



L'Ordine

di Treviso

Anno XVII - N° 1/2009 | Direttore: Giuseppe Favretto | Aut. Trib. TV n. 934 del 24/03/1994
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



Medici Chirurghi ed Odontoiatri neo-iscritti alla XIV Giornata del Medico

- **Il saluto del nuovo Presidente**
- **In ricordo della dott.ssa Fulvia Salzani**
- **Documento sui rapporti fra Colleghi**
- **Testamento biologico**
- **Rubrica convegni nazionali/internazionali**

01
2009

■ Attività e comunicazioni dell'Ordine

- 01 Il saluto del Presidente neo-eletto
- 02 Consiglio dell'Ordine per il triennio 2009/2011
- 03 In ricordo di Fulvia Salzani
- 04 Documento sui rapporti fra Colleghi
- 08 XIV Giornata del Medico
- 14 Commissioni ordinistiche
- 16 Sequestro amministrativo struttura sanitaria
- 16 Cure odontoiatriche ed onorari concordati
- 17 Studi dentistici aperti in agosto
- 18 Variazione agli Albi

■ Riceviamo e pubblichiamo

- 19 Camera di Commercio di Treviso
- 20 Documento FNOMCeO sul testamento biologico
- 24 Linee guida regionali Dipartimenti Salute Mentale
- 28 ENPAM: Contribuzione quota A
Contribuzione quota B
Nuova Polizza Sanitaria
- 32 ONAOSI
- 33 Prescrizione diagnostici per pazienti diabetici
- 33 Sportello informativo LILT
- 34 Corso per Medici dello Sport
- 34 Associazione Medici Tennisti Italiani
- 35 Notizie dalla FEDERSPEV
- 36 Ricerca Medici

■ Rubriche

- 37 Appuntamenti Scientifici
- 38 Congresso Nazionale Day Surgery
- 40 Rassegna Giuridico Amministrativa

Segreteria

Telefono: 0422 543864 - 0422 545969 **Fax:** 0422 541637

Orario di apertura al pubblico

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



L'Ordine
di Treviso

DIRETTORE RESPONSABILE

Dott. Giuseppe FAVRETTO

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

Giuseppe FAVRETTO

Vice Presidente

Brunello GORINI

Segretario

Daniele FREZZA

Tesoriere

Pietro Mario ROSSI

Consiglieri

Paolo BURELLI
Gaetano CAPPELLETTO
Gianfranco DOTTO (Odont.)
Gaetano Giorgio GOBBATO
Luigino GUARINI (Odont.)
Pio MARTINELLO
Giovanni MAZZOLENI
Carlo PATERA
Giampiero RUZZI
Claudio SCARPA
Remigio VILLANOVA
Giuseppe ZAPPIA

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Effettivi

Gianfilippo NERI **Presidente**
Silvia DAL BÒ
Diego GIRARDI

Supplente

Elvio GATTO

COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI

Luigino GUARINI **Presidente**
Diego CODOGNOTTO CAPUZZO
Gianfranco DOTTO
Eduardo STELLINI
Angelo UZZIELLI

Il saluto del nuovo Presidente

Nell'ultimo numero del 2008 del nostro giornale il dott. Domenico Stellini, Presidente uscente, inviava a tutti gli iscritti un messaggio di saluto annunciando che non si sarebbe ripresentato.

I pressanti inviti a continuare rivoltigli da tutto il Consiglio non sono stati in grado di cambiare questa decisione.

Ci lascia come Presidente operativo, ma sappiamo tutti, il nuovo Presidente per primo, quanto i suoi consigli ci saranno utili e speriamo sia sempre disponibile ad aiutarci.

L'obiettivo principale per il quale aveva lavorato nel corso del suo triennio di presidenza, il recupero dell'unità di tutti i medici, è stato certamente raggiunto.

Ne è chiara evidenza il fatto che i medici si sono presentati alle nuove elezioni con una lista unitaria rappresentativa di tutte le varie categorie mediche.

Lascia in mano al nuovo Presidente un Ordine di nuovo unito.

E obiettivo del nuovo Presidente e del Consiglio dell'Ordine sarà innanzitutto quello di rendere definitivamente salda questa unitarietà d'azione.

Solamente uniti, infatti, i medici potranno affrontare le grandi difficoltà che investono in questi anni la nostra professione attaccata, spesso ingiustamente, da più parti della società in cui operiamo.

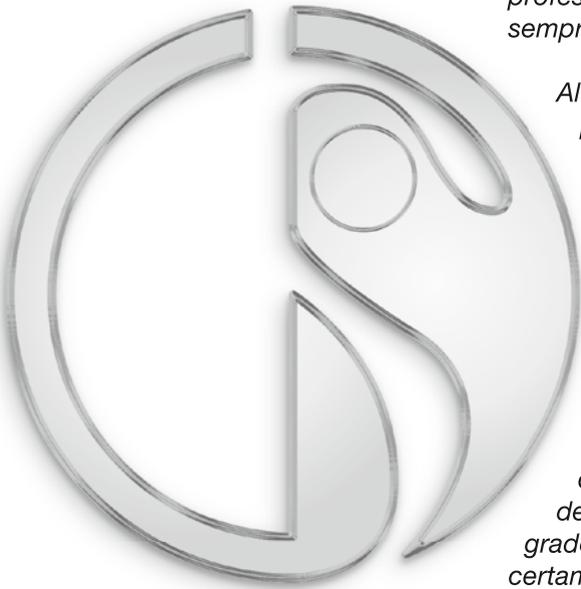
Sono necessari da parte di tutti noi il massimo impegno e una costante dedizione per ridare dignità alla nostra professione che, se non è più certamente una missione, rimane sempre qualcosa di più di un normale lavoro.

Altro obiettivo che ci proponiamo è la realizzazione di un ancora più corretto rapporto professionale e deontologico tra le varie categorie mediche, finalizzato alla creazione di un clima di proficua collaborazione e solidarietà, nel rispetto dei diversi ruoli che le categorie stesse svolgono.

L'Ordine, inoltre, continuerà ad intervenire attivamente per migliorare la gestione complessiva della sanità, offrendo consulenza tecnico-scientifica agli organi di decisione politica.

Per quanto mi riguarda, pur consapevole della mia inesperienza, confidando nella collaborazione del Consiglio tutto e nell'aiuto del personale amministrativo dell'Ordine, mi auguro di essere in grado di svolgere correttamente questo compito che sento certamente come una grande responsabilità.

Dott. Giuseppe Favretto



NUOVO CONSIGLIO DIRETTIVO, COLLEGIO REVISORI DEI CONTI E COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI PER IL TRIENNIO 2009-2011

A norma degli artt. 2 e 20 del D.P.R. 5.4.1950 n. 221 e dell'art. 6 della legge 409/85, si comunica che a seguito delle elezioni ed alla successiva attribuzione delle cariche, il Consiglio di quest'Ordine, il Collegio dei Revisori dei Conti e la Commissione Albo Odontoiatri per il triennio 2009-2011 risultano così composti:

Consiglio Direttivo:

Presidente	Favretto	Giuseppe
Vice Presidente	Gorini	Brunello
Segretario	Frezza	Daniele
Tesoriere	Rossi	Pietro Mario
Consiglieri	Burelli	Paolo
	Cappelletto	Gaetano
	Dotto	Gianfranco (Odontoiatra)
	Gobbato	Gaetano Giorgio
	Guarini	Luigino (Odontoiatra)
	Martinello	Pio
	Mazzoleni	Giovanni
	Patera	Carlo
	Ruzzi	Giampiero
	Scarpa	Claudio
	Villanova	Remigio
	Zappia	Giuseppe

Collegio Revisori dei Conti:

Effettivi

Presidente	Neri	Gianfilippo
	Dal Bò	Silvia
	Girardi	Diego
Supplente	Gatto	Elvio

Commissione degli iscritti all'Albo Odontoiatri:

Presidente	Guarini	Luigino
	Codognotto Capuzzo	Diego
	Dotto	Gianfranco
	Stellini	Edoardo
	Uzzielli	Angelo

In ricordo di FULVIA SALZANI



Fulvia Salzani è stata per noi una collega speciale!

Da quando è prematuramente mancata si è creato un vuoto nei Consiglieri che supportano l'attività del Presidente e dell'Ordine, che ci fanno capire il vero ruolo che aveva.

È bene risalire, (con i limiti del nostro ambito di frequentazione e collaborazione) agli anni '90, in cui ci si conobbe alle trattative sindacali dell'area medica dell'ULSS n.8.

Si "saliva" insieme ad Asolo, lei rappresentando la CIMO e noi le altre sigle sindacali.

Già in quegli anni, con il suo incarico di Medico-igienista nel Distretto, che si andava strutturando, si era colta la sua capacità di porsi con equilibrio ed attenzione nelle dinamiche professionali ed organizzative tra l'Ospedale (entità già consolidata) e il territorio con tutte le sue peculiarità e problematiche emergenti.

C'era allora (ma è presente ancor più oggi) la necessità di professionisti-medici in grado di cogliere con visione unica i percorsi diagnostico-terapeutici del paziente e di saper coniugare con senso di responsabilità e di appartenenza, la vera necessità di confronto tra i colleghi ospedalieri, del territorio della convenzionata, per mirare alla costruzione di una sanità unica, omogenea, equilibrata.

C'era bisogno di andare oltre all'essere medico; di mettersi in gioco sul piano umano, delle relazioni oltre che delle competenze professionali e della visione di innovazione della sanità.

Fulvia riuscì già in quegli anni ad esprimere queste tensioni e prospettive, riuscendo poi ad esprimerli e a caratterizzare la sua presenza nei molteplici ambiti in cui era stata chiamata a collaborare.

L'arrivo in Consiglio dell'Ordine è avvenuto l'1/1/2006 e queste sue capacità emersero da subito con chiarezza, in una dinamica ora provinciale, a confronto con i più importanti temi della professione.

Sapeva affrontare con competenza tutti i principali temi, dall'etica, all'organizzazione, all'integrazione ospedale-territorio, al rischio clinico, dimostrando una enorme sensibilità, attenzione e cultura.

La sua malattia è insorta in maniera subdola, ma da subito Fulvia l'ha affrontata con determinazione, creandole solo delle brevi parentesi di assenza dalla nostra attività. Poche settimane di assenza, in cui le telefonate prima quotidiane si diradavano un po' con qualche breve visita per consentirci di mantenere il forte legame, l'amicizia, i suoi preziosi consigli, la sua determinazione. Subito ripartiva con entusiasmo, facendoci crescere la nostra ammirazione per la sua forza e determinazione.

Abbiamo creato con Lei (ma è giusto dire che è il Suo lavoro) un documento su "Deontologia delle relazioni professionali e per il miglioramento dei rapporti con l'utenza" che è la vera testimonianza all'Ordine di Fulvia. Un documento semplice ma importante che fino ad allora aveva mai redatto e che è giusto riproporre per le ricadute sui rapporti professionali, sulla sicurezza del paziente (argomento di estrema attualità) e sullo sviluppo dei percorsi diagnostico terapeutici integrati.

Improvvisamente, con un forte senso di impotenza e di sgomento, ci hanno comunicato che è mancata. A noi ora manca davvero; ci mancano i suoi consigli, i suoi sorrisi, la sua amicizia, la sua forza, la sua cultura professionale. Abbiamo perso un'amica, che però vorremmo ricordare per sempre come una grande donna e professionista che ha saputo guardare lontano in una professione, quella del medico, che deve sentirsi sempre più unita per l'alto compito a cui è chiamata a rispondere.

*Dott. Daniele Frezza
Segretario dell'Ordine dei Medici e Chirurghi e Odontoiatri di Treviso*

Documento del Consiglio dell'Ordine dei Medici e Odontoiatri di Treviso per la Deontologia delle relazioni professionali e per il miglioramento dei rapporti con l'utenza

Premessa

Uno dei compiti istituzionali dell'Ordine dei Medici è un corretto rapporto professionale e deontologico fra medici. L'erogazione di prestazioni professionali appropriate, efficaci e a costi equi è compito prioritario del servizio sanitario nazionale in tutte le sue componenti.

Il cittadino-paziente viene posto al centro del sistema; la soddisfazione dei suoi bisogni e la risposta alle sue esigenze di salute, espresse ed inesprese, rappresentano il fine ultimo dell'attività del sistema sanitario; deve inoltre essere preservato quel rapporto diretto tra medico e paziente che costituisce l'essenza dell'esercizio professionale.

Proprio per questo viene presentata al Consiglio dell'Ordine una proposta di regolamento costruito secondo modelli strutturali già utilizzati e con un testo il cui contenuto ha cercato di raccogliere e sintetizzare quanto già espresso nelle varie normative, leggi, decreti e convenzioni, che in più occasioni richiamano alle numerose tematiche con le quali ogni giorno i medici si trovano a doversi confrontare nell'esercizio della propria professione.

Dopo un lungo e approfondito dibattito sulle modalità di stesura e sui possibili contenuti, la commissione ospedale-territorio ha convenuto per un testo sintetico i cui obiettivi richiamano i capitoli fondamentali del rapporto professionale.

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Treviso, ritiene che i rapporti tra le varie categorie di medici debbano svolgersi sempre in un clima di collaborazione e secondo criteri di correttezza professionale.

Dopo ampia discussione la commissione "Ospedale – Territorio", con partecipazione dei delegati delle Aziende ULSS della Provincia, sentito il parere del Consiglio dell'Ordine, ritiene di proporre il seguente documento del quale raccomanda l'osservanza a tutti gli interessati.

1. CONDIVISIONE DELLE INFORMAZIONI TRA LE VARIE CATEGORIE MEDICHE

La comunicazione è il filo conduttore di tutti gli obiettivi che portano all'interesse comune della cura del paziente. La sua mancanza comporta la non sempre completa conoscenza di tutte le attività sanitarie, delle modalità operative e delle innovazioni adottate, ma anche il mancato rapporto collegiale che accompagna giornalmente il lavoro di ciascun medico: ognuno è infatti preso dal veloce ritmo lavorativo quotidiano e non riserva poi "tempo" per comunicare, riferire e concordare con i colleghi.

A tale proposito è opportuno:

- Prevedere degli spazi riservati alla comunicazione tra le varie unità operative ospedaliere e distrettuali con i medici di medicina generale (mmg), pediatri di libera scelta (pls), e i medici della continuità assistenziale (mca)
- Fissare modalità di disponibilità per i colloqui telefonici e diretti o via email
- Fornire ad ogni unità operativa il numero telefonico e relativo orario di servizio di tutti i mmg e pls del territorio delle rispettive ULSS
- Prevedere che le direzioni sanitarie delle ULSS informino anche attraverso gli strumenti informatici delle Aziende i mmg, i pls e gli specialisti ambulatoriali (sai) degli orari dei servizi specialistici ambulatoriali, delle modalità di accesso o prenotazione aggiornando periodicamente l'informazione.

2. ESAMI, CONSULENZE E URGENZE

- Ogni richiesta di prestazione, di esami strumentali e di consulenza specialistica deve essere motivata con l'indicazione del sospetto diagnostico e/o del quesito clinico con allegati gli accertamenti eseguiti. Le richieste scritte a mano devono essere compilate in modo chiaro e leggibile
- Informare il paziente sulle modalità di prenotazione e sui criteri di scelta prioritari nelle varie branche specialistiche come previsto dalla normativa regionale in attesa che vengano concordati specifici percorsi assistenziali e di urgenza.
- Per tutti i medici è valida la regola che in ogni ricetta possono essere richieste fino ad un massimo di 8 prestazioni della stessa branca (D.M. 22/7/96) e che le richieste relative a specialità diverse devono essere formulate su ricette diverse.

I medici ospedalieri e gli specialisti ambulatoriali (sai), effettuata la visita specialistica richiesta, si impegnano a:

- Formulare direttamente la richiesta su ricettario regionale, qualora ritengano necessario eseguire ulteriori indagini agli affidati in cura per poter dare risposta al quesito del medico curante; in particolare formulano la richiesta di tutte le indagini preliminari agli eventuali esami strumentali e a tutti gli approfondimenti necessari per le risposte al quesito diagnostico
- Comunicare al medico, in forma scritta, la diagnosi formulata e le relative proposte terapeutiche.

Si raccomanda di limitare le richieste urgenti ai casi di reale necessità e sempre motivarle opportunamente: l'invio al pronto soccorso dei pazienti deve pertanto prevedere sempre la motivazione specifica di valutazione dell'urgenza.

3. PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE

Il paziente, in caso di terapia farmacologia, va informato sulla posologia, durata del trattamento, ed eventuale presenza di farmaci di fascia "C", ovvero a suo carico: la proposta di trattamento con farmaci di fascia "C" va infatti motivata al paziente sia in merito alle indicazioni che ai costi da sostenere.

Lo stesso vale per la prescrizione di farmaci soggetti a nota AIFA limitativa, qualora il paziente non rientri nelle condizioni previste dalla nota stessa (costo del farmaco a carico del paziente).

In caso di prescrizione diretta della terapia, rispettare i contenuti delle Note AIFA, dal momento che **la concedibilità a carico del SSN dei farmaci soggetti alle note è limitata alle indicazioni in esse contenute.**

È pertanto necessario che ogni medico abbia a disposizione una copia delle note AIFA aggiornate.

Appare particolarmente utile uno scambio di informazioni tra m.o. e mmg al fine di individuare, in caso di medicinali soggetti a limitazioni, eventuali alternative farmacologicamente compatibili, che consentano la corretta prosecuzione della terapia suggerita, senza oneri economici per l'assistito

- L'indicazione di farmaci soggetti a piano terapeutico deve essere accompagnata dalla segnalazione già compilata sull'apposito modulo previsto in 4 copie⁽¹⁾.
- Nel caso di prescrizioni difformi dalle indicazioni terapeutiche del farmaco stesso, lo specialista è tenuto a fornire adeguate informazioni al paziente, acquisire il prescritto consenso ed informare il medico curante.
- I referti e le prescrizioni, se redatti a mano, devono essere compilati in modo chiaro e leggibile; la firma deve essere sempre accompagnata dal timbro da cui risulti nome e cognome del medico e la U.O. di appartenenza.

4. ACCESSO – RICOVERO PRESSO LE STRUTTURE OSPEDALIERE

Per una corretta gestione dell'istituto del ricovero, devono essere rispettati adempimenti e regole che impegnano i medici ciascuno nella propria funzione: i medici di medicina generale, i medici della continuità assistenziale (ca) i pediatri di libera scelta si impegnano a:

- Proporre una richiesta motivata e dettagliata di ricovero, informando il paziente che la competenza e la responsabilità del ricovero, sono riservate al medico del Pronto Soccorso
- Compilare l'apposita scheda di accesso nella quale siano contenuti una breve anamnesi, la terapia (se in corso), da allegare alla cartella clinica; nell'impossibilità di farlo al momento del ricovero si impegna a farlo successivamente in tempi brevi e/o a prendere contatto diretto col reparto in cui il paziente è stato ricoverato.
- Intervenire, secondo gli accordi con i servizi distrettuali coinvolti nella "dimissione protetta" del paziente.

I Medici ospedalieri si impegnano a:

- Informare i mmg e pls dell'avvenuto ricovero urgente di un loro paziente richiedendo contemporaneamente la scheda di accesso
- Redigere dimissioni ospedaliere esaustive e dettagliate, contenenti le conclusioni diagnostiche, gli esiti degli esami significativi, eventualmente con copia degli esami strumentali più importanti (T.A.C., R.M.N., Endoscopie...)
- Utilizzare le indicazioni terapeutiche preferendo il nome del principio attivo, piuttosto che il nome commerciale
- Fare la prima prescrizione⁽²⁾ nei giorni prefestivi e festivi (a partire dal Venerdì pomeriggio) va fatta su ricettario regionale per evitare inconvenienti ai pazienti. Se necessario, dovrà essere consegnata al paziente la terapia fino al momento in cui potrà accedere all'ambulatorio del mmg con le modalità previste dalla normativa.
- Redigere la lettera di dimissione che può essere consegnata direttamente al paziente sia in busta chiusa che aperta: va comunque obbligatoriamente chiusa la lettera non consegnata direttamente al paziente. Appare buona norma indicare nella lettera il recapito telefonico aziendale dei m.o. che hanno seguito il paziente durante il ricovero.
- Programmare e prescrivere direttamente gli esami eseguibili ambulatorialmente (es. radiologia, medicina nucleare) in regime di post ricovero indispensabili per la formulazione della diagnosi finale.
Ciò avverrà senza pagamento di ticket.
- Programmare, alla dimissione dei pazienti, le visite di controllo secondo il programma di seguito riportato:

- a. Per le specialità chirurgiche si intendono: visite di controllo, medicazioni e rimozioni punti di sutura, eventuali esami di controllo da effettuarsi entro i 30 giorni dalla dimissione. Nel caso di infezione di ferite chirurgiche: tutte le medicazioni fino alla guarigione
- b. In Ortopedia: tutte le prestazioni fino alla rimozione del primo gesso con relativo accertamento radiologico
- c. Nel politraumatizzato si intendono: prestazioni effettuate entro 30 giorni dalla dimissione: prima visita post-ricovero nelle branche specialistiche indicate nella lettera di dimissione e relative prestazioni strumentali correlate
- d. Per le specialità mediche: tutte le visite e gli esami di controllo programmati al momento della dimissione del paziente, da effettuarsi entro 30 giorni dalla dimissione (compresi esami del sangue o esami radiologici).

Si precisa che non rientrano in queste norme gli esami ed i controlli eseguiti a distanza di tempo dal ricovero (es. ECG di controllo oltre i 30 giorni, ecc.).

5. ATTIVITÀ DEL PRONTO SOCCORSO (PS)

- Il PS dispone di osservazione breve, che, di norma, non supera le 24 ore. Il ricovero in OBI del paziente, va documentato su apposita scheda clinica. Nel caso di successivo ricovero, copia di tale scheda deve essere fornita al reparto. Nel caso, invece, l'osservazione non sia seguita da ricovero, dovrà essere esaurientemente informato il mmg del paziente sui motivi che hanno condotto all'osservazione e sui provvedimenti diagnostico-terapeutici adottati.
- Il PS garantisce interventi in emergenza-urgenza, anche di piccola chirurgia, in condizione di urgenza. In situazioni particolari, e comunque non di regola, il paziente può essere seguito ambulatoriamente anche dopo l'intervento d'urgenza. Qualora si ritenga che non siano necessari ulteriori interventi specialistici, il paziente è inviato al mmg/pls per il proseguimento del trattamento, accompagnato da una relazione scritta (verbale del PS).

Rapporti fra mmg, pls e PS

- Il mmg contatta le strutture d'urgenza dell'ospedale telefonando al 118, qualora ritenga di trovarsi a trattare un caso che richieda immediato trasporto in ospedale con mezzi attrezzati o invia direttamente il paziente con richiesta urgente qualora lo ritenga necessario.
- Il mmg evita di inviare al PS pazienti al di fuori dell'emergenza/urgenza, sia per consulenze che per interventi terapeutici (iniezioni, fleboclisi, vaccinazioni, medicazioni ...). Eventuali situazioni che, senza rientrare nell'urgenza/emergenza dovessero richiedere una visita specialistica devono essere fatte secondo le modalità organizzative concordate a livello locale.
- Il mmg/pls non deve consigliare al proprio paziente, anche informalmente (es. tramite segreteria telefonica), di rivolgersi al PS o alla continuità assistenziale (al di fuori delle ore in cui ne è prevista l'attivazione) in caso di temporanea assenza.

6. REFERTI DI ESAMI STRUMENTALI PARTICOLARI

Il referto di un esame strumentale deve prevedere la descrizione di quanto rilevato, ivi compresi i quadri di normalità, con relazione particolareggiata dei rilievi di anormalità. Alla fine del referto va sempre effettuata una "conclusione", con descrizione concisa degli eventuali rilievi anomali. Qualora ritenuto utile va indicato l'eventuale completamento di indagine (es. "conclusioni: lesione espansiva al lobo destro epatico le cui caratteristiche orientano verso la natura mali moris; indispensabile tipizzazione mediante agobiopsia"; "lesione espansiva al lobo destro epatico le cui caratteristiche orientano verso la diagnosi di iperplasia focale nodulare; utile monitoraggio ecografico a distanza di 12 mesi"). Non vanno inseriti eventuali suggerimenti terapeutici.

7. RAPPORTI TRA MEDICO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E MEDICO DI MEDICINA GENERALE

- Nel caso di pazienti cronici, seguiti con regolarità a domicilio, specie in regime di assistenza programmata, dal mmg, in previsione di urgenze nelle ore notturne/festive, dovrebbe essere disponibile un estratto della scheda sanitaria, contenente le informazioni essenziali, quali la diagnosi, i principali problemi correnti e la terapia in atto. Analoga informazione deve essere disponibile per i degenti delle Case di Riposo e delle RSA.
- È dovere del mca, che ha visitato un paziente, rilasciare una copia dell'allegato B per il mmg. Tale relazione conterrà, oltre ai dati anagrafici del Paziente e alla data e all'ora della visita, una descrizione leggibile dei sintomi, dell'obiettività e dei provvedimenti adottati.

8. RAPPORTI TRA MEDICO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E STRUTTURA OSPEDALIERA

- Se il mca che riceve la chiamata ritiene il caso particolarmente grave ed urgente, richiede l'ambulanza, concordando

do di volta in volta con il Medico di turno al pronto soccorso le modalità di integrazione degli interventi.

- Nel caso il mca ritenga di dover chiedere una consulenza urgente, può contattare telefonicamente lo specialista interessato e predisporre l'impegnativa con le informazioni del caso.
- Nel caso si renda necessario il ricovero ospedaliero il mca compilerà il suddetto allegato B riportando tutte le informazioni a disposizione.

9. GESTIONE DEL CONTENZIOSO E DEI PROBLEMI

Il codice deontologico prescrive che i rapporti fra medici debbano ispirarsi ai principi del reciproco rispetto e della considerazione della rispettiva attività professionale.

In questo senso, il modo migliore per risolvere le controversie è quello di un franco e sereno scambio di opinioni.

Qualora, tuttavia, dovessero emergere, in campo professionale, dei problemi non componibili mediante il rapporto tra colleghi, si ritiene di fornire le seguenti indicazioni:

- Non va mai dimenticato che il servizio al paziente rappresenta il fine ultimo di tutta l'attività, ed in questa ottica il paziente non può e non deve in alcun caso essere coinvolto nei problemi di rapporti fra medici. Per esempio, la prestazione deve essere eseguita anche in presenza di documentazione o richieste incomplete o con quesito clinico impreciso senza ulteriori rinvii del paziente al mmg e viceversa.
- Nel caso di inosservanza delle regole procedurali sopra riportate, anche dopo chiarimenti interpersonali, potrà essere fatta segnalazione all'Ordine, con una esauriente documentazione del caso.
- Il medico deve astenersi dal pronunciare apprezzamenti negativi sull'operato di un altro medico, soprattutto in presenza del paziente. Il contrasto di opinione non deve violare i principi di un collegiale comportamento e di un civile dibattito salvo che la gravità del caso non consigli di dare comunicazione al Consiglio dell'Ordine per i provvedimenti di competenza.

10. La mancata osservanza della presente regolamentazione potrà essere considerata inadempienza deontologica e come tale segnalata all'Ordine dei Medici.

*I coordinatori della Commissione Integrazione Ospedale/Territorio
dott. Daniele Frezza, dott.ssa Fulvia Salzani*

- *Per esprimere suggerimenti, proposte di modifica e/o integrazione, anche in previsione di un futuro e progressivo aggiornamento, inviare una e-mail al Segretario dell'Ordine dott. Daniele Frezza: ordmedtv@iol.it*

⁽¹⁾ *In caso di prescrizione di farmaci soggetti alla stesura del Piano Terapeutico, lo stesso dovrà essere redatto dallo Specialista Autorizzato in 4 copie, destinate rispettivamente:*

1. *allo Specialista che lo ha redatto*
2. *al paziente*
3. *al MMG*
4. *al Servizio Farmaceutico Territoriale dell'ULSS di appartenenza del paziente*

Si rammenta inoltre quanto disposto dal decreto legge 18 settembre 2001, n. 347, concernente "Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria", convertito nella legge 16 novembre 2001, n. 405 relativamente alla garanzia della continuità assistenziale così come recepito dalla DGR Veneto n. 354 del 15.2.2002:

Le prescrizioni di farmaci per indicazioni diverse da quelle autorizzate sono normate:

- *dalla legge 648 del 23.12.1996 e successive modifiche;*
- *dal D.L. 17.02.1998, n. 23, convertito nella Legge n. 94 del 08.04.1998 (la cosiddetta "legge Di Bella")*
- *dal Decreto dell'8 maggio 2003 "uso terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica"*

⁽²⁾ *Si rammenta quanto disposto dal decreto legge 18 settembre 2001, n. 347, concernente "Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria", convertito nella legge 16 novembre 2001, n. 405 relativamente alla garanzia della continuità assistenziale così come recepito dalla DGR Veneto n. 354 del 15.2.2002 "i presidi sanitari pubblici forniscano direttamente i farmaci, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale, limitatamente ad una confezione per farmaco prescritto. In realtà il limite di 1 confezione per farmaco prescritto, limite peraltro dato dalla Regione, non viene sempre rispettato perché non è sempre compatibile con un ciclo terapeutico completo" DGR Veneto n. 449 del 27.2.2007.*

XIV GIORNATA DEL MEDICO

TREVISO 20 DICEMBRE 2008

L'annuale Giornata del Medico si è svolta, subito dopo l'assemblea ordinaria annuale, sabato 20 dicembre 2008 presso l'Hotel Maggior Consiglio di Treviso con inizio alle ore 11,30.

Il Presidente dott. Stellini ha anticipatamente coinvolto, anche come momento di consegna del "testimone", il neo-eletto Presidente dell'Ordine per il triennio 2009-2011 dott. Giuseppe Favretto e insieme, hanno ricordato, chiedendo un minuto di silenzio, i medici chirurghi ed odontoiatri deceduti nel 2007: Berardocco Stenio, Bevilacqua Giuseppe, Cantarella Francesco, Devidè Antonio, Forte Enrico, Gesuato Martino, Lorenzon Nancy Luisa, Rende Antonio, Rossetto Fernando, Schenardi Emanuele, Veronese Vincenzo e i medici ed

odontoiatri deceduti nel 2008: Albonico Giulio, Bado Vittorino, Baiocchi Paolo, Capra Eugenio, Caprioli Donato, Collavo Tania, Montano Andrea, Pecoroni Giovanni, Perego Mario, Pianca Piero, Signori Ermenegildo, Turchetto Giampaolo, Vianello Bote Domenico.

Successivamente il Segretario dell'Ordine, dott. Daniele Frezza, ha chiamato i medici e gli odontoiatri iscritti all'Ordine nel 2007 che hanno letto il Giuramento di Ippocrate, adeguato al nuovo Codice di Deontologia.

Medici Chirurghi neo-laureati iscritti all'Albo nel 2007:

Alvaro Eva; Andriollo Marta; Arman Gaia; Baccaglini Kareen; Barooty Bakhtyar; Battistel Michele; Bertuola Federica; Burei

Marta; Campagna Francesca; Campo Dall'orto Riccardo; Candiotto Laura; Ciet Pierluigi; Ciprian Nicoletta; Cottin Michele; De Marchi Roberta; De Martin Eleonora; Dell'Antonia Francesco; Di Fabio Alessandro; Di Gregorio Marco; Fornasier Tommaso; Frondaroli Fulvio; Gazzola Stefania; Geronazzo Vito; Girardi Lidia; Liessi Federica; Loeffelstiel Liat; Maritan Monia; Martin Gian Carlo; Maset Marta; Mazzer Micol; Mazzero Giosuè; Meneghin Erika; Modesti Valentina; Negro Isabella; Pagotto Alberto; Pavanella Donatella; Pedroni Flavio; Perinotto Chiara; Pitter Gisella; Possamai Anna; Rossetto Marta; Roveda Federica; Sabadin Valeria; Salvi Rudy; Silvestrin Chiara; Simioni Valentina; Solimbergo Erica; Taddeo Ilaria; Toffoli Silvia; Tosco Lorenzo;



Il tavolo della Presidenza



I partecipanti alla XIV Giornata del Medico

Zampieri Francesca; Zanella Gloria
e Zgircibaba Ecaterina.

**Odontoiatri neo-laureati iscritti
all'Albo nel 2007:**

Annechino Margherita; Bacchin
Giulia; Bressan Arianna; Cammelli
Federica; Danella Dario; Donà
Andrea; Eghbal Talab Paskeh Iman;
Faraon Michela; Gabrieli Paolo
Francesco; Iglesias Silva Carolina
Alejandra A.; Moreno Elizabeth;
Nardese Anna; Perin Ermanno;

Polesel Sonia; Pozza Elena
Chiara; Salamone Rossella; Sartor
Federica; Squarzone Luca; Tabban
Mohamad Samer e Terrazzani
Chiara.

Il dott. Frezza ha chiamato, uno ad uno
i Colleghi che hanno cessato l'attività
professionale, per la consegna della
targa d'argento:

*Mustafà Abdul Rahim; Vincenzo
Aloisi; Abdul Fattah Bastati;
Antonio Battistella; Giuseppe Bellin;*

*Gian Battista Benetti; Giuseppe
Comuzzi; Alfredo Condò; Salvatore
Conigliaro; Flavio Danieli; Antonio
Da Porto; Ugo De Nicola; Giovanni
Maria Donati; Mario Dorigato;
Giovanna Giacomelli; Gaetano
Infante; Fulvio Lise; Marcello Lodde;
Michele Magalini; Roberto Polin;
Giuliano Renosto; Ugo Rosellini;
Cosimo Sava; Ennio Scaldaferrì;
Giovanni Toffolatti; Enzo Venza e
Mario Vigneri.*



L'intervento del dott. Claudio Dario

Infine, la cerimonia si è conclusa con
la consegna della **medaglia d'oro e
pergamena ai medici che hanno
compiuto i 50 anni di laurea:**

*Carlo Agostoni; Ferdinando
Antoniazzi; Camillo Baggio; Haim
Benori; Raimondo Bonvicini; Laura
Botter; Luigi Canteri; Eugenio
Civiero; Antonio Franco Dalla Pria;
Paolo Demattè; Luigi Esposito;
Ermanno Ferrante; Giovanni
Fraccaro; Corrado Govoni; Bruno
Milani; Giampaolo Reghini;
Francesco Scattolin; Domenico
Silvestrini; Vincenzo Taboga e
Giorgio Vaglieri.*

Curricula dei Medici festeggiati con MEDAGLIA D'ORO PER IL 50° ANNO DI LAUREA

DOTT. CARLO AGOSTONI

È nato a Galliera Veneta il 31 agosto 1928.

Ha conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Padova il 13 marzo 1957.

Ha prestato servizio all'Ospedale di Soligo in qualità di assistente volontario per due anni. Nel 1959 ha conseguito la specializzazione in Malattie dell'Apparato Respiratorio, presso l'Università di Padova e, presso la stessa Università, nel 1961 si è specializzato in Cardiologia.

Dal gennaio 1965 ha sempre esercitato nel Comune di Giavera del Montello in qualità di Medico Condotta per trentadue anni.

DOTT. FERDINANDO ANTONIAZZI

È nato a Vittorio Veneto il 9 settembre 1931.

Ha conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Padova il 12 luglio 1957.

Dal marzo 1958 fino all'agosto 1959 Dirigente del Servizio Sanitario al Quartier Generale del 5° Corpo d'Armata a Vittorio Veneto.

Successivamente, fino al dicembre 1961 ha prestato servizio in qualità di assistente presso il reparto di chirurgia dell'Ospedale Civile di Vittorio Veneto e dal 1962 al 1964, libero professionista convenzionato nello stesso Comune.

Dal 1964 medico di famiglia nel Comune di Mareno di Piave fino al maggio 1998, data di pensionamento.

DOTT. CAMILLO BAGGIO

È nato a Rosà il 31 luglio 1929.

Ha conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Padova il 27 giugno 1957.

Si è specializzato presso l'Università di Padova in Ortopedia nel 1960 ed in Medicina Legale ed Infortunistica nel 1962; all'Università di Siena in Chinesiterapia Fisioterapia Riabilitazione Ginnastica nel 1967 e, all'Università di Ferrara in Reumatologia nel 1978.

Nel 1972 Idoneità a Primario in Recupero e Rieducazione Funzionale ed in Ortopedia e Traumatologia.

Ha esercitato in qualità di assistente volontario ospedaliero e universitario presso la Clinica Ortopedica di Padova, successivamente fino al 1959 ha prestato servizio all'Istituto Elioterapico di Selva di Cadore, convenzionato con la Clinica di Padova.

Nel 1963 ha seguito un corso specialistico di Chirurgia della mano presso il reparto di Chirurgia di Nanterre (Francia).

Dal 1961 e fino al 1996 ha prestato servizio presso l'Ospedale di Castelfranco Veneto dapprima nella Divisione di Chirurgia Generale, poi di Ortopedia e Traumatologia, quindi dal 1966 al 1996 Primario della Divisione di Fisiatria e Riabilitazione dello stesso Ospedale.

Dal 1969 al 1975 ha avuto periodici incarichi di Direttore Sanitario.

Autore di numerose pubblicazioni scientifiche.

È iscritto al corso di laurea in Lettere Antiche e Filosofia dell'Università di Padova.

DOTT. HAIM BENORI

È nato a Sofia (Bulgaria) il 2 ottobre 1920.

Ha conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Padova il 18 luglio 1957.

Subito dopo la laurea ha svolto attività di medico generico a Nazareth (Israele) fino al 1962.

Successivamente, nel 1965 si è specializzato presso l'Università di Padova in Otorinolaringoiatria e nel 1967 presso la stessa Università in Anestesia.

Dal 1967 ha svolto attività prevalentemente specialistica chirurgica presso la casa di cura La Madonnina fino

al 1972 per poi proseguire l'attività in qualità di libero professionista e specialista ambulatoriale all'INAM di Treviso fino al 1990, anno di pensionamento.

DOTT. RAIMONDO BONVICINI

È nato a Polinago (Modena) il 3 novembre 1929.

Ha conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Modena il 15 marzo 1957.

Si è specializzato in Medicina del Lavoro all'Università di Padova nel 1961 ed in Chirurgia d'Urgenza e Pronto Soccorso all'Università di Chieti nel 1971.

Ha esercitato dal 1960 al 1981 in qualità di Aiuto Chirurgo presso la Divisione Chirurgica dell'Ospedale Civile di Motta di Livenza e successivamente, medico di medicina generale nello stesso Comune fino al 1999, data di pensionamento per raggiunti limiti di età.

DOTT.SSA LAURA BOTTER

È nata a Treviso il 25 aprile 1929.

Ha conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Modena il 15 marzo 1957.

Ha prestato servizio in qualità di medico volontario, per alcuni anni, presso il reparto di Pediatria dell'Ospedale di Treviso.

Dal 1970 medico-funziario dell'ENPAS e successivamente, a seguito della riforma del Servizio Sanitario Nazionale, collaboratrice del Coordinatore Sanitario dell'ULSS N. 10 Dott. Domenico Stellini.

Contemporaneamente all'incarico di collaboratrice, anche responsabile di ambulatorio di Terapia Antiallergica e titolare dell'Ufficio Prestazioni agli Invalidi fino al pensionamento avvenuto nel 1994.

DOTT. LUIGI CANTERI

È nato a Ravenna il 15 settembre 1931.

Ha conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Bologna il 26 luglio 1957.

Nel 1960 ha conseguito la specializzazione in Ortopedia presso l'Università di Bologna e vi è rimasto, in qualità di medico interno, fino all'aprile 1961, periodo nel quale è stato assunto, prima come Assistente, poi come Aiuto presso la Divisione di Ortopedia dell'Ospedale Civile di Treviso, nella quale, dal 1983 al 1985 ha svolto funzioni di Primario.

Nel 1985 Primario incaricato nella Divisione di Ortopedia dell'Ospedale di Montebelluna e dal 1988 Primario di ruolo.

È stato Professore a contratto presso la Clinica Ortopedica dell'Università di Padova dal 1995 al 1998, data di cessazione dell'attività ospedaliera. Autore di 24 pubblicazioni scientifiche.

PROF. ANTONIO FRANCO DALLA PRIA

È nato a Campo S.Martino (PD) il 29 settembre 1931.

Ha conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Padova il 12 marzo 1957.

Si è specializzato presso l'Università di Padova in Medicina del Lavoro nel 1960 ed in Igiene Scolastica nel 1961; all'Università di Pavia in Igiene nel 1962; all'Università di Parma in Anatomia Patologica e Tecniche di Laboratorio nel 1965; all'Università di Ferrara in Ematologia nel 1966 e all'Università di Modena in Oncologia Generale nel 1970.

Ha conseguito la Libera Docenza in Anatomia e Istologia Patologica nel 1971.

Ha esercitato in qualità di assistente volontario nel 1957 presso l'Ospedale di Camposampiero.

Dal 1957 al 1959 Assistente incaricato presso la Divisione Chirurgica dell'Ospedale di Valdobbiadene e contemporaneamente, dal 1958 e fino al 1965 ha frequentato il Laboratorio Analisi e Anatomia Patologica dell'Ospedale Ca' Foncello.

Dal 1959 al 1963 prima Assistente del Laboratorio Analisi presso l'Ospedale di Montebelluna e poi, fino al 1965, Dirigente del Laboratorio di analisi e ricerche cliniche dello stesso Ospedale.

Primario del Laboratorio di Analisi Chimico Cliniche e Microbiologia-Anatomia e Istologia Patologica dal 1968 fino al collocamento a riposo per raggiunti limiti di età sempre nell'Ospedale di Montebelluna.

DOTT. PAOLO DEMATTÈ

È nato a Venezia il 9 luglio 1931.

Ha conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Padova il 12 marzo 1957.

Nel 1960 ha conseguito la specializzazione in Malattie del Tubo Digerente del Sangue e del Ricambio presso l'Università di Pavia, nel 1964 in Medicina Generale all'Università di Bologna e nel 1969 in Endocrinologia a Torino.

Dal 1964 Assistente Medico di ruolo presso l'Ospedale Regionale di Treviso, è stato nominato poi nel 1966 Aiuto Medico e nel 1974 Primario di Medicina Generale.

Dal 1970 si è sempre dedicato alla Divisione di Medicina d'Urgenza con servizio di Pronto Soccorso.

Per molti anni è stato presente nel Consiglio Direttivo della Federazione Italiana di Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso, partecipando a numerose iniziative scientifiche della suddetta società.

Negli anni 80 ha diretto la Commissione Terapeutica Ospedaliera, che con la preziosa consulenza dell'Istituto Farmacologico "M. Negri" di Milano, ha introdotto la farmacologia clinica nella pratica ospedaliera.

Negli anni 90 promotore di corsi di formazione e di aggiornamento in Medicina d'Urgenza, dei quali è stato coordinatore nazionale. In pensione dall'agosto 1998.

DOTT. GIOVANNI FRACCARO

È nato a Padova il 23 novembre 1930.

Ha conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Ferrara il 15 febbraio 1957.

È stato Ufficiale Medico di complemento nella Divisione Folgore e Medico interno presso la Clinica Odontoiatrica dell'Università degli Studi di Padova dove, nel 1958, ha conseguito la specializzazione in Odontoiatria e Protesi Dentaria.

Ha sempre praticato esclusivamente la professione odontoiatrica nei Comuni di Treviso e Spresiano dove, in quest'ultimo Comune, esercita tutt'ora.

DOTT. CORRADO GOVONI

È nato a Cento (Ferrara) il 23 giugno 1929.

Ha conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Bologna il 20 febbraio 1957.

Ha esercitato presso il Dipartimento di Chirurgia Generale di Asmara (Eritrea) e contemporaneamente collaboratore all'insegnamento di Embriologia ed Istologia normale.

Nel 1963 ha conseguito la specializzazione in Chirurgia Generale all'Università di Bologna.

Dal 1965 al 1978 Aiuto Chirurgo presso l'Ospedale di Crespano del Grappa e successivamente Primario Chirurgo prima nello stesso Ospedale, poi dal 1978 al 1990 all'Ospedale Villa Salus di Mestre.

Dal 1990 in pensione a causa di un grave incidente stradale.

PROF. BRUNO MILANI

È nato a Premilcuore (Forlì) il 22 marzo 1931.

Ha conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Bologna il 20 febbraio 1957.

Si è specializzato nel 1960 in Malattie Nervose e Mentali presso l'Università di Bologna; nel 1961 in Psicologia a Torino e nel 1965 in Medicina Legale e delle Assicurazioni a Bologna.

Ha ottenuto la Libera Docenza in Neuropsichiatria Infantile nel 1971.

Dal 1972 al 1978 è stato Primario presso l'Ospedale psichiatrico provinciale di Treviso, successivamente, con lo stesso incarico presso l'Ospedale Ca' Foncello in qualità di Dirigente dell'allora nuovo servizio psichiatrico di diagnosi e cura fino al 1991, anno di pensionamento.

Dal 1991 al 2008 ha proseguito l'attività professionale come consulente neuropsichiatrico dell'INPS di Treviso, della Casa di Cura Giovanni XXIII di Monastier e come Consulente Medico Legale per il Tribunale di Treviso.

DOTT. FRANCESCO SCATTOLIN

È nato a Gruaro (VE) il 7 agosto 1932.

Ha conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Padova il 25 febbraio 1957.

Si è specializzato in Urologia nel 1960 presso l'Università di Padova.

Nel 1957 ha esercitato in qualità di assistente presso il Laboratorio Analisi dell'Ospedale di Treviso.

Successivamente fino al 1978 assistente e, dopo la specialità, aiuto urologo dell'Ospedale di Treviso.

Dal 1978 al 1985 Primario Urologo dell'Ospedale di Pinerolo (Torino), poi libero professionista fino al 1996.

È stato Consigliere dell'Ordine dei Medici di Treviso nel 1962; Assessore all'Igiene Pubblica nel Comune di Treviso dal 1970 al 1974 e Assessore al Bilancio della Regione Veneto dal 1975 al 1976.

DOTT. DOMENICO SILVESTRINI

È nato a Mansuè il 26 novembre 1926.

Ha conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Padova il 19 luglio 1957 dopo aver sospeso forzatamente gli studi per andare a lavorare in Venezuela per il sostentamento della numerosa famiglia.

Nel 1957 ha esercitato dapprima nella Divisione Chirurgica dell'Ospedale di Oderzo, poi in quella Medica nello stesso Ospedale fino al 1959.

Successivamente medico libero professionista nei Comuni Mansuè, Portobuffolè e limitrofi fino al novembre 1996 al compimento del 70 anno di età.

PROF. VINCENZO TABOGA

È nato a Venezia il 26 dicembre 1931.

Ha conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Padova il 12 marzo 1957.

Ha conseguito le specializzazioni in Chirurgia Generale nel 1962 all'Università di Milano, in Ginecologia ed Ostetricia nel 1964 ed in Urologia nel 1967 all'Università di Padova; in Chirurgia Toracica nel 1969 a Bologna ed in Chirurgia Plastica e Ricostruttiva nel 1974 a Milano.

Dal 1958 al 1965 è stato Assistente alla Cattedra di Patologia Chirurgica e Propedeutica Clinica diretta dal Prof. P. G. Cevese presso l'Università di Padova

Ha conseguito la Libera Docenza in Semeiotica Medica nel 1965 a Padova.

Primario della Divisione di Chirurgia Generale dell'Ospedale di Jesolo dal 1965 al 1992.

Libero Professionista in qualità di Medico Chirurgo Estetico dal 1993 ad oggi.

DOTT. GIORGIO VAGLIERI

È nato a Trieste il 7 gennaio 1932.

Ha conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Pavia il 14 marzo 1957.

Ha conseguito le specializzazioni in Chirurgia Generale nel 1962 all'Università di Pavia, in Ginecologia ed Ostetricia nel 1965 all'Università di Torino ed in Pediatria e Puericoltura nel 1968 a Parma.

Dal 1957 al 1965 ha esercitato in qualità di Medico Assistente ospedaliero.

Medico Condotta Interino e dal 1967 titolare della Condotta medica di Orsago, poi Medico di Medicina Generale fino al 1997, anno di pensionamento.

COMPONENTI COMMISSIONI ORDINISTICHE

TRIENNIO 2009-2011

Commissione AGGIORNAMENTO e FORMAZIONE

COORDINATORE Burelli Paolo

COMPONENTI Cancian Maurizio, Cappelletto Gaetano, Caruso Michele, Favero Paolo, Frezza Daniele, Gorini Brunello, Modolo Marco, Patera Carlo, Scarpa Claudio, Toffol Giacomo.

Commissione BIOETICA e DEONTOLOGIA

PRESIDENTE Stellini Domenico

COORDINATORI Conte Nicola e dott. Mazzoleni Giovanni

COMPONENTI Barbisan Camillo, Cavasin Francesco, Codognotto Capuzzo Diego, Colusso Luigi, Dei Tos Gian Antonio, Fabi Fabio, Gallucci Maurizio, La Rocca Mario, Rizza Sebastiano, Sorbara Carlo, Topan Barbara, Tottolo Paolo, Zoppellaro Francesco

Commissione INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

COORDINATORI Frezza Daniele, Gorini Brunello

COMPONENTI Bardaro Antonio, Burtone Giuseppe, Da Ruos Fabio, De Bastiani Pietro, Faronato Pier Paolo, Gatto Elvio, Neri Gianfilippo, Paccagnella Agostino, Rizzato Massimo, Spinella Nello, Tabaccanti Sandro, Tessarin Michele, Tessarolo Antonio, Villani Elena, Visentin Ivana

Commissione MEDICINE NON CONVENZIONALI

COORDINATORI Villanova Remigio, Di Luna Gianna.

COMPONENTI Bisol Caterina, Busetto Valeria, Chiavus Mario, Clari Maurizio, Dodero Andrea, Fioretti Mauro, Guadagnin Tiziano, Lemma Carlo, Marin Ferruccio, Mazzilli Raffaele, Modolo Marco, Parisi Vincenzo, Piras Sisinnio, Pollini Duccia, Rossato Massimo, Venturini Francesco

Commissione RISCHIO CLINICO e RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

COORDINATORI Frezza Daniele e Ruzzi Giampiero

Commissione GIOVANI MEDICI**COORDINATORI**

Dal Bò Silvia, Marco Stellin

COMPONENTI

Cestaro Walter, Iannaccone Stefano, Minello Claudia, Ronsivalle Guido



Nasce quest'anno la Commissione Giovani medici attraverso cui l'Ordine vuole portare all'attenzione della classe medica ed odontoiatrica la realtà di neolaureati, specializzandi, medici in formazione per la Medicina Generale e di quei colleghi che muovono i loro primi passi, spesso incerti, nel mondo del lavoro.

Per poter cogliere i bisogni dei giovani ed evidenziarne le grandi potenzialità, la Commissione mette a disposizione un indirizzo e-mail a cui poter scrivere: silviadalbo@libero.it

Più idee, necessità, critiche, proposte arriveranno e maggiori saranno le possibilità della Commissione di dare voce ai colleghi più giovani, ma anche a chi già dedica loro parte del proprio tempo oppure che, memore di un passato non sempre facile, voglia mettere la propria esperienza al loro servizio.

Dott.ssa Silvia Dal Bò
Coordinatore Commissione



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

 Presidente

Dott. Giuseppe FAVRETTO

 Direttore Responsabile

Dott. Giuseppe FAVRETTO

 Redazione

**Paolo Burelli, Diego Codognotto Capuzzo, Silvia Dal Bò, Daniele Frezza,
Brunello Gorini, Luigino Guarini, Renzo Malatesta**

 Stampa

Tipografia Sile - Carbonera (TV) - Telefono 0422 691911

L'Ordine di Treviso
**31100 Treviso - Via Concordia, 21 - Telefono 0422 543864 - Fax 0422 541637
ordmedtv@iol.it www.ordinemedicitreviso.org**

SEQUESTRO AMMINISTRATIVO DI UNA STRUTTURA SANITARIA PRIVA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO

(Ex Legge Regionale n. 22/2002)

L'ARSS Veneto (Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto) ha comunicato con nota prot. n. 168 del 13.1.2009 che il NAS ha disposto, in occasione di ispezione igienico-sanitaria, il sequestro amministrativo, ai sensi dell'art. 13 della legge n. 688/1981, di un ambulatorio specialistico risultato privo "di alcun tipo di autorizzazione per l'esercizio della relativa attività".

Si ricorda che è condizione **indispensabile** per l'esercizio professionale che tutte le strutture sanitarie (Ambulatori mono o polispecialistici, Poliambulatori, Studi Dentistici e più in generale tutte le strutture di cui al Capo II art. 6 comma 2 della L.R. 22/02) siano in possesso dell'autorizzazione rilasciata dal Comune ove è ubicata la struttura, ai sensi della citata legge regionale n. 22/2002.

I documenti necessari per le domande sono reperibili nel sito **www.arssveneto.it** seguendo il seguente percorso "Entra → Accreditamento → Autorizzazione e accreditamento istituzionale → Area Sanitaria"

Invece i medici in attività libero-professionale che non utilizzano metodiche invasive non devono presentare domanda di autorizzazione all'esercizio, ma devono comunque inoltrare all'ULSS di competenza, a mezzo di raccomandata a.r. e conservandone copia, una dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà in ordine alla tipologia di attività svolta ed alle prestazioni erogate.

Il modulo di domanda è reperibile sempre nel sito **www.arssveneto.it** seguendo il seguente percorso "Entra → Accreditamento → Autorizzazione e accreditamento istituzionale → Area Sanitaria → Allegato 3 alla classificazione".

A tal proposito si ricorda che, ai sensi del DGR n. 3223 del 25.10.2005, non sono considerate invasive, oltre al prelievo ematico, anche le altre seguenti prestazioni: medicazione, sutura di ferita superficiale, rimozione di punti di sutura, cateterismo uretrale/vescicale, tamponamento nasale anteriore, fleboclisi, iniezioni endovenose, lavanda gastrica, iniezione di gammaglobuline e vaccinazioni, agopuntura, mesoterapia, iniezioni sottocutanee desensibilizzanti, infiltrazioni peri e intra articolari, esami citologici e colturali (esempio tampone faringeo, tampone vaginale, pap test, etc.), rimozione di tappo di cerume, toilette di perionichia suppurata, drenaggio di ascesso sottocutaneo, atti anestesilogici che non vanno oltre l'anestesia topica o locale.

Accordo per CURE ODONTOIATRICHE ad ONORARI CONCORDATI

- ☐ Sul sito web dell'Ordine **www.ordinemedicitreviso.org** è stato pubblicato l'accordo firmato il 28 luglio 2008 fra il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, l'ANDI (Associazione Nazionale Dentisti Italiani) e l'OCI (Associazione Odontoiatri Cattolici Italiani) per l'erogazione, a favore di particolari categorie di cittadini, di cure odontoiatriche, comprese in un apposito elenco, ad un onorario di riferimento ridotto rispetto a quelli mediamente praticati.

STUDI DENTISTICI APERTI NEL MESE DI AGOSTO

Si invitano i Colleghi, i cui studi dentistici rimarranno aperti nel prossimo mese di agosto, a voler compilare e ritornare alla Segreteria di quest'Ordine il presente modulo **entro e non oltre il 28 LUGLIO 2009 (anche a mezzo fax purchè ben leggibile: 0422 541637)**.

I dati rilevati saranno poi comunicati alla stampa locale per la pubblicazione.

Le comunicazioni che ci perverranno dopo il 28 luglio p.v. non potranno essere prese in considerazione per la stampa.

Dott. _____

Studio dentistico nel Comune di _____

via _____ n° _____

Tel _____ Fax _____

PERIODO DI APERTURA NEL MESE DI AGOSTO: dal _____ al _____

dal _____ al _____

Firma



Variazioni agli Albi

DICEMBRE 2008 - GIUGNO 2009

ISCRIZIONI ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI

Alexandre Andrea	Prima iscrizione
Allocca Giuseppe	Trasferito dall'Ordine di Napoli
Antiga Silvia	Prima iscrizione
Baccini Margherita	Prima iscrizione
Battistella Lucia	Prima iscrizione
Bernardi Eva	Prima iscrizione
Bonadio Italo	Prima iscrizione
Bozzetto Sara	Prima iscrizione
Bratutel Alexei (Prov. del Ministero del 25.2.2009 n. 0015751)	Prima iscrizione
Cadel Ilaria	Prima iscrizione
Callegari Elena	Prima iscrizione
Castellani Arianna	Prima iscrizione
Cendron Michela	Prima iscrizione
Chim Ala	Prima iscrizione
Cilb Paula Claudia (Riconoscimento del Ministero del 7.2.2009 Prot. n. 10148 fascicolo 2004/8304)	Prima iscrizione
Comacchio Ada	Prima iscrizione
Davoli Pier Giorgio	Trasferito dall'Ordine di Reggio Emilia
De Gregorio Gabriele	Trasferito dall'Ordine di Firenze
De Marchi Cecilia	Prima iscrizione
De Nardo Daniele	Prima iscrizione
De Rui Marina	Prima iscrizione
De Siati Romolo Daniele	Trasferito dall'Ordine di Taranto
Floriani Ariel Fabian	Prima iscrizione
Franceschini Marco	Prima iscrizione
Gabrieli Joseph Domenico	Prima iscrizione
Ganassini Giulia	Prima iscrizione
Gazzola Alessia	Prima iscrizione
Gemignani Stefania	Prima iscrizione
Grosso Giorgia	Prima iscrizione
Mardegan Veronica	Prima iscrizione
Marzura Marta	Prima iscrizione
Mingotto Elisa	Prima iscrizione
Moro Margherita	Prima iscrizione
Parisi Simona	Trasferita dall'Ordine di Bari
Perisello Chiara	Prima iscrizione
Piovesana Giovanni	Trasferito dall'Ordine di Milano
Pizzolato Elisa	Prima iscrizione

Polino Antonio	Trasferito dall'Ordine di Salerno
Polo Valentina	Prima iscrizione
Rigato Mauro	Prima iscrizione
Romanello Giovanni	Trasferito dall'Ordine di Cosenza
Ruffilli Giulia	Prima iscrizione
Rugolotto Matteo	Trasferito dall'Ordine di Verona
Rusalen Angela	Prima iscrizione
Salghetti Annamaria	Trasferita dall'Ordine di Parma
Scarpa Marta	Prima iscrizione
Tedesco Salvatrice	Trasferita dall'Ordine di Padova
Tortoriello Raffaele	Trasferito dall'Ordine di Napoli
Vangelista Tatiana	Trasferita dall'Ordine di Trento
Vendrame Elena	Prima iscrizione
Zabotti Alen	Prima iscrizione
Zazzaron Michela	Trasferita dall'Ordine di Padova
Zeraj Fabiola	Prima iscrizione
Zoppellaro Giacomo	Prima iscrizione
Zorzi Alessandro	Prima iscrizione

ISCRIZIONI ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI

Bottega Sabrina	Trasferita dall'Ordine di Ferrara
Darsiè Antonio	Prima iscrizione
De Luca Manuel	Prima iscrizione
Furlanetto Martina	Prima iscrizione
Marchese Alessandro	Prima iscrizione
Marcon Enrico	Trasferito dall'Ordine di Venezia
Merlo Maudy Alexandre	Trasferito dall'Ordine di Vicenza
Molina Rojas Lucia	Prima iscrizione
Pecoroni Vittorio	Prima iscrizione
Peruzzi Maria Ludovica	Trasferita dall'Ordine di Padova
Pivotti Stefania	Prima iscrizione
Rasera Laura	Prima iscrizione
Visentin Alessandra	Prima iscrizione

Variazioni agli Albi

DICEMBRE 2008 - GIUGNO 2009

CANCELLAZIONE DALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI

Bado Vittorio	Deceduto
Bonaventura Franco	Dimissioni
Busicchia Morena	Deceduta
Checuz Lucia	Trasferita all'Ordine di Padova
Citeroni Lorenza	Trasferita all'Ordine di Venezia
Cuzzato Vincenzo	Dimissioni
Dal Bò Enrico Ottavio	Deceduto
Favero Guerino	Deceduto
Infante Fanny Elisabetta	Trasferita all'Ordine di Bologna
Infante Gaetano	Dimissioni
Luchini Pierpaolo	Deceduto
Maifreni Francesco	Deceduto
Mastroprimiano Silvana	Trasferita Ordine di Padova
Milani Bruno	Deceduto
Pantè Salvatore	Dimissioni
Pellicini Sabrina	Trasferita all'Ordine di Trieste
Pollini Barbara	Dimissioni
Portello Andrea	Deceduto
Rinaldi Caterina Anna	Trasferita all'Ordine di Verona
Salzani Fulvia	Deceduta

CANCELLAZIONE DALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI

Gatto Stefano	Dimissioni solo dall'Albo degli Odontoiatri mantenendo l'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi
Hendriks Michel Johannes T.	Dimissioni
Toffolatti Giovanni	Dimissioni solo dall'Albo degli Odontoiatri mantenendo l'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi

CAMERA DI COMMERCIO DI TREVISO

ATTENZIONE A TELEFONATE SOSPETTE E BOLLETTINI INGANNEVOLI

La Camera di Commercio di Treviso informa che sono stati segnalati casi di telefonate con le quali vengono offerti servizi (ad esempio di iscrizione ad elenchi e/o consulenza) oppure vengono richieste informazioni (anche riservate come ad esempio il codice IBAN) sulla base di un non meglio precisato "*incarico della Camera di Commercio di Treviso*".

Oltre a ciò, si sono verificati casi di bollettini di conto corrente con diciture ingannevoli, che potevano far pensare ad un pagamento obbligatorio richiesto dall'Ente camerale.

Si invita a prestare particolare attenzione e a diffidare di tali offerte e richieste di pagamento!

In proposito, si segnala che la Camera di Commercio di Treviso opera normalmente attraverso i propri uffici, che in quanto tali, procedono con tutte le cautele di legge (identificazione precisa dei responsabili e dei recapiti, comunicazioni ufficiali scritte e preventive, etc.).

Nei casi in cui l'Ente si avvalga - sempre per lo svolgimento di funzioni istituzionali (ad es. indagini di customer satisfaction; elaborazioni di studi, ricerche) - di soggetti esterni, le aziende da contrattare vengono sempre preavvisate con lettera in carta intestata ufficiale ed a firma del Segretario Generale, con l'indicazione di tutti gli elementi identificativi sia di coloro che eseguiranno le indagini che dei responsabili degli uffici camerali con relativi numeri di telefono, ai quali rivolgersi per chiarimenti e conferme.

CONSIGLIO NAZIONALE FNOMCEO

Terni 13 giugno 2009

DOCUMENTO SULLE D.A.T.

Pubblichiamo il documento sulle “*Dichiarazioni Anticipate di Trattamento*” approvato, a larga maggioranza, dal Consiglio Nazionale della FNOMCeO riunito a Terni il 13 giugno 2009.

Il documento costituisce la sintesi del dibattito da tempo aperto all'interno della Federazione sull'argomento; dibattito che, già oggetto di specifici Forum di Bioetica con la partecipazione delle Società scientifiche e delle Associazioni a tutela dei cittadini e a tutela dei malati più rappresentative del settore, ha avuto ulteriore e proficuo approfondimento in occasione del Convegno Nazionale “*Dichiaro oggi per domani*” tenutosi a Terni lo scorso 12 giugno.

Il **Consiglio Nazionale della Federazione Nazionale Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO)**, riunito a Terni il 13 giugno 2009, in relazione al vasto dibattito sviluppatosi sul tema delle **Dichiarazioni Anticipate di Trattamento (DAT)** che direttamente e profondamente coinvolge l'autonomia e la responsabilità della pratica medica, ribadisce anche in questa materia il proprio ruolo di guida e di indirizzo sulla base dei principi che ispirano il Codice di Deontologia Medica quale espressione sintetica e condivisa delle tante sensibilità e culture che animano e che sono la ricchezza etica e civile della nostra professione.

Ribadisce altresì che questi principi, in un'epoca di profonde trasformazioni sociali, di molteplici presenze di etnie, religioni e culture che diversificano le comunità in tante orgogliose identità, in un mondo sempre più unificato dalla tecnica, rappresentano un punto di riferimento per la civile convivenza, per la riaffermazione dei valori etici della solidarietà umana.

Principi etici che assumono particolare significato nei momenti in cui ogni essere umano, dinanzi alla malattia ed alla morte, diventa più fragile e pone domande ardue e personali a sé stesso ed a quanti portano l'onere della sua cura.

Ai medici, pertanto, spetta il difficile compito di trovare, all'interno dei suddetti principi, il filo del loro agire posto a garanzia della dignità e della libertà del paziente, delle sue scelte, della sua salute fisica e psichica, del sollievo dalla sofferenza e della sua vita in una relazione di cura costantemente tesa a realizzare un rapporto paritario ed equo, capace cioè di ascoltare ed offrire risposte diverse a domande diverse.

Il Codice di Deontologia Medica, nel complesso delle sue norme generali e specifiche, traccia questo percorso finalizzato a trasformare la relazione fra medico e persona assistita in un'alleanza terapeutica quale espressione alta e compiuta di pari libertà e dignità di diritti e doveri, pur nel rispetto dei diversi ruoli.

L'autonomia decisionale del cittadino, che si esprime nel **consenso/dissenso informato**, è l'elemento fondante di questa alleanza terapeutica, al pari dell'autonomia e della responsabilità del medico nell'esercizio delle sue funzioni di garanzia.

In questo equilibrio, alla tutela e al rispetto della libertà di scelta della persona assistita deve corrispondere la tutela ed il rispetto della libertà di scelta del medico, in ragione della sua scienza e coscienza.

Lo straordinario incontro, ogni volta unico e irripetibile, di libertà e responsabilità non ha dunque per il nostro Codice Deontologico natura meramente contrattualistica, ma esprime l'autentico e moderno ruolo del medico nell'esercizio delle sue funzioni di garanzia.

In questo nucleo forte di relazioni etiche, civili e tecnico-professionali il soggetto di cura e il curante, è ciascuno “auto-re” di scelte, ovvero entrambi esprimono l'autonomia e la responsabilità che caratterizza ogni alleanza terapeutica e che in tal senso compiutamente rappresenta il luogo, il tempo e lo strumento per dare forza, autorevolezza e legittimazione a chi decide e a quanto si decide.

Ogni alleanza terapeutica, nella sua intimità ed unicità, assume straordinario significato nelle decisioni e nei comportamenti che

riguardano le relazioni di cura che affrontano condizioni a prognosi infausta in fase terminale e/o caratterizzate da una perdita irreversibile della coscienza.

La professione medica coniuga quindi i suoi saperi e le sue competenze con i grandi principi che guidano, sotto il profilo deontologico, il moderno esercizio professionale :

- il **principio di giustizia** che vieta al medico di discriminare i pazienti per condizione fisica e/o psichica e per ragioni sociali, economiche, etniche e religiose;
- il **principio di beneficalità** e non maleficità che sancisce l'obbligo inderogabile in capo ad ogni medico di garantire la salute e la vita del proprio paziente nel rispetto dei suoi valori di riferimento, degli aspetti propri della persona e vissuti nella sua personale esperienza;
- il **principio dell'autodeterminazione del paziente** che riconosce alla volontà informata e consapevole del singolo paziente capace, il diritto di scegliere o non scegliere se attuare o sospendere i trattamenti diagnostico-terapeutici.

Il Consiglio Nazionale ritiene inoltre che vada data pari dignità e rilevanza al

principio di autonomia e responsabilità del medico che può dunque sottrarsi a quella relazione di cura di cui non condivide le prospettive tecnico-professionali in ragione di scienza e/o quelle etiche.

Questo richiamo ad un pieno riconoscimento della libertà di scienza e coscienza del medico, non ha come obiettivo la restaurazione di surrettizie forme di neopaternalismo, ma si propone responsabilmente come tutela dell'autonomia del cittadino, laddove la crescente complessità della moderna medicina, a fronte di straordinarie prospettive di diagnosi e cura, sempre più spesso accende dilemmi tecnici ed etici che scuotono le certezze e le coscienze dei singoli medici e dei loro pazienti e lacerano il comune sentire etico e civile delle comunità.

Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO ritiene che la libertà di scienza e coscienza del medico deve responsabilmente collocarsi all'interno dei seguenti confini:

- sul piano tecnico professionale deve riferirsi alle migliori pratiche clinico-assistenziali basate sulle prove di efficacia, sicurezza ed appropriatezza di cui ogni medico porta responsabilità non delegabile, sul piano civile deve promuovere e trasferire nella relazione di cura il rispetto di tutti i diritti individuali protetti dalla nostra Costituzione,
- sul piano civile deve promuovere e trasferire nella relazione di cura il rispetto di tutti i diritti individuali protetti dalla nostra Costituzione,
- sul piano etico deve rispettare le norme del Codice Deontologico che si rifanno ai grandi principi sanciti da varie autorevoli fonti che hanno segnato la storia della nostra deontologia, dal Codice di Norimberga alla Dichiarazione di Oviedo.

A tale riguardo il Consiglio Nazionale ribadisce che secondo il Codice Deontologico il principio dell'obbligo di garanzia (**beneficalità - non maleficità**) viene infranto quando il medico, intenzionalmente e con mezzi idonei, opera per la fine della vita anche se ciò è richiesto dal paziente (**eutanasia**) o insiste in trattamenti futili e sproporzionati dai quali cioè fondatamente non ci si può attendere un miglioramento della malattia o della qualità di vita (**accanimento diagnostico-terapeutico**).

Il Medico lede altresì il principio di giustizia se trascura di offrire un progetto di cura efficace e proporzionato al miglioramento della malattia o della qualità di vita al paziente terminale o incapace o comunque fragile (**abbandono terapeutico**) e viola il principio di **autonomia del cittadino** se insiste nell'intraprendere o nel perseverare in trattamenti rifiutati dal paziente capace ed informato.

La persona incapace a manifestare le proprie volontà sulla sua malattia e sulla qualità della sua vita è doppiamente fragile e la sua solitudine ad esprimersi fa più grande quella del medico che deve comunque decidere.

D'altra parte lo straordinario sviluppo delle procedure e delle tecniche di mantenimento delle funzioni vitali nelle fasi avanzate di malattie cronico degenerative (neoplastiche, metaboliche, autoimmuni, vascolari etc.) o di recupero delle stesse in condizioni di emergenza (arresti cardiaci, accidenti cerebrovascolari devastanti, grandi traumi cranici, etc.) e poi sostenute per un tempo indefi-

nito, determina in numero sempre più consistente una tipologia di pazienti incapaci di esprimere una volontà attuale sui trattamenti diagnostico-terapeutici compresi quelli idonei a supportare nel tempo la condizione di totale ed irreversibile perdita di coscienza di sé ed assoluta incapacità di relazione con l'ambiente.

Le Dichiarazioni Anticipate di Trattamento (DAT) intervengono in queste condizioni quale espressione particolare ed eccezionale del consenso del paziente che, informato, consapevole e quindi al momento capace, dichiara i suoi orientamenti sui trattamenti ai quali desidera o non desidera essere sottoposto nell'eventuale sopravvenire di una condizione irreversibile di incapacità di esprimere le proprie volontà.

Principio che è saldamente presente nel Codice di Deontologia Medica fin dalla revisione del 1998 e confermato successivamente nel 2006 (**Art. 35** ... *Il medico deve intervenire, in scienza e coscienza, nei confronti del paziente incapace, nel rispetto della dignità della persona e della qualità della vita, evitando ogni accanimento terapeutico, tenendo conto delle precedenti volontà del paziente.*

Art.38 ... *Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere le proprie volontà, deve tener conto nelle proprie scelte di quanto precedentemente manifestato dallo stesso in modo certo e documentato)* delineando quell'opportuno bilanciamento tra diritto all'autonomia del cittadino e obbligo di garanzia proprio del medico.

Per il Codice Deontologico questi due principi non sono infatti ontologicamente conflittuali laddove, soprattutto nelle circostanze più difficili, le funzioni di garanzia del medico devono, tra l'altro, supportare e motivare le scelte del paziente, così come la volontà del paziente deve illuminare ed orientare le funzioni di garanzia del medico.

In relazione al processo legislativo riguardante il progetto di legge concernente "*Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento*" approvato in prima lettura al Senato, la FNOMCeO, a seguito di approfondito dibattito con le Società Medico-Scientifiche e con le Associazioni di tutela dei pazienti e dei consumatori, ritiene che la compiuta funzione di garanzia del medico verso i pazienti incapaci di esprimere una volontà attuale e le loro scelte rende pressante la necessità di ridefinire nuovi profili di cura e di avvicinare a questa responsabilità tecnico professionale la presa in carico globale di queste fragilità che va oltre l'impegno dei soli medici.

Sul piano generale, il Consiglio Nazionale della FNOMCeO ritiene necessario così definire le seguenti questioni:

- L'informazione posta alla base dell'alleanza terapeutica deve avvalersi di un investimento formativo tale da garantire l'efficacia e l'appropriatezza della comunicazione
- Ai processi di cura coinvolgenti pazienti con bisogni assistenziali così impegnativi e complessi vanno previsti programmi osservazionali sugli esiti dei trattamenti in termini di sollievo dalle sofferenze e qualità della vita
- Va concretizzato un forte impegno della ricerca, sia in campo diagnostico che terapeutico, per migliorare le evidenze scientifiche già oggi disponibili e per sviluppare altresì la cultura e la pratica della palliazione sia negli ambiti tradizionali delle malattie neoplastiche terminali sia in quelli nuovi ed altrettanto impegnativi delle malattie cronico-degenerative avanzate caratterizzate da compromissione o perdita irreversibile dello stato di coscienza
- Va definita e finanziata una rete nazionale efficace ed accessibile di servizi che garantiscano Livelli Essenziali di prestazioni sanitarie ed assistenziali, idonee a rendere accessibile per questi pazienti e le loro famiglie il diritto ad un'esistenza rispettosa della dignità delle persone che sono curate e di quelle che si prendono cura.
- Nelle specifiche condizioni oggi inquadrate come stati vegetativi, la comunità scientifica deve consolidare le evidenze relativamente agli aspetti preventivi, diagnostici, terapeutici e prognostici attraverso l'elaborazione di specifiche linee-guida, la valutazione degli esiti dei trattamenti riabilitativi, di nutrizione artificiale e di altri eventuali trattamenti di supporto vitale, di prevenzione e gestione delle complicanze (infezioni, embolie, trombosi, etc.) anche al fine di costruire un apposito Registro Osservazionale

In riferimento ad alcune controverse e più specifiche questioni connesse alle DAT, il Consiglio Nazionale della FNOMCeO ritiene che le seguenti considerazioni possano aiutare la ripresa di un confronto sereno nel Parlamento e nel paese in grado di offrire soluzioni alte e condivise.

- **È nostra convinzione che le previsioni del Codice di Deontologia Medica abbiano forza giuridica ed etica e siano di per sé idonee ad orientare e legittimare le decisioni assunte in una alleanza terapeutica ma il conflitto tra competenze legislative e competenze giudiziarie che ha fatto seguito alla vicenda Englaro, ha determinato una forte accelerazione del processo legislativo in materia di dichiarazioni anticipate di trattamento (DAT) al fine di definirne**

gli ambiti di efficacia.

- Su queste delicate ed intime materie il legislatore dovrà intervenire formulando un “diritto mite” che si limiti cioè a definire la cornice di legittimità giuridica sulla base dei diritti della persona costituzionalmente protetti, senza invadere l'autonomia del paziente e quella del medico prefigurando tipologie di trattamenti disponibili e non disponibili nella relazione di cura. Ognuna di queste, unica e irripetibile contiene tutte le dimensioni etiche, civili e tecnico professionali per legittimare e garantire la scelta, giusta, nell'interesse esclusivo del paziente e rispettosa delle sue volontà. L'autonomia e la responsabilità del medico, sono a garanzia che le richieste di cura e le scelte di valori dei pazienti sono accolte nel continuo sforzo di aiutare chi soffre e ha il diritto di essere accompagnato con competenza, solidarietà. Tali dichiarazioni vanno espresse in forma scritta, sottoscritta e datata, conseguente ad una informazione medica di cui resta idonea documentazione.
- In tale contesto vanno chiaramente definite le condizioni nelle quali queste assumono il valore giuridico ed etico di espressione di una volontà “capace”, ovvero se riferita solo agli stati vegetativi o se anche a tutti gli altri stati patologici che si manifestano nel corso di malattie cronico degenerative caratterizzati da una perdita irreversibile della coscienza di sé e dell'ambiente configuranti quindi un'incapacità ad esprimere volontà attuali.
- Le dichiarazioni anticipate rappresentano scelte libere e consapevoli che possono essere in ogni momento revocate o aggiornate e non devono contenere richieste di atti eutanasi o riconducibili a forme di trattamenti futili e sproporzionati (accanimento terapeutico).
- Le dichiarazioni anticipate vanno attualizzate prevedendone una scadenza temporale di validità al termine del quale possono essere rinnovate.
- Le dichiarazioni anticipate vanno contestualizzate sotto il profilo tecnico-professionale non allo scopo di eludere le specifiche volontà del paziente ma al fine di verificare la sussistenza o meno delle condizioni cliniche e delle valutazioni tecniche che le hanno informate.
- In presenza di dichiarazioni anticipate si ritiene opportuno che nelle particolari situazioni cliniche, inquadrare come stati vegetativi, le condizioni di irreversibilità del danno neurologico siano indagate, valutate e certificate secondo le migliori evidenze scientifiche disponibili da trasferire in analitici e rigorosi protocolli diagnostici e prognostici, unici a livello nazionale.
- In accordo con una vasta ed autorevole letteratura scientifica, la nutrizione artificiale è trattamento assicurato da competenze mediche e sanitarie, in grado di modificare la storia naturale della malattia, calibrato su specifici problemi clinici mediante la prescrizione di nutrienti, farmacologicamente preparati e somministrati attraverso procedure artificiali, sottoposti a rigoroso controllo sanitario ed infine richiedente il consenso informato del paziente in ragione dei rischi connessi alla sua predisposizione e mantenimento nel tempo. La sua capacità di sostenere funzioni vitali, temporaneamente o definitivamente compromesse, ne motiva l'impiego, in ogni progetto di cura appropriato, efficace e proporzionato, compresi quelli esclusivamente finalizzati ad alleviare le sofferenze. In queste circostanze, le finalità tecniche ed etiche che ne legittimano l'utilizzo definiscono anche i suoi limiti, sui quali può intervenire la scelta informata e consapevole, attuale o dichiarata anticipatamente del paziente e la libertà di scienza e coscienza del medico.
- L'eventuale individuazione della figura del “Delegato/Fiduciario”, richiede una puntuale definizione del suo ruolo che si auspica sia di vigilanza sulle applicazioni delle dichiarazioni anticipate, esercitando una funzione di cooperazione con il medico curante al fine di evitare conflitti tra le due funzioni di tutela dovendo entrambi perseguire il migliore interesse del paziente.
- Va previsto per il medico e per tutto il personale sanitario il diritto all'obiezione di coscienza e coscienza rispetto ai contenuti delle dichiarazioni anticipate ciò in forza di quanto già previsto in altri contesti dall'ordinamento giuridico e dallo stesso Codice di Deontologia Medica. Ovviamente per il medico obiettore rimangono gli obblighi deontologici di continuare la sua assistenza fino a quando un altro collega, in un'altra relazione di cura, assumerà quelle volontà.
- Il dispositivo legislativo, nel definire gli ambiti di efficacia giuridica del consenso informato, deve altresì chiaramente prevedere che gli atti commessi o omessi dai medici e dai sanitari in osservanza delle volontà giuridicamente valide, escluse quelle eutanasi o di assistenza al suicidio, li esonerano da qualsivoglia responsabilità civile e penale.

Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO ritiene infine indispensabile l'istituzione di un Osservatorio Nazionale sui comportamenti e le scelte di fine vita, implementando e diffondendo sul territorio la cultura della cure di fine vita e gli strumenti affidabili e confidenziali di rilevazione dei fenomeni. anche attraverso campagne di informazione del pubblico e formazione del personale, in particolare finalizzate a chiarire gli scopi, i limiti etici e giuridici delle dichiarazioni anticipate.

Linee Guida Regionali per i Dipartimenti di Salute Mentale in materia di Trattamento Sanitario Obbligatorio e Accertamento Sanitario Obbligatorio

(Dgr n. 847 del 31 marzo 2009)

Scaricabili dal sito:

http://www.regione.veneto.it/NR/rdonlyres/36BD2F1E-7E7C-488D-87A7-92620D9C4E53/0/DGR847_09Allegato.pdf

I trattamenti sanitari obbligatori rappresentano atti di carattere eccezionale rispetto alla generalità dei trattamenti sanitari, necessariamente volontari secondo la Carta Costituzionale, salvo i casi previsti dalla legge.

Fra i casi espressamente previsti dalle leggi dello Stato, per ogni cittadino, la cui capacità giuridica ricordiamo, è sempre presunta, l'ipotesi più rilevante riguarda il Trattamento Sanitario Obbligatorio per malattia mentale. E' a questa fattispecie che le linee guida regionali si riferiscono, prefiggendosi di delineare le modalità per una più corretta ed omogenea esecuzione delle procedure di TSO e ASO per malattia mentale su tutto il territorio regionale, pur nel rispetto delle specifiche competenze istituzionali.

L'aspetto tuttavia più rilevante delle linee guida, in buona parte derivanti da una elaborazione effettuata nella provincia di Treviso fra le Aziende ULSS (a partenza dall'ULSS n. 9), avendo come sede la Prefettura, e coinvolgendo Procura, Questura, Comando dei Carabinieri, Conferenza dei Sindaci e Ordine dei Medici, è di aver affrontato, non solo annose questioni di competenza e procedurali, ma di aver chiarito definitivamente gli ambiti in cui ASO e TSO trovano applicazione, la distinzione rispetto agli interventi "in stato di necessità", finalmente delineati, sia che si tratti di reprimere reati e comportamenti socialmente pericolosi, che, come tali, non sono mai di competenza sanitaria, che di realizzare invece quegli interventi clinici, urgenti, talvolta improrogabili, necessari per l'immediata tutela della salute della persona.

Le condizioni richieste per avviare il Trattamento Sanitario Obbligatorio in regime di degenza ospedaliera sono contenute nell'art. 34 della L.833/78 che prevede il contestuale verificarsi di:

1. alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici: si ricorda che al TSO possono essere sottoposte solo persone affette da malattia mentale;
2. che tali interventi non vengano accettati dal malato;
3. che non vi siano le condizioni e le circostanze che consentono di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra-ospedaliere.

Alla proposta e convalida da parte di due medici, di cui uno del SSN, segue l'ordinanza del Sindaco, che può emetterla entro 48 ore. Solo a seguito di ordinanza il TSO può essere effettuato.

Ricordiamo, a proposito dei trattamenti, che "urgenti" non vuol dire "improrogabili", in quanto, pur in condizioni di urgenza, l'improrogabilità richiama il *pericolo attuale* per la salute, tale richiedere appunto immediati interventi, rispetto invece al pericolo potenziale, che pure comprometterebbe gravemente la salute qualora gli interventi non venissero effettuati.

L'ambito di intervento di cui allo stato di necessità, previsto dall'art 54 C.P., viene affrontato nelle Linee guida regionali alle pagine 9-10-11-12, a cui si rimanda per la dettagliata trattazione.

Basti dire che in ogni caso bisogna avere come criterio di riferimento la distinzione fra ambito sanitario di intervento, che considera lo stato di salute della persona e le relative conseguenze sul soggetto o terzi, e l'ambito di pubblica sicurezza, mai di competenza medica, che pone attenzione alla prevenzione e repressione dei reati e alla sicurezza della persona.

I due piani posso ovviamente intersecarsi e sovrapporsi nel caso di disturbi psichici, sia che questi dipendano da una malattia mentale, che da una patologia non psichiatrica, ma sempre distinto rimane il criterio di valutazione e la competenza di intervento fra personale sanitario e forza pubblica. Tanto più che frequentemente, a comportamenti di pericolo sociale, che richiedono interventi di repressione, non corrispondono gravi alterazioni psichiche, come pure il contrario.

Compito del medico è sempre valutare, stante la volontarietà degli interventi, sulla attuale capacità e volizione del soggetto eventualmente alterate da una patologia, si da non renderne efficace il dissenso, nonché sul criterio di urgenza in termini di clinica, decorso della patologia, necessità di trattamento.

Su queste basi, di alterata volizione da una parte e di urgenza clinica dall'altra, va considerato il pericolo per la salute del soggetto e/o di terzi, propria dell'evoluzione del quadro clinico, distinguendo tra pericolo attuale, che richiama l'improrogabilità di

interventi immediati da effettuarsi secondo stato di necessità, rispetto invece a quello potenziale, che consente l'adozione del TSO o di altri provvedimenti a seconda che si tratti o meno di una malattia mentale. Nello stesso tempo, l'intervento sulla pericolosità sociale, sia essa attuale o potenziale, indipendentemente che questa abbia o meno a che fare con uno stato patologico, è di competenza delle forze dell'ordine, le quali, nel sospetto di gravi alterazioni psichiche possono effettuare l'immediato accompagnamento coattivo in Pronto Soccorso per la valutazione sullo stato di salute. Quest'ultima possibilità, definita come sostegno all'opera di soccorso, introduce un punto di vista sanitario anche laddove lo stato di necessità sia determinato dalla repressione del reato o di comportamenti di pericolo per un soggetto e/o terzi. In quest'ultima accezione, lo stato di necessità viene affrontato dall'art. 39 del Codice Deontologico, che impone l'intervento medico, "sia in casi di necessità e di urgenza, sia nell'ipotesi in cui il paziente non sia in grado di esprimere una volontà contraria". Nello stesso tempo, pur non essendo di competenza medica la repressione del reato, un comportamento omissivo rispetto a quanto descritto, pone in capo al medico la responsabilità di conseguenze direttamente derivanti da un quadro patologico che, presente l'alterata volizione e capacità del soggetto, non sia stato valutato e/o non vi sia stata l'adozione delle misure consistenti negli interventi sanitari, anche di coazione, rispetto alla quale ritorna la competenza da parte della forza pubblica nell'effettuarli. In molti casi, quindi, le competenze dei sanitari e delle forze dell'ordine concorrono e non si escludono.

Le competenze delle forze dell'ordine sono infatti nelle linee guida variamente ribadite, considerando che, anche nel caso delle gravi alterazioni psichiche di cui al TSO, è necessario che i comportamenti del soggetto siano tali da non costituire immediato pericolo per l'incolumità propria od altrui, poiché, in questo caso, ravvisando lo "stato di necessità" di reprimere i comportamenti auto o etero lesivi, si dovrà intervenire immediatamente, senza attendere l'attuazione del TSO.

L'intervento sanitario può inoltre essere messo in atto solo dopo laddove le Forze dell'Ordine saranno intervenute per garantire l'incolumità del personale sanitario. Al tempo stesso l'assistenza delle Forze dell'Ordine deve essere garantita sino all'avvenuta effettuazione di tutti gli interventi sanitari atti a gestire la situazione dal punto di vista clinico.

Va inoltre rimarcato che la repressione dei reati prescinde dalla presenza o meno di una patologia psichiatrica e richiede gli specifici e differenziati interventi di competenza da parte delle Forze dell'Ordine, anche nel caso di pazienti già ricoverati in ambito psichiatrico o in altra struttura sanitaria.

Nella attuazione dello stesso TSO, d'altra parte, la notifica e l'esecuzione del provvedimento sono di competenza della polizia municipale, pur nella presenza e collaborazione dei sanitari, la quale polizia può, non fosse bastevole ad esercitare la coazione, ricorrere al coinvolgimento di altra forza pubblica.

Si ritiene opportuno citare qualche esempio:

- il soggetto che presenti un immediato rischio suicidario, non potrà attendere l'ordinanza e l'esecuzione del TSO, e riscontrando tali comportamenti autolesivi anche da parte delle forze dell'ordine, nel caso siano le prime ad intervenire, il soggetto potrà essere accompagnato coattivamente in pronto soccorso o comunque contenuto nel suo comportamento sino all'intervento sanitario. Allo stesso modo, qualora siano i sanitari ad intervenire, l'immediatezza del pericolo, la sua attualità, derivanti dal quadro clinico, impongono il trattamento, ma anche il richiamo agli interventi di coazione che sono di competenza delle forze dell'ordine.
- Il soggetto che presenti uno stato confusionale a seguito di un trauma o un ictus, presente o meno una agitazione psicomotoria, in ogni caso dovrà essere contenuto nel comportamento con cui pone a rischio la propria incolumità o rifiuta le cure, stante sempre la valutazione medica che constata l'alterata volizione e l'improrogabilità degli interventi. Anche in questo caso si determina lo stesso schema di azione di cui sopra, sia che intervengano prima le forze dell'ordine rispetto ai sanitari, che viceversa.

Il comun denominatore è quindi sempre la valutazione dell'urgenza clinica in base alla diagnosi di patologia e al suo decorso, la valutazione dello stato di capacità del soggetto eventualmente inficiata dalla patologia, l'improrogabilità degli interventi sanitari. Come citato nell'esempio, vi sono comunque condizioni di alterazioni psichiche non derivanti da malattia mentale, per le quali non è mai possibile effettuare un TSO, quanto invece il ricorso, solo ed esclusivo, all'intervento in stato di necessità. Nelle linee guida sono ben schematizzati questi ambiti.

Il TSO non può essere avviato nei pazienti non affetti da patologie psichiatriche che rifiutino di sottoporsi alle cure; in questo casi:

- a) se il paziente non ha limitazioni della capacità di intendere e volere, il suo rifiuto è valido e deve essere accettato, indipendentemente dalla presenza di comportamenti antisociali.
- b) se il paziente presenta limitazioni della capacità di intendere e volere, ad es. stati confusionali, ma dovute a *patologie non psichiatriche (disturbi psichici secondari a malattie neurologiche, es. demenza, ictus..., ma anche internistiche, traumatiche, assunzione di sostanze)*, il trattamento può essere effettuato solo secondo "stato di necessità", ovvero un "pericolo di salute attuale" per l'incolumità del soggetto che necessita di "interventi urgenti e improrogabili"; anche in questo caso qualora il paziente manifesti comportamenti violenti che mettano a rischio l'incolumità di soggetti terzi e/o del personale

sanitario, le Forze dell'Ordine sono tenute a prestare l'assistenza occorrente a reprimere il comportamento e a consentire l'erogazione delle cure in condizioni di sicurezza.

- c) se il paziente presenta limitazioni alla capacità di intendere e di volere, nei casi di cui al punto b), e però il rifiuto delle cure non è accompagnato dalle condizioni di cui allo stato di necessità, ovvero al di fuori dell'improrogabilità degli interventi, i sanitari (di area ospedaliera o del distretto) dovranno coinvolgere il Giudice Tutelare o il magistrato di turno presso il Tribunale. Anche in questo caso, quindi, non si ricorre al TSO (esempio dell'incapace naturale, o del demente in assenza di acuzie).

Si comprende quindi la netta distinzione fra la repressione dei comportamenti violenti, oggetto di valutazioni di pubblica sicurezza, e l'improrogabilità dell'intervento sanitario, esclusivo oggetto della valutazione sanitaria. Ciò anche nei casi in cui il quadro morboso si accompagni o determini comportamenti socialmente pericolosi. Inoltre, in questa accezione, dal punto di vista sanitario sono ricompresi tutti i quadri patologici che possono determinare una riduzione della capacità e della volizione del soggetto, siano questi propri di una patologia psichiatrica, che di altra entità morbosa agente sul sistema nervoso centrale, quali appunto gli stati di intossicazione, gli stati di delirium o di agitazione psicomotoria che hanno causa organica (ictus, demenza...).

Il ricorso quindi alle procedure di cui all'ASO e TSO diviene comprensibile laddove, solo trattandosi di una patologia psichiatrica, il pericolo per la salute del soggetto o di terzi, non sia attuale, ovvero tale da richiedere interventi improrogabili, ma sussistono invece ancora quelle condizioni che consentono la ricerca del consenso da parte del soggetto, pur in una situazione di urgenza clinica.

È pertanto possibile schematizzare in tabella il seguente comportamento del clinico:

CLINICA	PRESUPPOSTI	AZIONI
Stato confusionale o confuso onirico da esotossicosi, in demenza, traumi, patologie internistiche e neurologiche. Urgenza medica in "incapace naturale" (es: oligofrenia, demenza)	Incapacità di esprimere dissenso o consenso. "Rischio attuale" per l'incolumità fisica del soggetto o di terzi. Necessità di intervento sanitario urgente e improrogabile (se non improrogabile: <i>rischio potenziale</i>).	Coazione immediata alle cure in "stato di necessità". Per la coazione i sanitari possono attivare la Forza Pubblica. Nel caso di incapace naturale l'assenza di rischio attuale richiede l'azione del magistrato. <i>Non è mai possibile effettuare TSO.</i>
Crisi psicotica Eccitamento maniaco Rischio suicidario Depressione psicotica	Capacità di esprimere consenso o dissenso, ma non valido. Possibile <i>rischio attuale</i> per l'incolumità fisica del paziente o di terzi, ma di norma <i>rischio potenziale</i> (intervento urgente ma non improrogabile). Legge 180/78 prevede i TSO per "malattia mentale" con degenza da attuarsi solo in SPDC.	Se vi è rischio attuale, intervento immediato e improrogabile in "stato di necessità" con la Forza Pubblica. Se vi è rischio potenziale, proposta e convalida di TSO; la coazione avviene solo dopo ordinanza del Sindaco (attuata dalla Polizia Municipale).
Comportamenti violenti o marcata aggressività (conflitti sociali e disadattamento, crimini, nel corso delle patologie di cui sopra).	La pericolosità è un problema di ordine pubblico che attiene al codice penale. La repressione dei reati e dei comportamenti violenti, nonché la loro prevenzione, prescinde dalla determinazione della loro causa ed è sempre in capo alla Forza Pubblica.	Intervento coattivo delle Forze dell'Ordine per <i>reprimere il reato</i> o per prevenirlo in base allo "stato di necessità". Nel <i>sospetto</i> di un grave disturbo, le Forze dell'Ordine possono portare il soggetto in Ospedale Civile. Le Forze dell'Ordine possono intervenire anche in Ospedale Civile per reprimere il reato e tutelare l'incolumità dei sanitari (nonché <i>sostegno all'opera di soccorso</i>).

Le linee guida affrontano inoltre il caso rappresentato dagli interdetti, i minori, i disturbi del comportamento alimentare (anoressia).

Descrivono dettagliatamente le modalità procedurali e gli aspetti certificativi per giungere al TSO e su come effettuarlo. Sottolineano l'importanza che nel caso del TSO, le valutazioni mediche di proposta e convalida, garantita quest'ultima da almeno un medico che abbia un rapporto di dipendenza o di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale, debbono sempre consistere in una effettiva valutazione clinica, volta altresì a ricercare il consenso del soggetto, indipendente da valutazioni di soggetti terzi.

L'ambito di applicazione riguarda la medicina generale, nonché l'area ospedaliera, e ovviamente il personale del SUEM, della guardia medica e, in orario di apertura dei Centri di Salute Mentale, i medici psichiatri.

Un aspetto importante, è pure l'aver anche qui distinto la sfera di competenza dei sanitari rispetto alla polizia municipale e altra forza pubblica, ponendo sempre in capo alla polizia municipale la notifica e l'esecuzione, garantendo altresì sempre la presenza delle forze di polizia anche in ambulanza sino all'accompagnamento in reparto psichiatrico.

Si rimanda per ogni dettaglio alle linee guida, tuttavia, merita un cenno l'accertamento sanitario obbligatorio (ASO), da considerarsi come uno strumento predisposto per giungere ad una valutazione clinica in una situazione di sospette gravi alterazioni mentali, in cui il soggetto sia irreperibile o rifiuti qualsiasi contatto.

Al pari del TSO, l'ASO deve essere disposto con ordinanza del Sindaco.

Ai fini della emissione della ordinanza di ASO occorre una sola certificazione medica di proposta contenente dettagliatamente le *motivazioni cliniche*. L'ASO potrebbe dar luogo ad un successivo TSO, come pure rivelare l'assenza di una patologia psichiatrica.

Le procedure relative all'acquisizione della documentazione da parte del Comune, nonché la notifica e l'esecuzione del provvedimento coattivo, sono sempre di esclusiva competenza della Polizia Locale. Va sottolineato che l'ASO di norma riguarda cittadini non in carico ai Servizi.

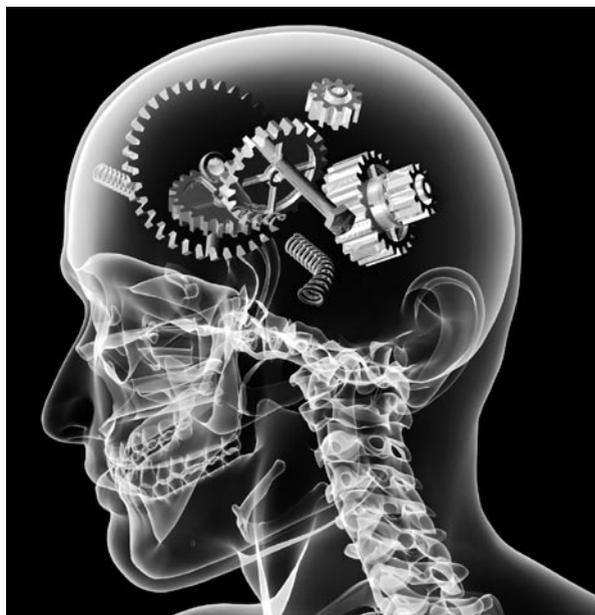
A questo riguardo si sottolinea che:

- La proposta deve poggiarsi su *molteplici segnalazioni*, in primis da parte dei familiari, rispetto alle quali è opportuno che gli altri segnalanti diano forma scritta.
- La proposta deve essere sempre preceduta da concreti e documentati tentativi di effettuare una valutazione sanitaria da parte del medico di medicina generale e/o psichiatra (o dal medico di continuità assistenziale).

L'importanza di tutte queste definizioni, sia in merito allo stato di necessità che al TSO/ASO, acquista ulteriore valore se consideriamo la responsabilità imputata al medico in caso non effettui la valutazione, o sia comunque omissivo, oppure dia corso ad un TSO o ASO senza che ve ne siano le condizioni.

Nel primo caso la responsabilità medico legale verte sulle conseguenze che derivino dal decorso clinico della patologia, tra cui anche comportamenti auto ed etero lesivi direttamente conseguenti (nel caso non sia stato effettuato l'intervento in stato di necessità o il TSO, se indicati).

Nell'altra circostanza invece, la responsabilità sta in capo al medico anche per gli errori di forma nelle procedure e nelle certificazioni, ma soprattutto si possono nella sostanza configurare i reati di sequestro di persona e violenza privata.



Dott. Roberto Lezzi - psichiatra
Direttore UO n. 2 e 3 Dipartimento di Salute Mentale Azienda ULSS n. 9 di Treviso

Riscossione contributo “QUOTA A” 2009

La tutela previdenziale del Fondo di Previdenza Generale è garantita a tutti i medici e gli odontoiatri iscritti ai rispettivi Albi professionali. Il finanziamento delle prestazioni previdenziali ed assistenziali erogate da tale Fondo è assicurato dal versamento di un contributo minimo dovuto in misura fissa per fasce di età. Tale contributo confluisce presso una apposita gestione, denominata “Quota A” del Fondo di Previdenza Generale.

Gli importi che saranno posti in riscossione nel corso dell'anno 2009 sono i seguenti:

€ 185,66 annui (€ 15,47 mensili)	per tutti gli iscritti fino al compimento del 30° anno di età;
€ 360,38 annui (€ 30,03 mensili)	per tutti gli iscritti dal compimento del 30° anno di età fino al compimento del 35° anno di età;
€ 676,28 annui (€ 56,36 mensili)	per tutti gli iscritti dal compimento del 35° anno di età fino al compimento del 40° anno di età;
€ 1.248,96 annui (€ 104,08 mensili)	per tutti gli iscritti dal compimento del 40° anno di età fino al compimento del 65° anno di età.
€ 676,28 annui (€ 56,36 mensili)	per gli iscritti ammessi, entro il 31 dicembre 1989, al beneficio della contribuzione ridotta “Quota A”, in quanto forniti di diversa copertura previdenziale obbligatoria.

Oltre agli importi sopra elencati, tutti gli iscritti sono tenuti a corrispondere un contributo annuo di € 38,00 (€ 3,17 mensili) per la copertura dell'onere derivante dalle indennità di maternità, aborto, adozione e affidamento preadottivo erogate dall'E.N.P.A.M.

L'incarico di riscuotere su tutto il territorio nazionale i suddetti contributi, a decorrere dall'anno 2001, è stato affidato ad Equitalia Esatri S.p.A. che a tal fine provvede a trasmettere al domicilio degli iscritti i relativi bollettini di pagamento RAV.

Gli importi dovuti possono essere versati in un'unica soluzione entro il 30 aprile dell'anno di riferimento del contributo ovvero in quattro rate con scadenza 30 aprile, 30 giugno, 30 settembre e 30 novembre. Il recupero degli eventuali importi non corrisposti entro i termini è effettuato mediante iscrizione a ruolo e notifica della corrispondente cartella di pagamento.

Il mancato ricevimento del bollettino non esonera dal pagamento del contributo. In tal caso, al fine di ottenere le istruzioni necessarie per provvedere al versamento, deve essere tempestivamente inoltrata ad Equitalia Esatri S.p.A. (tramite i canali telematici indicati sul sito www.taxtel.it) un'apposita istanza nella quale devono essere indicati il nome, il cognome, il codice fiscale e l'indirizzo dell'interessato.

Si evidenzia, inoltre, che da quest'anno sarà attivato un nuovo servizio per gli utenti registrati presso il portale www.enpam.it.

Tali iscritti, infatti, potranno reperire direttamente un duplicato del bollettino RAV, accedendo all'Area riservata del sito della Fondazione. In questo caso il pagamento potrà essere effettuato esclusivamente presso gli Istituti di Credito.

Al fine di evitare i disagi connessi al mancato ricevimento o allo smarrimento dei bollettini, si ricorda che i predetti obblighi contributivi possono essere assolti chiedendo **la domiciliazione del relativo pagamento mediante addebito permanente in conto corrente bancario** (procedura RID).

Per poter usufruire della domiciliazione bancaria è sufficiente compilare il modulo allegato ai bollettini RAV per il pagamento del contributo e trasmetterlo ad Equitalia ESATRI S.p.A. secondo le modalità indicate da tale società. Il modulo RID, quindi, non deve essere presentato alla propria banca, ma deve essere inoltrato direttamente al predetto Agente della riscossione.

Per il servizio offerto, la commissione richiesta da Equitalia ESATRI S.p.A. è di € 2,07 per addebito.

Si rammenta, infine, che i contributi previdenziali sono integralmente deducibili dal reddito complessivo, ai sensi dell'art. 10, comma 1, lett. e) del Testo Unico delle Imposte sui Redditi (TUIR).

Sul retro della sezione di versamento dei bollettini RAV è all'uopo indicata la descrizione “Trib. 539 Previdenza ENPAM 2009”. Il pagamento del contributo mediante il servizio RID potrà essere comprovato dagli addebiti riportati negli estratti di conto corrente inviati dalla banca e da un riepilogo annuale dei pagamenti intervenuti che Equitalia ESATRI S.p.A. invierà a mezzo posta, in tempo utile per gli adempimenti fiscali.

Contributi “QUOTA B” - Fondo della LIBERA PROFESSIONE

I professionisti iscritti all'E.N.P.A.M. sono tenuti a comunicare entro il prossimo 31 luglio il reddito derivante dall'esercizio della professione medica e odontoiatrica prodotto nel corso dell'anno 2008. Tale dichiarazione può essere effettuata utilizzando i Modelli D 2009 recapitati al domicilio degli iscritti nelle prime settimane del mese di giugno. Tali modelli sono stati personalizzati dall'ENPAM in base alla posizione contributiva del singolo iscritto presso il Fondo della Libera Professione – Quota B del Fondo Generale:

- iscritto attivo con contribuzione intera (Modello D_CO);
- iscritto attivo con contribuzione ridotta (Modello D_CR);
- iscritto attivo che ha optato irrevocabilmente per la contribuzione intera (Modello D_IR);
- iscritto che ha compiuto il 65° anno di età nel corso dell'anno 2008 (Modello D_65);
- iscritto di età superiore ai 65 anni (pensionato del Fondo generale “Quota A”) che non ha optato per l'esonero contributivo (Modello D_P).

È opportuno sottolineare che **la mancata ricezione del modello D non esonera l'iscritto dall'obbligo di presentazione della dichiarazione reddituale entro il termine sopra indicato.**

Coloro che non sono venuti in possesso del proprio modello o che lo hanno smarrito possono reperire il modello D 2009 non personalizzato sul sito Internet della Fondazione www.enpam.it o presso l'Ordine dei Medici di appartenenza.

La dichiarazione dei redditi soggetti a contribuzione presso la “Quota B” può essere effettuata in via telematica, sempre entro il suddetto termine, **previa registrazione** presso l'Area riservata del sito Internet della Fondazione www.enpam.it.

Il reddito soggetto a contribuzione presso la “Quota B” del Fondo Generale, da indicare nel modello D 2009, è quello derivante dall'esercizio, anche in forma associata, della professione medica e odontoiatrica, al netto delle spese sostenute per produrlo. Concorrono, altresì, a formare tale reddito anche i compensi, equiparati ai fini fiscali ai redditi di lavoro dipendente.

Gli Uffici della Fondazione provvederanno a determinare l'importo del contributo dovuto detraendo dal reddito dichiarato nel Modello D il reddito già assoggettato a contribuzione presso la “Quota A” del Fondo di Previdenza Generale. Il relativo pagamento dovrà essere effettuato in un'unica soluzione (non sono ammesse rateazioni) entro il **31 ottobre** del corrente anno e comunque non oltre il termine indicato sul bollettino MAV precompilato (pagabile presso qualsiasi Istituto di Credito o Ufficio Postale) che la **Banca Popolare di Sondrio** invierà in prossimità della suddetta scadenza a tutti gli iscritti tenuti al versamento. Unitamente al MAV sarà inviato un prospetto esplicativo del calcolo effettuato per determinare l'importo del contributo.

Il mancato ricevimento del bollettino non esonera dal pagamento del contributo. In tal caso dovrà essere contattata tempestivamente la Banca Popolare di Sondrio al numero verde: **800.24.84.64**.

Si ricorda, infine, che i contributi previdenziali – compresi quelli dovuti alla Quota B del Fondo Generale – sono interamente deducibili dall'imponibile fiscale, ai sensi dell'articolo 10, comma 1, lett. e), del Testo Unico delle Imposte sui Redditi (DPR 22 dicembre 1986, n. 917).

PENSIONATI DEL FONDO GENERALE E.N.P.A.M.

I pensionati del Fondo Generale sono esonerati d'ufficio dal versamento dei contributi e, di conseguenza, dall'invio del Modello D.

Essi, tuttavia, se titolari di reddito professionale, possono chiedere entro il **31 luglio 2009**, nell'apposito spazio previsto nel Modello D o con domanda in carta semplice, di essere ammessi al versamento del contributo nella misura intera del 12,50% o ridotta del 2%.

Le modalità di versamento del contributo e di invio del Modello D sono identiche a quelle previste per gli iscritti non pensionati.

CONTRIBUTO PROPORZIONALE RIDOTTO

La richiesta di contribuzione ridotta alla “Quota B” del Fondo Generale può essere presentata entro il **31 luglio 2009** dagli iscritti dotati di altra copertura previdenziale obbligatoria ovvero dai titolari di un trattamento pensionistico derivante da contribuzione previdenziale obbligatoria.

Qualora l'istanza venga presentata oltre tale termine, essa si intenderà riferita agli eventuali redditi professionali prodotti nell'anno 2009, i cui contributi saranno versati con l'aliquota del 2% nell'anno 2010; al contrario, il contributo relativo ai redditi prodotti nell'anno 2008 verrà calcolato nell'anno in corso in misura intera. Coloro che negli anni precedenti hanno regolarmente prodotto la predetta domanda non devono ripeterla.

In caso di perdita del diritto alla contribuzione ridotta, va indicata nell'apposita dichiarazione presente nel Modello D la data in cui sono venute meno le relative condizioni di accesso. L'iscritto decaduto dal diritto alla contribuzione ridotta può, comunque,

presentare una nuova domanda qualora torni in possesso dei requisiti.

Gli iscritti già ammessi alla contribuzione ridotta possono optare per il versamento del contributo nella misura intera del 12,50%. Tale opzione non è revocabile.

SANZIONI

Il vigente regime sanzionatorio, in caso di invio del Modello D oltre il termine del 31 luglio, prevede l'applicazione di una sanzione in misura fissa pari a € 120,00. Qualora il pagamento dei relativi contributi venga effettuato in ritardo è prevista:

- una sanzione in misura fissa pari all'1% del contributo, qualora il versamento sia effettuato entro 90 giorni dalla scadenza (entro il 29 gennaio 2010);
- qualora il versamento sia effettuato oltre tale termine, una sanzione, in ragione d'anno, pari al Tasso Ufficiale di Riferimento (T.U.R.) maggiorato di 5,5 punti, fino ad un importo massimo pari al 70% del contributo.

DICHIARAZIONE PER VIA TELEMATICA

Allo scopo di incrementare la trasmissione per via telematica dei redditi professionali e di accrescere il numero degli utenti che accedono ai diversi servizi offerti dal Portale Internet della Fondazione, nei plichi contenenti i modelli D/2009 personalizzati è stata inserita una parte della password necessaria per la registrazione agevolata all'Area riservata del sito www.enpam.it.

Per ricevere l'altra metà della password al proprio indirizzo di posta elettronica e completare la registrazione agevolata sarà sufficiente compilare il relativo modulo on-line, disponibile sul sito www.enpam.it.

L'inserimento di tale password nei plichi contenenti i modelli D/2009, ovviamente, non ha riguardato gli utenti già registrati. Ad essi, comunque, sono state comunicate le modalità di recupero dei dati necessari per l'accesso all'Area riservata, in caso di smarrimento degli stessi.

Per informazioni riguardanti la registrazione al Portale è possibile contattare: tel. 06.48.29.48.29 – sat@enpam.it.

Fondo SPECIALISTI ESTERNI

Obbligo del versamento del 2% da parte delle Strutture Accreditate

L'ENPAM informa di una situazione che si sta delineando in ordine all'applicazione dell'art. 1, comma 39, della Legge n. 243/2004, il quale ha istituito in campo alle società professionali mediche e odontoiatriche in qualunque forma costituite e delle società di capitali, operanti in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale, l'obbligo di versare al Fondo Specialisti Esterni gestito dall'ENPAM un contributo nella misura del 2% del fatturato annuo attinente alle prestazioni specialistiche rese nei confronti del medesimo SSN e delle sue strutture operative, senza diritto di rivalsa.

È giunta notizia all'ENPAM che alcune delle predette società, visti rigettati tutti i ricorsi presentati in opposizione a tale obbligo dinanzi a svariati Tribunali e constatato altresì che la stessa Corte Costituzionale ha dichiarato inammissibile la questione di incostituzionalità della norma prospettata dal giudice di merito, stanno prendendo l'iniziativa di far firmare ai Professionisti una clausola in base alla quale questi ultimi si obbligano ad accollarsi il contributo di cui sopra, versandolo alle società stesse, con cui intrattengono il rapporto contrattuale.

Tale iniziativa è da considerarsi del tutto illegittima, in quanto l'obbligo contributivo, essendo preordinato all'interesse generale e al dovere di solidarietà economica e sociale di cui all'art. 2 della Costituzione, è indipendente dalle prestazioni e prescinde da ogni valutazione di vantaggiosità previdenziale per gli stessi soggetti obbligati. Questi ultimi appartengono, in ragione del loro accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale, alla categoria degli erogatori dei servizi alla salute.

Già dal 2005 la Corte di Cassazione ha espresso il principio per il quale il rapporto intercorre direttamente tra le società accreditate e il S.S.N., e il Tribunale di Venezia ha recentemente confermato che le società indicate dalla Legge, con il loro rapporto di accreditamento, sono parte del sistema sanitario nazionale e dunque sono tenute direttamente ai doveri solidaristici stabiliti dalle norme vigenti.

Le obbligazioni contributive non possono venir "ribaltate" su soggetti diversi da quelli previsti dalla legge: l'imputazione del contributo sui singoli medici si configura, sotto il profilo legale, come evasione di un'obbligazione che incombe direttamente sulle società.

La nuova Polizza Sanitaria ENPAM

Per il periodo 1/6/2009 – 31/5/2010, l'ENPAM ha sottoscritto una nuova Convenzione per la polizza sanitaria, con la Compagnia di Assicurazione UNISALUTE Spa (che fa capo a Unipol Gruppo finanziario Spa).

La nuova polizza/convenzione prevede, per tutti gli attuali assicurati, il riconoscimento dell'anzianità di adesione in relazione alle malattie pregresse (cioè conosciute o diagnosticate prima dell'ingresso in polizza). Infatti la Compagnia Unisalute spa, nelle Condizioni di polizza, ha espressamente previsto che: *“Per gli aderenti già assicurati precedentemente dalla Convenzione ENPAM, ancorchè prestata da altra compagnia di assicurazione e preesistente alla presente polizza, si intendono esclusi i ricoveri /gli interventi / le prestazioni che siano la conseguenza di situazioni patologiche manifestatesi, cioè diagnosticate o curate, precedentemente alla data di prima adesione da parte di ciascun assicurato alla Convenzione ENPAM, ancorchè prestata da altra compagnia di assicurazione e preesistente alla presente polizza, senza soluzione di continuità o precedentemente alla data di successiva adesione qualora vi sia stata interruzione.”*

La nuova convenzione mantiene la stessa struttura della polizza precedente, seppure con alcune modifiche. La polizza, pertanto, garantisce il rimborso delle spese sostenute per:

- **Ricoveri con interventi chirurgici conseguenti a qualunque malattia o a infortuni;**
- **Ricoveri conseguenti ad alcuni Gravi Eventi Morbosi (come indicati nell'allegato A della polizza);**
- **Ricoveri per patologie oncologiche, senza intervento chirurgico.**

La polizza prevede tre diverse modalità di prestazioni da parte della Compagnia:

1. **Prestazione diretta:** cioè la possibilità di usufruire della rete di centri clinici ed équipes mediche convenzionate con UNISALUTE spa su tutto il territorio nazionale; senza anticipare denaro e senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.
2. **Prestazione indiretta:** cioè con ricovero in centri non convenzionati con la Compagnia. In questo caso l'assicurato anticiperà le spese alla clinica e chiederà poi il rimborso delle spese sostenute, che sarà effettuato con applicazione dello scoperto del 25% con il minimo di € 1.000,00. Per alcuni tipi di interventi (dettagliati nella polizza) è stato previsto un limite di rimborso: per questi interventi con limite di rimborso, non saranno applicati né scoperto né franchigia.
3. **Diariada ricovero:** per intervento chirurgico (o per grave evento morboso) in assenza di richiesta di rimborso di spese alla Compagnia (prevalentemente per ricoveri nel SSN). La diaria è corrisposta per massimo 30 giorni e sarà di € 200 per i primi 10 giorni e di € 100,00 per ulteriori 20 giorni (per ricovero con intervento chirurgico); e di € 100,00 per massimo 30giorni (per grave evento morboso).

Inoltre è stata introdotta una nuova garanzia, relativa alla **diaria giornaliera per ricovero da malattia** (se senza intervento chirurgico e non causato da Grave Evento Morboso) di € 65,00 per massimo 15 giorni.

Si fa presente inoltre che la nuova polizza prevede una formulazione più favorevole per il riconoscimento delle spese relative ai Gravi Eventi Morbosi, in quanto non è più richiesta un'invalidità permanente superiore al 66%.

I premi della nuova polizza:

1. **€ 270,00** se il medico o il superstite aderisce solo per se stesso
2. **€ 615,00** se il medico o superstite aderisce per sè e per il proprio nucleo familiare (se composto da una sola persona)
3. **€ 815,00** se il medico o superstite aderisce per sè e per il proprio nucleo familiare (se composto da due persone)
4. **€ 920,00** se il medico o superstite aderisce per sè e per il proprio nucleo familiare (se composto da tre persone)
5. **€ 990,00** se il medico o superstite aderisce per sè e per il proprio nucleo familiare (se composto da quattro o più persone)

MODALITA' DI ADESIONE

Gli attuali assicurati, dopo aver preso visione del testo della nuova Convenzione (pubblicato sul sito internet dell'ENPAM o sul Giornale della Previdenza) dovranno compilare e spedire il modulo di adesione **entro il 31/07/2009** (che riceveranno a casa unitamente al bollettino per il pagamento del premio) a:

FONDAZIONE ENPAM – Casella postale 7216 – 00100 ROMA NONENTANO

I nuovi aderenti, dopo aver preso visione del testo della polizza dovranno:

- compilare il modulo di adesione (disponibile sul sito ENPAM o sul "Giornale della Previdenza" o presso le sedi degli Ordini della propria città);
- Spedire il modulo a: FONDAZIONE ENPAM – Casella postale 7216 – 00100 ROMA NOMENTANO **entro e non oltre il 31/07/2009**;

Successivamente riceveranno il bollettino postale per il pagamento del premio che dovrà essere **pagato entro la data di scadenza indicata sullo stesso**.

PER ULTERIORI INFORMAZIONI

Sul sito della Fondazione sono scaricabili il testo della Nuova convenzione e l'elenco dei centri clinici convenzionati con Unisalute Spa e verranno pubblicate una serie di risposte alle domande più frequenti (FAQ).

Tutti gli iscritti potranno, inoltre, rivolgersi per ulteriori informazioni e chiarimenti al n. 0648294829 (tutto l'anno) o ai numeri 0648294885-856-587, via mail all'indirizzo di posta elettronica polizzasanitaria@enpam.it, per fax al n. 48294517, o al call-center 199168311 messo a disposizione della Società Previdenza Popolare (attivo dal 11/5/2009 al 31/07/2009 dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle 16.00 esclusivamente per informazioni circa le modalità di adesione).

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

ONAOSI

UFFICIO SERVIZIO SOCIALE DI PADOVA

È stato riattivato l'Ufficio di Servizio Sociale ONAOSI di Padova - Via Bergamo n. 21, competente per territorio per la nostra Provincia.

INFO: Assistente Sociale dott.ssa Luisa Bertiato. Tel. 049 8714980, Fax 049 8560071 - e-mail sociale.padova@onaosi.it

RESIDENZA MONTEBELLO PERUGIA

Loc. Montebello Strada Marscianese 49/G.

La residenza sarà aperta dal 1° maggio 2009 al 19 settembre 2009.

Potranno accedere i soli sanitari già contribuenti al momento della prenotazione.

AVVISI E BANDI DI CONCORSO

Case Vacanza per contribuenti e vedove/i di contribuiti.

Ammissione nelle strutture ONAOSI di laureati che frequentano corsi di formazione post-laurea per l'anno accademico 2009/2010.

Ammissione a pagamento di figli di sanitari contribuenti nei collegi universitari centri formativi e nei convitti di Perugia: **scadenza 6 agosto 2009**.

Assegnazione dei contributi domiciliari per la formazione post-lauream – anno accademico 2009/2010: **scadenza 28 febbraio 2010**.

Programma Start anno 2009/2010: **scadenza 10 novembre 2009**.

Gli interessati possono richiedere copia dei suddetti avvisi e bandi alla Segreteria dell'Ordine oppure scaricarli dal sito della Fondazione: **www.onaosi.it**

PRESCRIZIONE DIAGNOSTICI PER PAZIENTI DIABETICI

L'Unità Operativa Farmaceutica Territoriale dell'Azienda ULSS N. 7 con nota prot. n. 437/UOFT del 6.4.2009 rende noto che, a seguito di controlli effettuati sulle ricette AIR – Assistenza Integrativa Regionale – spedite dalle farmacie dell'ULSS 7 negli anni 2007-2008, sono emerse alcune irregolarità, dovute alle prescrizioni improprie di diagnostici per pazienti diabetici.

A carico di alcuni pazienti non insulino trattati sono risultate più strisce reattive per la determinazione della glicemia nell'arco dello stesso mese rivolgendosi anche al servizio di continuità assistenziale, approvvigionandosi di un quantitativo molto più elevato rispetto a quello spettante di diritto a carico del SSN (una confezione da 25 – fabbisogno bimestrale, una confezione da 50 – fabbisogno per tre mesi).

Nell'ULSS 7 di Pieve di Soligo, per decisione della Commissione Farmaceutica Consortile ex art. 10 DPR 8 luglio 1998 n. 371, si consente al Servizio di Continuità Assistenziale la prescrizione di una scatola di diagnostici per i pazienti affetti da diabete mellito.

Il ricorso al Servizio di Guardia Medica per la ricetta di diagnostici rapidi deve essere un fatto sporadico ed eccezionale, volto a supplire un'urgenza, e non un fenomeno abitudinario. È evidente che rivolgendosi a medici diversi e soprattutto al servizio di continuità assistenziale, chi prescrive non può avere un controllo sulle ricette precedentemente redatte a nome dello stesso paziente.

L'Unità Operativa Farmaceutica dell'ULSS 7 chiede di diffondere questa informativa affinché venga posta un'estrema attenzione alla prescrizione dei diagnostici per i pazienti diabetici, in particolare per i soggetti non insulino trattati e per quelli fuori ULSS e di sensibilizzare i medici del servizio di Continuità Assistenziale alla valutazione dell'effettiva emergenza della richiesta di strisce reattive limitando ai soli pazienti insulino trattati l'eventuale prescrizione in urgenza di una sola confezione di diagnostici.

SPORTELLLO INFORMATIVO LILT

La Sezione trevigiana della LILT ha istituito nel settembre 2007 uno "sportello di consulenza" sulle tematiche concernenti i diritti e le garanzie legislative per i pazienti oncologici.

Il consenso finora ricevuto dagli utenti è stato un elemento di stimolo a perfezionare sempre più tale servizio, che, da qualche tempo, può contare anche su una figura di riferimento per quanto attiene all'aspetto legale.

Dopo un anno di esperienza e di riflessione si sono meglio definiti gli obiettivi da perseguire:

promuovere, mediante un'opera di costante ricerca ed approfondimento, le conoscenze legislative che riguardano il paziente oncologico;

sensibilizzare ulteriormente le istituzioni che hanno il compito di tutelare la salute dei cittadini, e soprattutto i medici di medicina generale, che per il loro compito specifico sono i primi interlocutori di un'utenza bisognosa di particolare attenzione sul piano medico, psicologico e sociale.

Lo sportello informativo LILT è aperto ogni lunedì dalle 16.30 alle 18, previo appuntamento, presso la sede della LILT di Treviso in Via dell'Ospedale n. 1.

Per informazioni ed appuntamenti: tel. 0422 321855.



Corso per MEDICI dello SPORT



La F.M.S.I. - **Federazione Medico Sportiva Italiana** - Comitato Regionale Veneto organizza un Corso che tratta argomenti specifici come il doping, l'allenamento, le patologie da sovraccarico, assistenza gara etc.

Il corso sarà gratuito e si svolgerà a Padova i giorni 2 e 3 ottobre 2009 presso la sala Conferenze dell'Associazione Sportiva Canottieri (Stella d'Oro al Merito Sportivo), Strada Polveriera. 3G, 35142 Padova con i seguenti orari: venerdì 2 ottobre 18,30 - 22,30, sabato 9,00 - 18,30.

Per informazioni ed iscrizioni gli interessati possono prendere contatto con il Presidente Associazione Medico Sportiva di Treviso, dott. Michele Bucci. Le informazioni saranno presenti su <http://amspd.it/>

- Recapiti:
- Presidente Comitato Regione Veneto Federazione Medico Sportiva Italiana F.M.S.I.-C.O.N.I.
Dott. Lorenzo Spigolon - Via S. Crescini 96 - 35126 Padova
Tel. 049 750976 Fax 049 7964889 cell. 339 3991880 e-mail spigolon.l@tiscali.it
 - Presidente Associazione Medico Sportiva Treviso F.M.S.I.-C.O.N.I.
Dott. Michele Bucci - 338 7847900 e-mail mi.bucci@libero.it
 - Delegato CONI FMSI Treviso, **Dott.ssa Luisa D'Aliessi** - 340 2550917

ASSOCIAZIONE MEDICI TENNISTI ITALIANI

CAMPIONATI MONDIALI - Helsinky, 11-17 luglio 2009 -

Dall'11 al 17 luglio 2009 si svolgerà a Helsinky (Finlandia) il 39° torneo mondiale di tennis medici organizzato dalla WMTS "WORD MEDICAL TENNIS SOCIETY".

Per tale evento sono previsti oltre 500 medici partecipanti provenienti da tutto il mondo.

La squadra italiana tennis medici (composta da Ajuti, Cellini, Dorigotti, Franceschetto, Frugoni, Gualandi e Radogna) nel 2008 ad Umago ha vinto il campionato mondiale a squadre... ad Helsinky deve difendere il titolo per poter detenere un altro anno la prestigiosa Coppa delle Nazioni... abbiamo pertanto bisogno della vostra partecipazione e del vostro tifo... Per l'iscrizione e la prenotazione alberghiera online è necessario consultare il sito web www.wmts2009.com e-mail: micaela.hernberg@pp.inet.fi

CAMPIONATI ITALIANI - Milano Marittima (RA), 22-29 agosto 2009 -

Dal 22 al 29 agosto 2009 si svolgerà a Milano Marittima (RA) il 38° campionato nazionale di tennis per medici e odontoiatri italiani.

Per tale evento sono previste gare di campionato, di contorno e tabelloni di consolazione ed è inoltre occasione per una settimana di relax e mare con la famiglia.

Le iscrizioni al torneo dovranno pervenire (via Posta o via Fax) entro il 14 agosto 2009 alla Segreteria del Torneo presso il New Country Club via Acqua Acetosa Anagnina, 2 00044 FRASCATI (RM) tel. e fax 06. 940.92.43 06.940.92.44

Per l'iscrizione e la convenzionata prenotazione alberghiera online consulta il nostro sito web www.tennismedici.com (area download).

Per entrambi gli eventi sono previsti una infinità di tabelloni per tutte le età e tutti i livelli di gioco, ma soprattutto è l'interesse per lo scambio amicale e culturale a rendere particolari questi appuntamenti annuali. Vi aspettiamo!

Paolo Frugoni

- consigliere nazionale AMTI-delegato rapporti FNOMCeO -
paolofrugoni@tiscali.it - www.tennismedici.com



Notizie dalla FEDERSPEV di Treviso

L'attività del nostro **ambulatorio** prosegue anche se, ovviamente, con un ritmo meno sostenuto, ed io mi auguro continui sempre così, sperando bene che certe proposte inammissibili nella nostra civile provincia non abbiano un seguito.

Quest'anno ci sarà soltanto la **gita Regionale**, alla fine di settembre, dato il ridotto numero di adesioni ottenuto lo scorso anno alla due gite proposte.

Di seguito troverete il **programma del primo semestre**: spero tanto che le nostre scelte incontrino il vostro gradimento e che - salute e nipoti permettendo - partecipiate in tanti.

A partire da marzo, per due pomeriggi al mese ci sarà una persona a vostra disposizione per dirimere dubbi agli utilizzatori già abili del computer, o per aiutare nei primi, e anche nei secondi passi, coloro che intendessero entrare in questo nuovo modo di comunicare. Naturalmente il servizio sarà gratuito, e per mettere a punto le modalità ecc. è indispensabile la vostra collaborazione. Le vostre opinioni, proposte, esigenze sono indispensabili per dar vita a questo nostro programma:

Sia io (tel. 0422 303362 - anche segreteria telefonica - 347 4008077) che la nostra Tesoriera Sig.ra Rosanna Meleleo (tel. 0422 582254) siamo a vostra completa disposizione.

INIZIATIVE SVOLTE NEL 1° SEMESTRE 2009 - SEZIONE FEDER.S.P.EV. DI TREVISO

GIOVEDÌ 26 FEBBRAIO: Gita a Possagno - Gipsoteca e Mostra canoviane - Pranzo al Ristorante "alla Torre" di San Zenone degli Ezzelini.

Visita alla Villa Barbaro - nell'anno Palladiano - a Maser;

Ritrovo alle ore 10 a Possagno alla Gipsoteca che raggiungeremo ognuno con il proprio mezzo (per gli appiedati rivolgersi alla Presidente tel. 347 4008077 - 0422 303362 (anche segreteria telefonica) oppure alla Tesoriera tel. 0422 582254.

Costo della gita € 45,00.

MERCOLEDÌ 18 MARZO: A Vicenza - Mostra a Palazzo Leoni delle Icone Russe - Visita al Teatro Olimpico - Pranzo al Ristorante "ai due schioppi"

Se oltre 20 iscritti: Pullman;

VENERDÌ 15 MAGGIO: A Trieste - visita alla città e al Museo Revoltella - Pranzo di pesce a Muggia e giro per il borgo.

Se oltre 20 iscritti: Pullman

GIOVEDÌ 11 GIUGNO: Visita a Bergamo: città alta, Cappella Colleoni - Duomo ecc.

Se più di 20 iscritti: Pullman

Le nostre visite sono sempre accompagnate da un'esperta guida

La presidente

Dott.ssa Maria Luisa Fontanin

La dottoressa Maria Luisa Fontanin, Presidente della Sezione FEDERSPEV di Treviso, desidera ringraziare la Presidente dottoressa Sara Tabbone e le colleghe socie dell'A.I.D.M. di Treviso che l'hanno scelta per la prima Edizione del prestigioso premio "Donna di Medicina" consegnatole il 27 marzo 2009.

Ringrazia ugualmente i colleghi amici Presidenti ed i soci Federspev di Treviso che in questa occasione le hanno permesso di maggiormente aiutare i bambini della "cresci" dell'Hospital San Francisco de Assis a Bambui (M.G. Brasile).

Ricerca Medici

- ❑ **Comune di Treviso** cerca per l'estate 2009 medici accompagnatori per anziani per soggiorni climatici (località marine, montane e termali).
I turni hanno la durata ciascuno di 14 giorni, le spese di vitto e alloggio sono a carico del Comune che riconoscerà al medico un rimborso spese forfettario di € 85,00 al giorno.
INFO: Comune di Treviso - Tel. 0422-658403 e 0422-658639 - Fax 0422-658580
- ❑ **Croce Rossa Italiana - Comitato Provinciale di Treviso** cerca medici per collaborazione occasionale in occasione di manifestazioni sportive e, con disponibilità immediata, anche per trasporto infermi.
INFO: Croce Rossa Italiana - Tel. 0422 3131 - Fax 0422 313250
- ❑ **Gi Group SpA Divisione Medical (agenzia per il lavoro)** ricerca 15 medici con specializzazione in medicina e chirurgia d'urgenza e d'emergenza o altra specializzazione con esperienza maturata comunque nel settore delle emergenze per lavoro in Veneto part-time e/o full-time.
INFO: medical@giresearch.it - www.giresearch.it
- ❑ **Medicasa Italia S.p.A.** ricerca Medici (anche part-time) per reperibilità diurna e notturna e visite mediche domiciliari nell'ambito dell'attività di ADI svolta in collaborazione con l'ULSS N. 9 di Treviso.
INFO: Dott. Merico 3358287033 - 042257391
- ❑ **Mente e Corpo s.r.l. di Treviso - Centro Benessere e Dimagrimento** cerca un medico per effettuare visite mediche (almeno una volta la settimana) presso la loro sede, di idoneità sanitaria all'utilizzo di prodotti naturali per trattamenti dimagranti.
INFO: Mente e Corpo s.r.l. - Tel. 0422 1725906
- ❑ **Nuove Frontiere Lavoro S.p.A. (agenzia per il lavoro)** ricerca urgentemente medici con specializzazione in chirurgia d'urgenza da collocare presso Pronto Soccorso e punti di primo intervento nelle località balneari in provincia di Venezia.
INFO: selezionetreviso@nuovefrontierelavoro.it - www.nuovefrontierelavoro.it - Fax 0422 549504
- ❑ **Policlinico San Pietro di Ponte San Pietro (BG)** cerca urgentemente medici ginecologici da inserire nell'U.O. di Ostetricia e Ginecologia, Pronto Soccorso, Servizio di Fecondazione Assistita. Gli interessati possono inviare il proprio curriculum a mezzo e-mail o fax.
INFO: Policlinico San Pietro - Tel. 035 604258 - Fax 035 4376115 - E-mail: info.psp@grupposandonato.it
- ❑ **Resourcing** cerca odontoiatri interessati a trasferirsi per **lavoro permanente nel Regno Unito**.
Nel sito dell'Ordine www.ordinemedicitreviso.org è disponibile il testo completo dell'offerta.
- ❑ **Terme di Levico e Vetriolo** cercano urgentemente medici per la stagione 2009 presso il Palazzo Terme di Levico, lo stabilimento di Vetriolo e lo stabilimento termale del Grand Hotel.
INFO: Dott.ssa Francesca Fornasini - direzione.sanitaria@termedilevico.it - info@termedilevico.it
Tel. 0461706481 - 3336628495
- ❑ **Terme di Recoaro SpA** cerca medici per la stagione marzo-settembre 2009 presso lo stabilimento Termale di Recoaro Terme (VI) - Via Fonti Centrali.
INFO: Terme di Recoaro - Tel. 0445 75006 - 0445 75016 - Fax 0445 75025
- ❑ **Umana S.p.A.** ricerca per Azienda ospedaliera pubblica in provincia di Venezia n. 20 medici con specializzazione in chirurgia d'urgenza o con esperienza maturata comunque nel settore delle emergenze per inserimento immediato, con inquadramento come da vigente contratto nazionale sanità pubblica.
INFO: sanita@umana.it - tel. 041 2587311

Appuntamenti scientifici

MAGGIO – OTTOBRE 2009

maggio/ottobre 2009

CORSO NAZIONALE 2009 DELLA SCUOLA SPECIALE DI CHIRURGIA SENOLOGICA.

Sedi del corso: Ancona, Conegliano, Forlì, Milano, Trento.

Richiesti crediti ECM

Segreteria scientifica: Dott. Paolo Burelli – U.O. Chirurgia Conegliano

Tel. 0438 8663345 – e-mail: paolo.burelli@ulss7.it

Segreteria organizzativa: tel. 049 8809963 – 3407577361 – fax 049 8826246

19 settembre 2009 ore 8,15

RECENTI ACQUISIZIONI IN ODONTOIATRIA

presso Sala Riunioni Ospedale di Castelfranco Veneto

organizzato dall'U.O. Complessa di Odontostomatologia ULSS N. 8 Castelfranco Veneto-Montebelluna

Richiesti crediti ECM

INFO: 0423-732171

26 settembre 2009 ore 9,00

DISTURBI MENTALI GRAVI, QUALI SONO, COME ORIENTARSI, QUALI LE CURE

Sede da definire

Continuano gli incontri fra Dipartimento di Salute Mentale e Medici di Medicina Generale.

I temi saranno:

La terapia

La gestione del paziente psichiatrico

TSO e ASO

La presa in carico da parte dei medici di medicina generale dopo la dimissione

Relatori: dott. Gerardo Favaretto Primario di psichiatria e dott. Moreno De Rossi

Segreteria Comitato Scientifico:

dott.ssa A.Farina (tel. 0422 411050) – dott. U.De Conto (0422 904129)

Richiesti crediti ECM

6 novembre 2009 ore 8,30

PROBLEMATICHE CLINICHE IN GINECOLOGIA PEDIATRICA ED ADOLESCENZIALE

presso Castello San Salvatore di Susegana

Organizzato dall'U.O. di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale di Conegliano

Richiesti crediti ECM

INFO: 049-8033666

Introduzione

Ho ritenuto richiedere ai Colleghi della III Chirurgia di Treviso di inviarmi una breve relazione sul Congresso Nazionale sulla Day Surgery che è si è tenuto nella nostra Provincia.

Con questo articolo si apre una rubrica dedicata ad eventi Congressuali o Scientifici di livello nazionale o internazionale che si svolgano nel nostro territorio per condividere con tutti i medici iscritti all'Ordine i traguardi raggiunti e le nuove linee di sviluppo che spesso vedono nostri colleghi protagonisti dell'innovazione clinica e scientifica.

Per segnalare eventi, Congressi nazionali /internazionali ed eventuali articoli di sintesi rivolgersi al Segretario dell'Ordine: ordmedtv@iol.it.

Il Segretario dell'Ordine dei Medici
Dott. Daniele Frezza

Gli attori, la scena, l'ora. XIV CONGRESSO NAZIONALE S.I.C.A.D.S.

Presidente : Giuseppe Di Falco

Coordinatore Scientifico: Davide Pozzobon

Nelle giornate del 22-23-24 Aprile 2009 si è svolto presso il Centro Congressi Villa Fiorita a Monastier di Treviso, il XIV Congresso Nazionale della Società Italiana di Chirurgia Ambulatoriale e Day Surgery

La cerimonia di apertura svoltasi presso il Teatro Comunale ha visto la partecipazione di interlocutori d'eccezione come il Ministro del Welfare - Salute e Politiche Sociali on. Maurizio Sacconi, l'Assessore Regionale Veneto alla Sanità Sandro Sandri, il Direttore Generale dell'Azienda U.L.S.S. 9 Claudio Dario ed il Presidente di Unindustria-Treviso Alessandro Vardanega, impegnati nella discussione di tematiche organizzative in ambito chirurgico e sociale di estremo interesse ed attualità.

Da parecchi anni l'attenzione dell'Azienda Sanitaria Trevigiana e an-

che del Primo Dipartimento Chirurgico diretto dal Dott. Giuseppe Di Falco, si è indirizzata verso la promozione del modello organizzativo di Day Surgery, con la istituzione di percorsi totalmente autonomi rispetto alla Chirurgia in regime di ricovero ordinario, con l'istituzione di una Unità Operativa Semplice Dipartimentale di Day Surgery, e con processi codificati nell'ambito di un Sistema di Gestione per la Qualità.

Ma il rationale nell'adottare e sviluppare un modello di Day Surgery, non si esaurisce solamente nell'interesse dei Pazienti candidati ad intervento in regime di ricovero breve, ma mira anche a contribuire ad una appropriata re-distribuzione di risorse a vantaggio dei Pazienti portatori di patologie di maggiore impegno dal punto di vista chirurgico/assistenziale o di problemati-

che come per esempio le malattie croniche cerebro-vascolari-metaboliche e la non autosufficienza, soprattutto in una Società come la nostra che sta, come noto, progressivamente invecchiando.

Evidentemente tale obiettivo non può prescindere da una riqualificazione dell'offerta della attività ospedaliera, volta alla individuazione e alla promozione di modelli assistenziali a minor assorbimento di risorse, pur, naturalmente, ferma restando la capacità di realizzare un ottimale livello di qualità della prestazione erogata, anche tramite l'utilizzo delle tecnologie più avanzate, delle più moderne acquisizioni farmacologiche e di una adeguata rete di supporto che, abbinata ad una pratica tecnico-professionale di eccellenza, consenta la dimissione precoce del Paziente.

La partecipazione all'Evento è stata significativa ed a carattere multidisciplinare/multiprofessionale con Chirurghi, Medici di Medicina Generale ed Infermieri provenienti da varie zone della nostra Penisola.

Dalle varie sessioni e tavole rotonde è fondamentalmente emerso il concetto che, per motivi di efficienza ed efficacia e con le precise indicazioni, la Day Surgery si proporrà certamente come il "gold standard" fra i modelli assistenziali chirurgici del prossimo futuro.

L'affermarsi di questa nuova "filosofia organizzativa" impone, però, anche la re-discussione dei ruoli all'interno del processo di cura.

Il Paziente, da oggetto della prestazione, ne diviene Soggetto attivo, Attore principale del processo assistenziale, tanto che il suo coinvolgimento e la sua collaborazione risultano determinanti per la buona riuscita di un programma strutturato in modo tale da prevedere un ridotto tempo di contatto con l'Ospedale ed un precoce rientro nella vita di società da parte del Paziente stesso.

In definitiva, tutti gli Attori di questo nuovo modo di intendere l'ospedalizzazione, la Scena logistico-ambientale e culturale in cui si svolge e l'Ora intesa non solo come fattore temporale condizionante la piena riuscita del programma ma anche come occasione per puntualizzare lo stato attuale dell'arte sull'argomento ed i possibili sviluppi futuri, sono stati i protagonisti del Convegno che proprio da queste considerazioni trae ispirazione e titolo.

In quest'ottica, ha avuto, inoltre, un importante significato il coinvolgimento di Enti, Istituzioni ed Associazioni (in particolare appartenenti al mondo del lavoro ed i cui Rappresentanti hanno direttamente partecipato ai lavori congressuali) non tradizionalmente e direttamen-



te interessate ai fatti sanitari, ma consapevoli della necessità di una fattiva collaborazione fra tutte le componenti della Società, in vista di un continuo miglioramento del servizio offerto all'Utenza.

Alle tematiche organizzative si sono, naturalmente, affiancate quelle tecnico-specialistiche che hanno beneficiato, tra gli altri, della partecipazione di Chirurghi di fama mondiale come il Prof. Parviz Amid di Los Angeles ed il Prof. Bruno Roche di Ginevra.

I Congressisti, come si diceva provenienti da varie parti d'Italia,

hanno anche molto apprezzato l'ospitalità Trevigiana e l'attenzione a loro rivolta al di là del puro Evento scientifico, con una significativa partecipazione al programma sociale (visite guidate alla Città di Treviso, alle bellezze naturali ed architettoniche della nostra Provincia) ed in particolare alla serata di gala svoltasi al Teatro Comunale con un Trevigiano di eccezione come ospite: Red Canzian dei Pooh.

Davide Pozzobon

Progetto per l'attuazione della Legge regionale n. 34 del 2007: "Norme in materia di tenuta, informatizzazione e conservazione delle cartelle cliniche e sui moduli di consenso informato"

Deliberazione Giunta Regionale n. 3889 del 9.12.2008

BUR n. 2 del 6.1.2009

Modalità attuative della procedura di riconoscimento al pediatra titolare il trattamento economico corrisposto direttamente al pediatra sostituito. ACN per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, rec. Con Intesa Conferenza Stato/Regioni Rep. 2396 del 15.12.2005 e Accordo regionale di cui alla Dgr n. 2667 dell'8.9.2006.

Deliberazione Giunta Regionale n. 4176 del 30.12.2008

BUR n. 9 del 27.1.2009

Adeguamento del Fondo per la gestione delle quote variabili dell'ACN per la Medicina Generale del 2005, in attuazione del Progetto Cure Primarie 2008/9. Dgr n. 662 del 18 marzo 2008.

Deliberazione Giunta Regionale n. 4170 del 30.12.2008

BUR n. 9 del 27.1.2009

Approvazione schema Piano Attuativo Locale per le Cure Primarie, in attuazione del Progetto Cure Primarie 2008/9. Dgr n. 662 del 18 marzo 2008.

Deliberazione Giunta Regionale n. 4172 del 30.12.2008

BUR n. 9 del 27.1.2009

Istituzione della rete integrata per la gestione e il trattamento dell'ictus in fase acuta nella Regione Veneto.

Deliberazione Giunta Regionale n. 4198 del 30.12.2008

BUR n. 9 del 27.1.2009

Riconoscimento della pregressa anzianità maturata presso l'amministrazione di provenienza per coloro che optano per un rapporto di lavoro di specialista ambulatoriale. ACN per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, veterinari e altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi), recepito con Intesa Stato-Regione del 23.03.2005 rep. n. 2272 – art. 23, comma 1, lett.1).

Deliberazione Giunta Regionale n. 199 del 3.2.2009

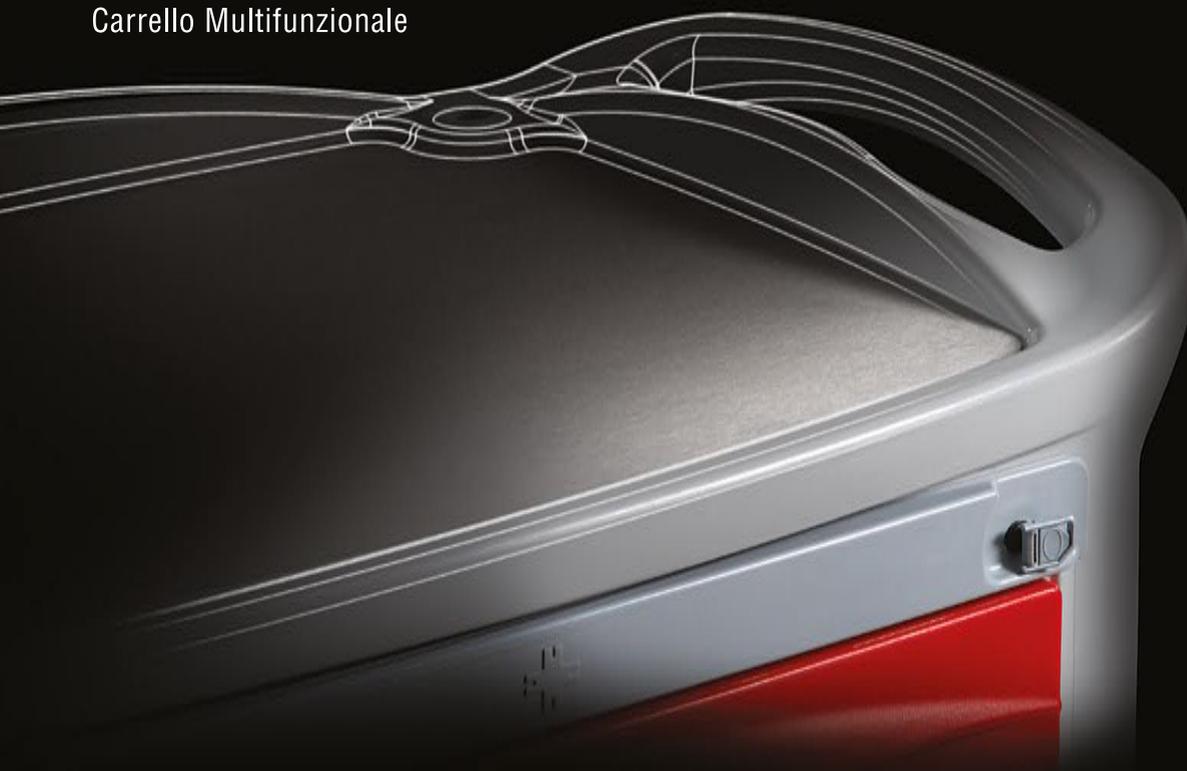
BUR n. 17 del 24.2.2009

Dgr n. 4532 del 28/12/2007, Direttive per la razionalizzazione dei Centri regionali di Riferimento e dei Centri regionali Specializzati. Coordinamento Regionale per la Medicina Convenzionata di Assistenza Primaria. Attuazione Dgr n. 4174 del 30.12.2008. Nomina coordinatore e finanziamento attività 2009.

Deliberazione Giunta Regionale n. 1284 del 5.5.2009

BUR n. 43 del 26.5.2009

Over-Tour Carrello Multifunzionale



novafidea.it



Il pensiero **Favero Health Projects** si evolve in tecnologia e trasforma le idee in un progetto reale.

La nuova serie di carrelli Over-tour è frutto di un'attenta ricerca sui colori, sull'ergonomia e la leggerezza.

Lavabili e disinfettabili con facilità, permettono diverse camaleontiche configurazioni variando gli accessori a seconda delle necessità e soddisfacendo così tutti i requisiti e le potenzialità della sperimentazione.

Un ulteriore progetto che rafforza la propria mission: **migliorare la qualità di vita dei pazienti e la qualità del lavoro di chi li assiste.**

Da oltre cinquant'anni con tecnica e passione.

Favero Health Projects:
progetti per la vita, dalla neonatologia alla terza età.

NdR: la ditta Favero Health Projects ha contribuito ad arredare la sala conferenze dell'Ordine.

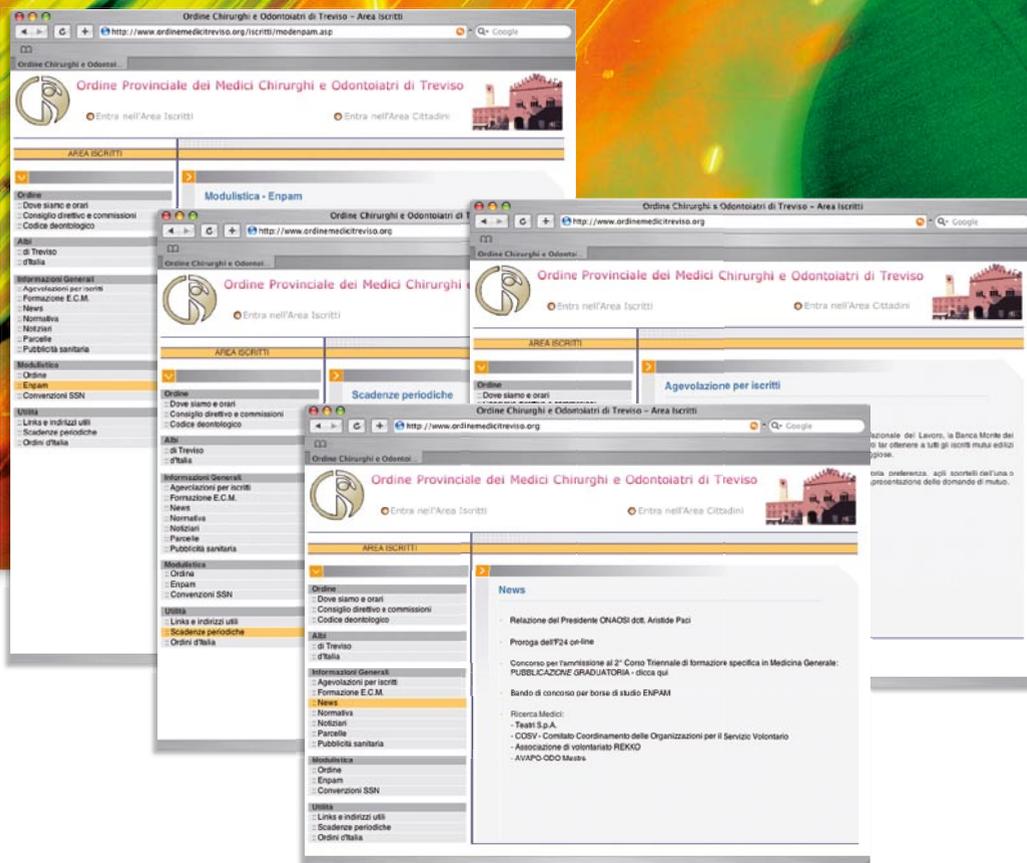
 **Favero Health Projects**

Favero Health Projects Spa
Via Schiavonesca Priula, 20
31044 Biadene di Montebelluna
Treviso - Italy

Tel +39 0423 6125
Fax +39 0423 612680

info@favero.it
www.favero.it
www.hospitalfavero.com

Collegati con L'Ordine



consulta il sito

www.ordinemedicitreviso.org

per avere tutte le notizie e le informazioni