenziato dal Ministero della Salute in merito alla conduzione di un'azione di soccorso, che si differenzia da quella terapeutica e configura la preminente necessità di tutela della salute si ritiene che debba essere consentita, anche in assenza di un immediato intervento di personale medico ed infermieristico, la somministrazione di ossigeno da parte di personale non sanitario che opera a bordo dei mezzi di soccorso o presta assistenza a manifestazioni ed eventi, nelle seguenti condizioni:

- nel trasporto in ambulanza di soggetti già sottoposti ad ossigenoterapia cronica domiciliare, nei quali l'erogazione dell'ossigenoterapia rientra nella prescrizione medica iniziale;
- negli interventi di soccorso in favore di soggetti con alterazione delle funzioni vitali, nel rispetto delle indicazioni fornite dai protocolli disposti dal medico responsabile del servizio;
- nell'esecuzione della respirazione artificiale mediante pallone autoespandibile, in corso di rianimazione cardiopolmonare.

Per quanto concerne l'impiego della misurazione della Saturazione Periferica di Ossigeno mediante pulsiossimetria, pur confermando la fondamentale importanza del parametro per la determinazione del livello di ipossiemia, si ritiene opportuno evidenziare i seguenti aspetti:

- l'impiego del pulsiossimetro deve essere riservato a personale adeguatamente formato, che sia stato addestrato a verificare l'attendibilità del dato fornito dallo strumento;
- lo strumento deve essere utilizzato da parte di personale non sanitario esclusivamente nell'ambito di specifici protocolli stabiliti dal medico responsabile del servizio, che forniscano chiare indicazioni in base ai valori rilevati;
- non vi è indicazione ad utilizzare lo strumento in corso di manovre di rianimazione cardiopolmonare a seguito di arresto circolatorio, al fine di monitorare l'efficacia delle stesse.”



RICHIESTA DISPONIBILITÀ INCARICHI CTU IN CASO DI PATROCINIO A SPESE DELLO STATO

L'Ordine degli Avvocati di Treviso, rilevato che spesso, quando una o entrambe le parti beneficiano dell'ammissione al patrocinio a spese dello Stato, accade non si possa far luogo a CTU perché manca la disponibilità di professionisti che si prestino a svolgere attività in tale regime, ritiene opportuno l'istituzione di una specifica sezione nell'elenco dei CTU disposti ad assumere l'incarico nella succitata fattispecie.

Gli eventuali interessati sono invitati a dare la loro disponibilità per iscritto, alla segreteria dell'Ordine.

TRASMISSIONE TELEMATICA DEI CERTIFICATI DI MALATTIA INDICAZIONE DELL'INDIRIZZO DI REPERIBILITÀ

Pubblichiamo la nota pervenuta dal Dott. Giancarlo Settembre, Dirigente Medico Legale dell'INPS di Treviso.

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Direzione provinciale Treviso
Funzione medico-legale

Il coordinatore del Centro medico legale

Treviso 12/09/2012

Egregi Colleghi,

è ormai avviata a pieno regime la trasmissione telematica della certificazione di malattia e, a oltre un anno dal suo inizio, pare possibile trarre un primo bilancio.

L'adozione della procedura informatica sta consentendo una migliore gestione delle assenze per malattia, con evidenti vantaggi per tutti i protagonisti della vicenda: Medici, Lavoratori, Aziende ed Ente Previdenziale tuttavia, il nuovo sistema non va esente da alcune criticità.

Per quello che qui interessa, l'INPS deve registrare un notevole incremento del numero dei casi in cui non vi è corrispondenza tra l'indirizzo di domicilio e/o di reperibilità del paziente/lavoratore riportato sul certificato e quello effettivo. Le conseguenze negative di tale fenomeno si manifestano al momento della disposizione della eventuale visita medica di controllo domiciliare.

Infatti, nel caso si verifichi la citata fattispecie e pertanto la visita medica di controllo non possa essere effettuata a causa dell'irreperibilità del lavoratore all'indirizzo indicato, si determina la mancata corresponsione dell'indennità di malattia al lavoratore stesso, oltre le eventuali sanzioni che il Datore di lavoro possa applicare per assenza ingiustificata.

Questo fenomeno può trovare causa anche nel fatto che talvolta i data-base degli archivi pazienti, utilizzati per la compilazione agevolata del certificato medico, non sono aggiornati.

Allo scopo di limitare il verificarsi di tali situazioni, e anche per evitare che ai medici possa essere imputata qualsivoglia corresponsabilità, si è ritenuto di predisporre un "avviso" destinato ai lavoratori, in cui si ricorda loro quali siano gli adempimenti da assolvere al momento del rilascio della certificazione di malattia per non incorrere in sanzioni economiche ed amministrative.

In tema, la circolare n. 4/2011 del Dipartimento della Funzione Pubblica e del Ministero del Lavoro prevede che sia data informazione ai lavoratori sui vantaggi, ma anche sugli oneri (di controllo dei propri dati) della nuova procedura.

Confidando pertanto nella Vs. cortese collaborazione, si invita ad affiggere l'allegato avviso nelle sale d'attesa degli ambulatori degli studi medici, in modo da favorire la massima diffusione delle informazioni in esso contenute.

Dr. Giancarlo Settembre
Dir.M-Legale II liv. INPS

ATTENZIONE AL CERTIFICATO MEDICO

Il certificato medico, come è noto, è ora inviato per via telematica all'INPS da parte del Medico di base.

E' necessario che il lavoratore ammalato controlli sempre la correttezza dei dati anagrafici ed in particolare l'indirizzo di residenza e reperibilità dove saranno effettuate le eventuali visite di controllo.

IL CONTROLLO DEI DATI SI EFFETTUA:

VERIFICANDO CON IL MEDICO, AD OGNI INVIO DI CERTIFICATO, L'ESATTEZZA DEI DATI IMMESSI NEL CERTIFICATO STESSO.

Si ricorda che l'indicazione errata, imprecisa o incompleta dell'indirizzo di reperibilità sul certificato medico impedisce il regolare espletamento della Visita Medica di Controllo Domiciliare eventualmente richiesta d'ufficio o dal datore di lavoro: questo determina, indipendentemente dalla sussistenza dell'infermità, il sanzionamento delle giornate di malattia che in **nessun caso potranno essere indennizzate**.

Si ricorda che il lavoratore del settore privato deve rendersi reperibile al domicilio indicato nel certificato medico, durante le fasce orarie, dalle ore 10,00 alle ore 12,00 del mattino e dalle ore 17,00 alle ore 19,00 del pomeriggio tutti i giorni compresi i festivi e le domeniche; mentre per i lavoratori pubblici e quelli ad essi assimilati per contratto, le fasce di reperibilità sono dalle ore 09,00 alle ore 13,00 del mattino e dalle ore 15,00 alle ore 18,00 del pomeriggio tutti i giorni compresi i festivi e le domeniche.

CONFERIMENTO PREMIO PER MIGLIOR TESI DI SPECIALIZZAZIONE IN ORL

L'Associazione "Anna Maria Brugnaro" ha istituito un bando di concorso per l'assegnazione di un premio alla migliore tesi sperimentale di Specializzazione in Otorinolaringoiatria su argomento di Oncologia del distretto testa-collo con premio di € 2.000,00 riservato a Medici-Chirurghi specializzati in Otorinolaringoiatria che abbiano conseguito tale specializzazione nell'anno accademico 2010/2011 presso Università del Triveneto. Hanno partecipato a tale bando quattro neo-specialisti ed è stato nominato vincitore il Dr. Roberto Fuson che ha effettuato tesi sperimentale su "Ruolo patogenetico e prognostico dell'infezione da HPV nel carcinoma squamoso delle vie aerodigestive superiori".

ABBONAMENTO GRATUITO A VIDEO JOURNAL OF MEDICINE

Si segnala che la Redazione de Video Journal of Medicine offre l'abbonamento gratuito al personale sanitario. Tale strumento è dedicato alla divulgazione e alla condivisione della conoscenza medico-scientifica e mette a disposizione lezioni frontali, approfondimenti monotematici, esperienze cliniche di oltre 500 relatori nonché corsi e studi specifici spiegati dagli specialisti che li hanno promossi.

INFO: Redazione Video Journal of Medicine
Segreteria: 045-990.848
<http://www.vjmed.net/>



L'Ordine
di Treviso

Organo di Informazione
dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Treviso

Presidente

Dott. Giuseppe FAVRETTO

Direttore Responsabile

Dott. Giuseppe FAVRETTO

Redazione

Paolo Burelli, Salvatore Cauchi, Diego Codognotto Capuzzo, Silvia Dal Bò, Daniele Frezza, Brunello Gorini, Luigino Guarni, Renzo Malatesta

Stampa

Marca Print - Quinto di Treviso - Telefono 0422 - 470055

L'Ordine di Treviso

31100 Treviso - Via Cittadella della Salute n. 4 - Telefono 0422 543864 - Fax 0422 541637

e-mail: ordmedtv@iol.it PEC: segreteria.tv@pec.omceo.it www.ordinemedicitreviso.org

BANDO PREMIO BIENNALE "GEMMA GHERSON": ETICA E PRATICA CLINICA

L'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Trento bandisce, nella VI edizione, il PREMIO BIENNALE "GEMMA GHERSON": ETICA E PRATICA CLINICA che mira a far emergere ed osservare la prospettiva etica nel quotidiano professionale del medico e delle altre figure della professione sanitaria.

La pratica sanitaria, con la sua mission di curare gli esseri umani ed aiutarne lo sviluppo completo ed armonioso nel rispetto dei loro diritti, si intreccia quotidianamente con le problematiche del diritto, dell'economia, del vivere sociale, delle culture: è quindi una pratica ad alto contenuto etico.

L'Ordine dei Medici di Trento, ritenendo opportuno stimolare in particolare nei medici l'approfondimento sulle esperienze professionali nelle quali il conflitto di valori, di doveri, di diritti o la novità della situazione clinica, politica e sanitaria, possa condizionare e rendere problematiche le scelte, **bandisce una selezione per l'assegnazione di tre premi**. Viene offerta un'occasione per i professionisti sanitari di focalizzare l'attenzione ed il dibattito su quesiti e riflessioni etiche stimolati dalla loro pratica, per evidenziarli, cercare risposte condivise in ambito professionale e sociale ed alleviare il peso individuale di decisioni controverse.

Oggetto del bando

Preparazione di un lavoro originale di ricerca e riflessione su temi concreti che coinvolgono direttamente il ruolo del medico e della medicina nei diversi contesti in cui si svolge l'attività medica, quando nel processo decisionale i valori (del vivere, del morire, della vita nella società), i doveri (del professionista, del cittadino, dell'essere umano), i diritti delle persone coinvolte, il confronto con realtà diverse o la "novità" della situazione possano rendere difficile e problematica la scelta.

Requisiti per la partecipazione

Possono partecipare tutti gli iscritti agli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

I lavori presentati potranno essere anche frutto di collaborazione con altri operatori socio sanitari o associazioni di malati ove un medico abbia avuto un ruolo di rilievo.

Premi

Il premio per il 1° classificato è di euro 1.500,00, per il 2° classificato è di euro 1.000,00

Premio Speciale euro 500,00 per lavori promettenti da incoraggiare

I lavori dovranno pervenire entro e non oltre il 31 maggio 2013

al seguente indirizzo:

**Commissione di Bioetica dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Trento
Via Valentina Zambra, 16 - 38121 TRENTO**

Per le modalità di invio leggere attentamente il regolamento pubblicato sul sito dell'Ordine

www.ordinemedicitn.org

INFO: Segreteria Ordine di Trento

tel. 0461/825094, dalle ore 9 alle ore 17 dal lunedì al mercoledì e dalle 9 alle ore 14 giovedì e venerdì

e-mail: info@ordinemedicitn.org

Rassegna Giuridico-Amministrativa

Maggio 2012 - Novembre 2012

Sospensione dell'obbligo vaccinale per l'età evolutiva (L.R. n. 7/2007). Approvazione del 'Report sul Monitoraggio della Sospensione dell'Obbligo Vaccinale – Dati sulle coperture vaccinali per i nuovi nati aggiornati al 30.9.2011' e del verbale relativo all'incontro del 24/01/2012 del Comitato Tecnico Scientifico Regionale per la sospensione dell'obbligo vaccinale.

Deliberazione della Giunta Regionale n. 837 del 15.5.2012 - BUR n. 43 del 5.6.2012

Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016

Legge regionale 29.6.2012 n. 23 - BUR n. 53 del 6.7.2012

Medicina generale. Modalità di attuazione D.G.R. n. 1666 del 2011

Deliberazione della Giunta Regionale n. 1510 del 31.7.2012 - BUR n. 63 del 10.8.2012

Regolamento recante l'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti libero-professionali tra il Ministero della salute ed i medici generici fiduciari incaricati dell'assistenza sanitaria e medico-legale al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile (Validità 1° gennaio 2001-31 dicembre 2005).

Decreto Ministro della Salute N. 143 del 6.7.2012 - G.U. n. 199 del 27.8.2012

Disposizioni relative all'anno 2012 per il contenimento della spesa per la specialistica ambulatoriale interna

Deliberazione della Giunta Regionale n. 1509 del 31.7.2012 - BUR n. 71 del 28.8.2012

Riorganizzazione della formazione continua e specifica per la Medicina Convenzionata di Assistenza Primaria

Deliberazione della Giunta Regionale n. 1667 del 7.8.2012 - BUR n. 73 del 4.9.2012

Prime determinazioni in merito alle iniziative da porre in atto per l'anno 2012 in relazione all'entrata in vigore del D.L. 6 luglio 2012, n. 95 "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini" (c.d. spending review) – Rideterminazione dei tetti di costo di cui alla DGR 715/2012

Deliberazione della Giunta Regionale n. 1670 del 7.8.2012 - BUR n. 73 del 4.9.2012

Approvazione dell'elenco dei farmaci correlati al codice di esenzione per patologia cronica e invalidante (testo integrale pubblicato in questo numero nella rubrica Comunicazioni dell'Ordine)

Decreto del Dirigente della Direzione Programmazione Sanitaria n. 141 del 21.8.2012 - BUR n. 75 del 11.9.2012

Erogatori privati ambulatoriali accreditati nella Regione del Veneto ex L.R. 16 agosto 2002, n. 22 ed art. 1, comma 796, lettera s) L. 27/12/2006 n. 296. Adozione dello schema tipo di accordo contrattuale regolante i rapporti tra i predetti erogatori privati e le Aziende ULSS.

Deliberazione della Giunta Regionale n. 1765 del 28.8.2012 - BUR n. 75 del 11.9.2012

Prestazioni da considerarsi ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery - trasferibili in regime ambulatoriale di cui all'allegato A del Patto per la Salute per gli anni 2010-2012. Determinazioni.

Deliberazione della Giunta Regionale n. 1767 del 28.8.2012 - BUR n. 75 del 11.9.2012

Attività finalizzate all'implementazione delle innovazioni introdotte dal Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016 e alla determinazione delle tariffe delle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale. - Determinazioni.

Deliberazione della Giunta Regionale n. 1768 del 28.8.2012 - BUR n. 75 del 11.9.2012

Sospensione dell'obbligo vaccinale per l'età evolutiva (L.R. n. 7/2007). Approvazione del "Report sull'attività vaccinale dell'anno 2011 e Monitoraggio della Sospensione dell'Obbligo Vaccinale" e del verbale relativo all'incontro del 10/07/2012 del Comitato Tecnico Scientifico Regionale per la sospensione dell'obbligo vaccinale.

Deliberazione della Giunta Regionale n. 1873 del 18.9.2012 - BUR n. 80 dell'1.10.2012

Approvazione Piani di Attività 2012 relativi ai Coordinamenti, al Sistema Epidemiologico Regionale e ai Registri di patologia

Deliberazione della Giunta Regionale n. 1875 del 18.9.2012 - BUR n. 80 dell'1.10.2012

Definizione delle Aree di Afferenza dei Centri Specialistici. Modifica della Circolare Regionale n. 20 del 8/10/1999 (Delibera della Giunta Regionale 3410 del 5/10/1999)

Decreto del Segretario per la Sanità n. 197 dell'8.10.2012 - BUR n. 87 del 23.10.2012

Modifiche all'articolo 8, commi 1 e 1 bis della legge regionale 16 agosto 2007 n. 23: Disposizioni di riordino e semplificazione normativa – collegato alla legge finanziaria 2006 in materia di sociale, sanità e prevenzione" e disposizioni in materia sanitaria, sociale e socio-sanitaria

Legge regionale n. 43 del 23.11.2012 - BUR n. 97 del 27.11.2012

Disciplina per la regolazione dei mutamenti inerenti la titolarità dell'accreditamento istituzionale rilasciato a strutture sanitarie private, ai sensi della legge regionale n. 22/2002 (testo integrale pubblicato in questo numero nella rubrica Comunicazioni dell'Ordine)

Deliberazione della Giunta Regionale n. 2201 del 6.11.2012 - BUR n. 97 del 27.11.2012

DISPOSIZIONI RELATIVE ALLA EROGAZIONE DEI MEDICINALI E DEI PREPARATI GALENICI MAGISTRALI A BASE DI CANNABINOIDI PER FINALITÀ TERAPEUTICHE.

Legge Regionale n. 38 del 28.9.2012 - BUR n. 82 del 5.10.2012

Il Consiglio regionale ha approvato

Il Presidente della Giunta regionale

p r o m u l g a

la seguente legge regionale:

Art. 1

Disposizioni generali

1. La Regione del Veneto, ai sensi dell'articolo 117, terzo comma, della Costituzione e nel rispetto della vigente normativa statale, introduce disposizioni relative all'impiego di medicinali e di preparati galenici magistrali a base dei principi attivi cannabinoidi riportati nella tabella II, sezione B, di cui all'articolo 14 del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 "Testo unico in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza" e successive modificazioni, di seguito denominati medicinali cannabinoidi, per finalità terapeutiche da parte degli operatori e delle strutture del servizio sanitario regionale (SSR), fatti salvi i principi dell'autonomia e della respon-

sabilità del medico nella scelta terapeutica e dell'evidenza scientifica.

2. I medicinali cannabinoidi sono prescritti, con oneri a carico del SSR, dal medico specialista del SSR e dal medico di medicina generale del SSR, sulla base di un piano terapeutico redatto dal medico specialista; restano ferme le specifiche disposizioni previste dalla vigente normativa in materia di modalità di prescrizione mediche.

Art. 2

Trattamento in ambito ospedaliero o assimilabile

1. Qualora l'inizio del trattamento avvenga nelle strutture ospedaliere o in quelle alle stesse assimilabili, i medicinali cannabinoidi sono acquistati dalla farmacia ospedaliera o della azienda unità locale socio-sanitaria (ULSS) di appartenenza dell'assistito e posti a carico del SSR, anche nel caso del prolungamento della cura dopo la dimissione.
2. Nell'ipotesi di cui al comma 1 il paziente può proseguire il trattamento in ambito domiciliare, con oneri a carico del SSR, sulla base della prescrizione del medico ospedaliero che lo ha in cura.
3. Il rinnovo della prescrizione è in ogni caso subordinato ad una valutazione positiva di efficacia e sicurezza da parte del medico prescrittore, valutata la variabilità individuale della risposta al trattamento.

Art. 3

Informazione

1. Al fine di favorire la diffusione della conoscenza delle evidenze scientifiche più aggiornate sull'efficacia e sicurezza dei trattamenti con medicinali cannabinoidi, entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale promuove, attraverso l'utilizzo dei mezzi che ritiene idonei, una specifica informazione ai medici e ai farmacisti operanti nella Regione del Veneto.

Art. 4

Acquisti multipli

1. Al fine di ridurre le spese fisse connesse all'acquisto e preparazione di medicinali cannabinoidi, entro tre mesi dall'entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale verifica la possibilità di centralizzazione degli acquisti avvalendosi del Centro Regionale Acquisti in Sanità.

Art. 5

Convenzioni e attività sperimentali

1. La Giunta regionale può stipulare convenzioni con i centri e gli istituti autorizzati ai sensi della normativa statale alla produzione o alla preparazione dei medicinali cannabinoidi.
2. La Giunta regionale, ai fini della presente legge e anche per ridurre il costo dei medicinali cannabinoidi importati dall'estero, è autorizzata ad avviare azioni sperimentali o specifici progetti pilota con il Centro per la ricerca per le colture industriali di Rovigo, con lo Stabilimento chimico farmaceutico militare di Firenze o con altri soggetti autorizzati, secondo la normativa vigente, a produrre medicinali cannabinoidi.

Art. 6

Disposizioni attuative

1. La Giunta regionale adotta, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, provvedimenti finalizzati a:
 - a) assicurare omogeneità dell'applicazione delle disposizioni contenute nella presente legge sul territorio regionale;

- b) monitorare il consumo sul territorio regionale dei medicinali cannabinoidi distinguendo i medicinali importati dai preparati galenici magistrali e prevedendo la periodica trasmissione dei relativi dati alla competente commissione consiliare;
 - c) promuovere la massima riduzione dei tempi d'attesa.
2. La Giunta regionale trasmette alla competente commissione consiliare, entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge e poi con cadenza annuale, una dettagliata relazione sull'attuazione della presente legge, nella quale sono contenuti in particolare:
- a) numero di pazienti trattati con medicinali cannabinoidi, distinti per patologia e per tipologia di assistenza;
 - b) criticità eventualmente verificatesi nell'applicazione della presente legge, con particolare riferimento alle disomogeneità riscontrate sul territorio regionale ed alle difficoltà inerenti l'acquisto e l'erogazione dei medicinali cannabinoidi;
 - c) l'andamento della spesa, anche con riferimento a quanto previsto dall'articolo 4.

Art. 7

Norma finanziaria

1. Agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge, quantificati in euro 100.000,00 per l'esercizio 2012, si fa fronte prelevando pari importo dall'upb U0185 "Fondo speciale per le spese correnti" del bilancio di previsione 2012; contestualmente la dotazione dell'upb U0140 "Obiettivi di piano per la sanità" viene aumentata di euro 100.000,00 nell'esercizio 2012.

Ricerca Medici



“L’Associazione Lotta contro i tumori Renzo e Pia Fiorot onlus” di San Fior (TV) cerca medici specialisti o specializzandi disponibili a dare la propria collaborazione volontaria per la prevenzione dei tumori cutanei, anche per un numero limitato di ore. Inoltre, per gli stessi, su richiesta, la stessa Associazione è pronta a sostenere corsi di aggiornamento o di partecipazione a convegni su tale argomento.

INFO: Segreteria dell’Associazione Fiorot

Tel 0438/402696 – 346/0636288 - Fax 0438/260494

e-mail: info@fiorotlottacontroitumori.it

SELEZIONI DI PERSONALE SANITARIO MEDICI E INFERMIERI PER IL REGNO UNITO IN COLLABORAZIONE CON L'AGENZIA DI RECLUTAMENTO BEST PERSONNEL LTD

La BPL, agenzia di reclutamento specializzata nel settore sanitario con sede in Irlanda, in collaborazione con il NHL Trust (SSN del Regno Unito) e la rete EURES Italiana, ricerca diversi profili nel settore medico ed infermieristico per lavorare in tutto il Regno Unito.

101 Medici Specializzati nelle seguenti discipline:

- n° 10 Cardiologi (consultant, middlegrade)
- n° 10 Anestesisti (consultant, middlegrade)
- n° 10 Specialisti in A & E (medicina d'emergenza)
- n° 10 Pediatri
- n° 15 Psichiatri
- n° 10 Neurologi
- n° 6 Ematologi
- n° 5 Oncologi
- n° 5 Geriatri
- n° 10 Radiologi
- n° 10 Dermatologi



Tutte le posizioni sono a tempo indeterminato, full time 40 ore settimanali.

La retribuzione è regolata dal NHS (National Health Service), sulla base dell'esperienza e del livello di specializzazione.

Le candidature saranno preselezionate dai Consulenti EURES di ciascuna regione/provincia, poi inoltrate alla Best Personnel Ltd che selezionerà i candidati da invitare ad un colloquio iniziale in lingua Inglese via Skype.

La Best Personnel Ltd assisterà i candidati durante il loro iter di selezione assunzione ed inserimento in modo totalmente gratuito.

Requisiti richiesti:

Cittadinanza comunitaria

Completamento degli studi in un Paese della Comunità Europea

Conoscenza dell'inglese, sia parlato che scritto, almeno a livello B2 (livello intermedio).

Titolo di studio: Laurea in Medicina e Chirurgia, Specializzazione nelle aree mediche suindicate, possesso dell'Abilitazione ed iscrizione al relativo Ordine professionale.

Per la posizione "middlegrade" è anche necessario aver maturato un'esperienza da 4 a 6 anni.

Per la posizione "consultant" è anche necessario aver maturato più di 8 anni di esperienza.

Per le altre posizioni in cui nulla è specificato, potranno candidarsi anche coloro che non hanno maturato esperienza (es. neo-specializzati), purché in possesso del titolo richiesto per l'esercizio professionale relativo a quella specifica area medico/specialistica.

Modalità di candidatura e procedura di selezione:

Tutti coloro che fossero interessati a partecipare potranno inviare un CV modello Europass, in lingua Inglese, al servizio EURES della propria regione/provincia di residenza/domicilio.

INFO: Servizio di consulenza per la provincia di Treviso:

Lia Gamberini - Consulente EURES

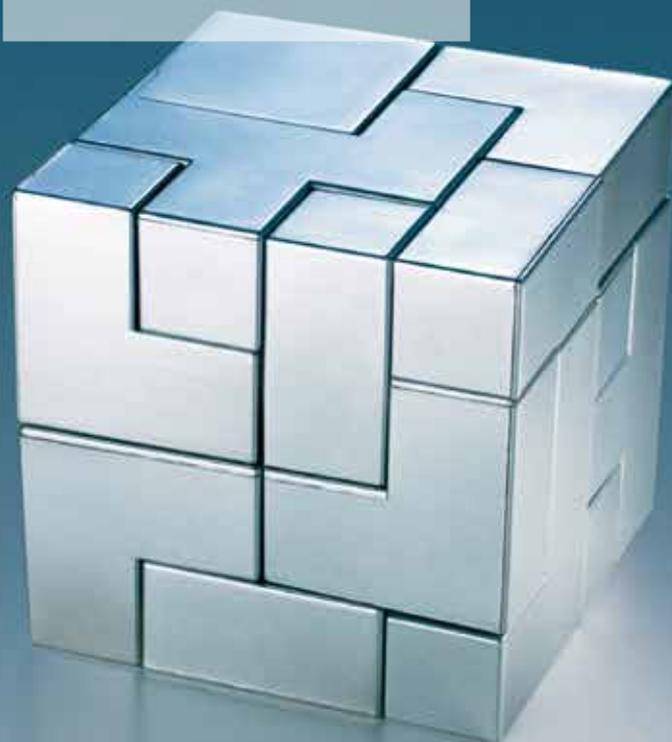
Responsabile Città dei Mestieri e delle Professioni

Via Franchini,1 31020 Lancenigo di Villorba – TV - Tel:0422 656851 - Fax: 0422 656934



db Insieme

Una banca. Tanti servizi.
Mille vantaggi.



**Scopri tutte le opportunità
che Deutsche Bank ti offre
grazie alla Partnership
con E.N.P.A.M.**

Ad esempio:

- Mutui Casa a tassi vantaggiosi per acquisto e/o ristrutturazione
- Prestiti personali per soddisfare ogni esigenza di spesa
- db Interactive per operazioni di banking e trading on line

Deutsche Bank:

■ Treviso

Piazza San Leonardo, 5
Tel.: 0422.55951
E-mail: db514.treviso@db.com

■ Conegliano (TV)

Via G. Garibaldi, 2
Tel.: 0438.32352
E-mail: db518.conegliano@db.com

A Passion to Perform.

Deutsche Bank



Centro LEONARDO

a 10 minuti dall'ospedale di Treviso
ottima visibilità fronte strada statale S.R. 53 "Castellana"



Prestigioso contesto ideale per il vostro Studio Medico ed Odontoiatrico

- **Unità con superfici a partire da m² 50 a m² 5.000**, complete di impianti
- Posizione facilmente raggiungibile, prossimità uscita "Paese" tangenziale di Treviso
- 600 posti auto riservati, di cui 300 coperti e videosorvegliati
- Convenzione per: sale riunioni, servizio ristorazione, BHR Treviso Hotel, telefonia fissa
- Internet wi-fi gratuito
- Condizioni vantaggiose per eventuale trasferimento o start-up.

Attività già presenti: palestra di circa mq 1.500, prestigioso studio medico di riabilitazione, attività di ristorazione, agenzia di business travel, BHR Treviso Hotel.



Info: **S. Pettenon**
tel. **0422.299311**
info@lefim.it **www.lefim.it**



Dal 1990, uomini che lavorano.

Lefim

Promotion Real Estate Development