



# L'Ordine

di Treviso

Anno XXIV - N° 1/2016 | Direttore: Luigino Guarini | 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

## XXII Giornata del Medico



XXII Giornata del Medico

01  
2016

- Editoriale del Presidente
- XXII Giornata del Medico
- ENPAM: Modello D entro il 31 luglio 2016
- Servizi gratuiti per gli iscritti all'Ordine di Treviso

## ■ Attività e comunicazioni dell'Ordine

- 03 L'Editoriale del Presidente
- 04 XXII Giornata del Medico
- 11 Certificazione Medica per attività sportiva
- 14 Commissione Giovani Medici – 3° Episodio Manuale di sopravvivenza
- 16 Appunti sull'Incontro dell'Ordine del 5.3.2016  
"Il RISCHIO DEL PROFESSIONISTA Medico: prevenire, gestire, assicurare"
- 19 Cure Palliative: quando il cane migliora la qualità della vita – un'esperienza di pet therapy
- 22 Interviste ai Relatori dei corsi CAO:
  - 22 - Complicanze da ipertensione, difosfonati, infezione e anticoagulanti in Odontoiatria
  - 25 - Importanza dell'analgesia nel trattamento olistico del paziente odontoiatrico
  - 26 - Cisti e tumori delle ossa mascellari
- 28 Contributo annuale di iscrizione all'Ordine
- 28 Studi dentistici aperti nel mese di agosto
- 29 Servizi gratuiti offerti dall'Ordine ai propri iscritti
- 31 Recensioni
- 32 Variazioni agli Albi

## ■ Comunicazioni da FNOMCeO

- 34 Dichiarazioni anticipate di trattamento: la FNOMCeO in audizione alla Camera
- 35 Regolamento FNOMCeO 2016 per il sostegno finanziario a iniziative per la formazione e l'aggiornamento di medici e odontoiatri da inviare nei Paesi in via di Sviluppo

## ■ Previdenza

- 36 ENPAM: Modello D entro il 31 luglio

## ■ Riceviamo e pubblichiamo

- 42 Associazione Italiana Donne Medico- Sezione di Treviso
- 43 REGIONE VENETO Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 331 del 30.12.2015 di approvazione del Documento "Medicinali Biosimilari" e indicazioni per il loro acquisto



**L'Ordine**  
di Treviso

### DIRETTORE RESPONSABILE

Dott. Luigino Guarini

### CONSIGLIO DIRETTIVO

#### Presidente

Luigino GUARINI

#### Vice Presidente

Brunello GORINI

#### Segretario

Giuseppe DAL POZZO

#### Tesoriere

Gaetano Giorgio GOBBATO

#### Consiglieri

Annalisa BETTIN  
Diego CODOGNOTTO CAPUZZO (Odontoiatra)  
Stefano CUSUMANO  
Gerardo DECATALDO  
Gianfranco DOTTO (Odontoiatra)  
Luigi FAGGIAN  
Renzo MALATESTA  
Roberto MARCELLO  
Pio MARTINELLO  
Claudio PASTORE  
Aurelio PIAZZA  
Francesco PRAVATO  
Sabina VILLALTA

#### Collegio Revisori dei Conti

Effettivi  
Silvia DAL BÒ Presidente  
Andrea CAMAROTTO  
Enrica FRANCESCHINI  
Supplente  
Michele BAFFA

#### Commissione Albo Odontoiatri

Gianfranco DOTTO Presidente  
Michele CARUSO  
Diego CODOGNOTTO CAPUZZO  
Fabio MARCUZZO  
Angelo UZZIELLI

# Segreteria

## L'Ordine di Treviso

31100 Treviso - Via Cittadella della Salute n. 4

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

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

## Orario di apertura al pubblico

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

**Nel mese di agosto: dal lunedì al venerdì dalle ore 10:00 alle ore 13:00  
Dal 15 al 19 agosto 2016 gli uffici di segreteria rimarranno chiusi**

## L'editoriale del Presidente

La “Giornata del Medico” per me è sempre un avvenimento speciale. Comincio a pensarci già mesi e mesi prima, con quel vago senso di ansia e preoccupazione che è tipico del “padrone di casa” che deve organizzare un ricevimento e vorrebbe che tutto fosse assolutamente perfetto.

Indubbiamente, tra i vari incontri “istituzionali” dell’Ordine, l’evento della “Giornata del Medico” è quello che contiene i momenti di maggiore solennità e *πάθος*. Sarà perché si festeggiano dei traguardi importanti della professione come il pensionamento o i 50 anni di laurea, sarà per la solennità del Giuramento di Ippocrate dei giovani Colleghi oppure sarà per la presenza di parenti ed amici che contribuiscono a creare la cornice ed il clima delle grandi occasioni, ma davvero per me è sempre un momento carico di emozione.

Quest’anno lo è stato particolarmente poiché il tema scelto per la “XXII Giornata del Medico” era la storia degli ultimi 30 anni del nostro Ordine, raccontata dalla viva voce dei suoi ultimi cinque *past-President*. Io mi sono affiancato a loro nell’illustrare i momenti più salienti dell’attuale mandato, parlando cioè di quello che potremmo definire il “presente” dell’Ordine di Treviso. Infine la Dott.ssa Franceschini, coordinatore della Commissione Giovani Medici, ha parlato del rapporto che hanno con l’Ordine i nostri giovani Colleghi che sono appunto il “futuro” dell’Ordine.

Nelle intenzioni è voluto essere **un breve racconto a più voci di fatti, aneddoti e curiosità**. Insomma, una sorta di “*amarcord*” che ci ha tramandato un po’ della memoria storica del nostro Ordine e ci ha permesso nel contempo di lanciare uno sguardo fugace rivolto al futuro. Il tutto quasi come un simbolico passaggio di testimone tra varie generazioni di medici trevigiani.

Purtroppo gli imprevisti, sempre in agguato, non hanno permesso al Prof. Giannantonio Arrigoni (Presidente per 3 mandati dal 1985 al 1993) ed al Dott. Giuseppe Favretto (Presidente per 2 mandati dal 2009 al 2014) di essere presenti alla cerimonia. I punti salienti dei tre mandati del Prof. Arrigoni sono stati rievocati dalla lettura che il Segretario Dott. Dal Pozzo ha fatto di uno scritto appositamente inviato all’Ordine dallo stesso Prof. Arrigoni. Inoltre il suo immediato successore, il Dott. Tessari, ha completato il ricordo di quegli anni con il racconto di altri fatti e circostanze di cui egli era a conoscenza e che hanno contribuito a meglio ricostruire quel determinato periodo.

Analogamente a me è toccato il compito di ripercorrere gli anni dei due mandati del Dott. Favretto, perlomeno limitatamente a quegli aspetti più importanti dei quali il sottoscritto, all’epoca Presidente della Commissione Albo Odontoiatri, poteva essere a conoscenza, per la cui lettura rinvio alle pagine successive.

Arriviamo così al mio mandato del quale ho voluto intanto fornire un breve resoconto dell’attività formativa fin qui svolta, vero “fiore all’occhiello” dell’operato di questo Consiglio Direttivo per qualità e numero di eventi finora organizzati.

Successivamente ho voluto ripercorrere la prima metà del mio mandato **mostrando ai presenti una sorta di «rassegna stampa» dei momenti più salienti**, un po’ quasi come sfogliare un album di fotografie recenti che non sono state ancora sbiadite ed ingiallite dal tempo.

Nell’attività di un Ordine dei Medici sono ovviamente prioritari il **ruolo** e l’**attività istituzionale** che ovviamente si esplicano senza clamore, né squilli di tromba. Personalmente ritengo tuttavia altrettanto importante la presenza di una certa **visibilità mediatica** che ha a mio parere una duplice funzione:

- di inviare **messaggi politici nel merito del governo della professione**
- di **rappresentare per i cittadini una guida affidabile**, neutrale e rigorosa nell’informazione su questioni di interesse per la salute pubblica.

Per questi motivi, da parte mia personale e di tutto l’attuale Consiglio dell’Ordine, si è sempre cercato di dare la massima visibilità alla **sofferenza** ed alle **problematiche della professione medica**, consapevoli in questo di interpretare il sentire di tutti i Colleghi, dai più giovani ai più “maturi” ed affermati.

E’ seguita una carrellata di slide con vari ritagli di quotidiani locali. Per ognuna ho voluto ricordare il senso dell’intervento sulla stampa riassumendone il contenuto. Gli argomenti erano di volta in volta tra i più cogenti per la nostra professione: dal **decreto Lorenzin sull’appropriatezza prescrittiva**, alla denuncia del **malessere della professione medica** (per la quale si era organizzata anche una conferenza stampa con alcune interviste televisive), allo **sciopero dei medici del 16 dicembre u.s.**, al problema delle **vaccinazioni** e dei **medici antivaccinisti**, a quello delle **competenze delle professioni sanitarie non mediche**. Il tutto non già per sciorinare una presunta bravura ed efficienza (che peraltro sarebbe stata solo autoreferenziale), quanto semmai per informare anche i Colleghi più distratti che **l’Ordine dei Medici di Treviso è sempre vigile e presente su tutte le questioni che possano riguardare o anche solo interagire con la nostra nobile professione.**



Dott. Luigino Guarini

Il Presidente dell’Ordine  
Dott. Luigino Guarini

## XXII Giornata del Medico

# La storia dell'Ordine dei Medici di Treviso...



## ...raccontata dai suoi Presidenti



Sabato 28 maggio 2016 alle ore 9:15 presso il Park Hotel Villa Fiorita di Monastier (TV) abbiamo celebrato la tradizionale "Giornata del Medico giunta alla sua ventiduesima edizione. Tema del convegno di apertura è stata la Storia dell'Ordine dei Medici di Treviso raccontata dai suoi Presidenti.

La cerimonia è iniziata alla presenza del Vice Prefetto Vicario Dr. Pietro Signoriello che ha portato il saluto del Prefetto, del Col. Ruggiero Capodivento, Comandante Provinciale dei Carabinieri di Treviso e del Magg. Vincenzo Nicoletti, Comandante del NAS di Treviso.



Dopo una breve presentazione del Presidente dott. Luigino Guarini e del Presidente della Commissione Albo Odontoiatri Dott. Gianfranco Dotto, si sono alternate le relazioni dei past Presidents dell'Ordine Dott. Giangiaco Tessari, Brunello Gorini, Domenico Stellini, fino ad arrivare ad oggi. Non hanno potuto presenziare, per motivi di salute, il Prof. Giannantonio Arrigoni ed il Dott. Giuseppe Favretto dei quali viene pubblicato ugualmente un'estratto.

### **Prof. Giannantonio Arrigoni**

**Presidente dal 1985 al 1993**

*Il Segretario Dott. Giuseppe Dal Pozzo ha dato lettura della relazione del Prof. Giannantonio Arrigoni, assente per motivi di salute.*

"Il collega Arrigoni, già Presidente dell'Ordine negli anni dal 1985 al 1993, dopo un breve cenno ai sacrifici ma anche alle soddisfazioni che la gestione dell'Ordine comporta nell'operare per il bene e la dignità della professione medica, ha voluto ricordare, fra i tanti colleghi incontrati e conosciuti, la figura particolarmente luminosa del dott. Enrico Reginato, medico di Treviso (del quale ricorre quest'anno il 25° dalla sua scomparsa, che fu uno dei 200.000 militari italiani mandati, nel 1942, a combattere nella famigerata campagna di Russia. Caduto quasi subito prigioniero il dott. Reginato sopravvisse a 12 anni di prigionia in vari lager nell'Unione Sovietica, sempre fornendo la sua opera di medico a favore dei suoi compagni di sventura, in condizioni spaventose per la carenza di tutto.

A ricordo della figura particolarmente luminosa del dott. Reginato, il dott. Arrigoni ha



avanzato la proposta al Consiglio dell'Ordine che gli sia intestata la nuova sala riunioni della sede dell'Ordine ricordando anche che il dott. Reginato ha lasciato, della sua prigionia, un libro ("12 Anni di Prigionia in URSS") che il già Presidente Arrigoni propone sia fatto dono ad ogni nuovo medico all'atto del giuramento e della iscrizione all'Ordine."

## **Dott. Giangiacomio Tessari**

**Presidente dal 1994 al 2002**

Dal Professor Arrigoni, con cui ho ricoperto l'incarico di Segretario dell'Ordine per due mandati, ho imparato che l'istituzione ordinistica, per essere garante dei diritti e doveri dei medici, deve farsi carico del diritto alla salute di tutti i cittadini e quindi come categoria esercitare, oltre a quella professionale, anche una responsabilità sociale.

Con lui, anche in merito alle problematiche bioetiche che stavano emergendo e a cui davamo man mano risposta con l'aggiornamento del Codice Deontologico, avevamo istituito un Comitato etico di Ordine, poi superato, che fu di stimolo all'istituzione dei Comitati etici di ospedale. Tematiche poi riprese e sviluppate nei miei tre mandati come Presidente dal 1994 al 2002 nel confronto franco, costruttivo ed unitario del Consiglio che voglio qui ricordare e ringraziare.

Un ricordo particolare per Eligio De Pra', mio Vice per due mandati, uomo leale ed amichevole, e un grazie al dottor Gorini che ha portato a termine quanto insieme iniziato, in particolare la nuova sede.

Tutto il nostro lavoro ed impegno non sarebbero stati possibili senza la dedizione e la competenza del dottor Claudio Riedi, che con l'aiuto di Renzo Guarise e Flora Gava oggi in pensione, nonché di Sonia, sempre presente, sono stati la struttura di servizio sicura, quotidiana e continua per i medici iscritti all'Ordine.



## **MALASANITÀ**

Nel 1994 eravamo in piena tangentopoli e mani pulite ed era scoppiata la cosiddetta malasanità, con casi veri o presunti pubblicati quasi tutti i giorni sui giornali, con sollecitazioni da più parti, compresa la Prefettura, talora con richieste specifiche di interventi disciplinari. Il Consiglio prende ferma decisione di assumere un atteggiamento di massima collaborazione e trasparenza nei confronti di tutti gli interlocutori:

- conferenza stampa con i giornalisti, con offerta di supporto tecnico e valutazione preventiva sui casi loro segnalati
- offerta al Prefetto e al Presidente del Tribunale di reciproca collaborazione ed accoglimento da parte nostra di segnalazioni in campo deontologico, ferma restando la totale competenza di iniziativa e di procedura all'istituzione ordinistica.

Ma il punto decisivo fu ritenuto il rapporto con i cittadini e le loro associazioni, in primis con i Comitati per i diritti degli ammalati: negli incontri fu proposta una valutazione preventiva da parte dell'Ordine dei casi da loro segnalati; l'Ordine avrebbe chiesto ai medici coinvolti una relazione che poi il Presidente avrebbe illustrato agli interessati, liberi di decidere successivamente ogni ulteriore iniziativa di denuncia. Il risultato fu la riduzione nel giro di un anno dell'80% delle notizie scandalistiche.

La stessa linea di collaborazione fu presa con le associazioni di pazienti e parenti partecipando attivamente nei primi anni in particolare alle iniziative di AIDO,



Alcoolisti Anonimi, Lega Tumori. Questa sensibilizzazione con funzione anche di aggiornamento e formazione fu indirizzata dal Consiglio anche verso i medici, soprattutto sui temi e servizi innovativi su cui i colleghi delle tre USL si incontravano e confrontavano ed i cui risultati poi venivano esposti di solito alla Giornata del Medico, inaugurata nel '94 (ricordo l'assistenza domiciliare, i servizi psichiatrici, la tutela dell'infanzia).

Voglio ricordare inoltre l'impegno dei pediatri che ogni anno individuavano un tema di particolare attualità, avevano un tutor di solito

universitario, si incontravano periodicamente e poi presentavano le loro conclusioni in un convegno. In tutto questo avevamo la piena collaborazione dei Direttori Generali e Direttori Sanitari con cui ci confrontavamo anche su tematiche e problematiche organizzative.

Per questo abbiamo cercato di essere propositivi, di valutare i provvedimenti anche legislativi, soprattutto sulla programmazione sanitaria regionale e le ricadute sui servizi e organizzazione delle ULSS, con particolare attenzione all'integrazione fra ospedale e territorio e relativa continuità assistenziale e terapeutica, nonché al rapporto fra sanitario e sociale.

### **PRESIDENZA REGIONALE**

Questa attenzione e iniziativa si è sviluppata in particolare negli anni della mia presidenza regionale 97-99, in cui in accordo con gli Ordini ed i vertici sindacali regionali abbiamo affermato un diritto-dovere di iniziativa nei confronti della sanità regionale svolgendo una vera e propria attività di consulenza con proposte puntuali, concrete e motivate che sono sfociate in una delibera della Giunta regionale che ci riconosceva come organo di consultazione sui temi di legislazione sanitaria.

Sono stati anni intensi di lavoro e impegno, di incontri periodici con il Segretario ed i dirigenti del Dipartimento Sanità, con l'esecutivo dei Direttori Generali, ma anche con gli organi politici: l'Assessore alla Sanità, i capigruppo dei Partiti ed anche con il Presidente Galan.

Il dottor Riedi è stato indispensabile per la qualità di un lavoro disinteressato, non dovuto e non retribuito, soprattutto nel ruolo organizzativo e diplomatico.

In parallelo abbiamo sviluppato anche una politica di confronto con gli Ordini del Triveneto, che ha portato ad un memorabile convegno ad Asolo sulle reciproche esperienze e realizzazioni fra gli Assessori del Trentino-Alto Adige, Venezia Giulia e Veneto ed i relativi Presidenti di Ordine.

### **NUOVA SEDE DELL'ORDINE**

L'altro grande tema è stata la realizzazione della sede, un tema che ci angustia già con il Presidente Arrigoni: spazi insufficienti, carenza di parcheggi, frequenti multe.

Inoltre presso l'Ordine, gestita dal sindacato, c'era la scuola di formazione in medicina generale e stavano iniziando, su indicazione della FNOMCeO, corsi di formazione permanente. E come ostacolo di difficile soluzione il problema delle risorse economiche.

La decisione del Consiglio fu portata nel '94 in un'assemblea molto partecipata, che accolse praticamente all'unanimità la proposta di aumento della quota di iscrizione del 30%, pari a 80.000 lire l'anno (240 milioni per 3mila iscritti) per un periodo presumibile di 10 anni, tale era la previsione dei tempi di realizzazione e di relativo accumulo di risorse.

Questo comportava massimo rigore nelle spese (nessun compenso né rimborso per le attività dei Consiglieri) e reperimento di sponsorizzazioni per ogni attività convegnistica, compresa la Giornata del Medico a carico di Cassamarca e Ospedale S. Camillo e la stampa del giornale dell'Ordine pagata da Veneto Banca.

Quindi ricerca del luogo più adatto: a sud dell'Ospedale Ca' Foncello tutta l'area era a destinazione socio-sanitaria, strategica perché confinante con la tangenziale e l'uscita Treviso sud dell'autostrada ed inoltre acquistabile a prezzo contenuto poiché vincolata. Contattato, il dottor Stellini, Direttore Generale dell'ULSS, acconsentì ad acquisire insieme l'area e venne posta nell'atto notarile la clausola di riacquisto dell'area da parte dell'ULSS o di scambio eventuale con un edificio del Sant'Artemio, poiché non era certo il nostro diritto di edificare.

Così garantiti abbiamo scelto un architetto per un progetto di massima, della cui esecuzione il maggior artefice fu il dottor Riedi che definì le caratteristiche dell'edificio con adeguati spazi di servizio, aule di formazione, auditorium, parcheggi.

Poi lunghi, faticosi, insistenti incontri con l'Amministrazione e l'Assessore di reparto, da cui non veniva mai il via libera nonostante ci fosse a nostro favore la presa di posizione del Sindaco Gentilini. In effetti dal punto di vista urbanistico il Comune aveva dei problemi: la definizione



della viabilità, i vincoli con il Parco Sile, l'incertezza sul nostro diritto ad edificare in area socio-sanitaria.

Ma eravamo tranquilli di raggiungere prima o poi l'obiettivo poiché crescevano le risorse economiche. Bravo il dottor Gorini, mio successore, per aver trovato il bandolo della matassa ed avere portato a termine l'opera, poi completata nelle sue funzioni interne ed inaugurata dal Presidente Guarini. A lui va il merito, assieme al Presidente Favretto, di aver dato ulteriore sviluppo al ruolo dell'Ordine: impegno nella formazione permanente, iniziative di cooperazione internazionale, valorizzazione delle donne medico, attività rivolte ai giovani medici, perché tutto questo è il senso e la credibilità dell'istituzione ordinistica.

## **Dott. Brunello Gorini**

**Presidente dal 2003 al 2005**

Ho iniziato il mio percorso ordinistico nel 1988 come Revisore dei Conti, Presidente il Prof. Arrigoni, che mi affidò l'incarico di cercare una nuova sede, essendo quella di via Risorgimento ormai inadatta. La cosa si concluse, dopo un plastico e qualche preventivo, in nulla di fatto per il problema economico. Ci fu poi un'ottima staffetta col Presidente Tessari. Accantonato quanto necessario per iniziare i lavori, restavano i problemi per la costruzione della nuova sede.

Il terreno acquisito era vincolato come socio-sanitario ed era ubicato all'interno del perimetro del Parco del Sile; c'era poi da ottenere il Permesso a costruire ed infine, bandire un concorso europeo perché si trattava di un importo superiore al milione di euro.

Ci siamo mossi in Comune spiegando che l'attività ordinistica non è solo "notarile" ma è soprattutto didattica, secondo la Legge Istitutiva, e quindi ci servono sale per convegni ma in particolare l'Ordine era sede della Scuola di formazione specifica in Medicina Generale. In un incontro con l'allora Sindaco Gentilini e staff ponemmo fine al continuo rimpallamento di richieste di documenti e il permesso a costruire arrivò in pochi giorni.

In collaborazione con l'allora Presidente CAO, dott. Saverio Orazio (che deve essere considerato come il "5° Presidente" che ha lavorato per la nostra sede) facemmo pressione in Consiglio Europeo, per risolvere il problema del Parco del Sile, che fu ampliato e spostato dalla nostra area, con un aumento quindi di metratura, di cui ha beneficiato anche la lavanderia dell'ospedale.

Abbiamo individuato l'architetto Bortolotto di Milano, che ha collaborato all'edificazione di diverse importanti strutture civili e sanitarie, al parcheggio di Cascina Gobba a Milano e anche alla trasmissione televisiva, "Extreme Makeover Home Edition", per mettere mano al progetto infelice che ci era stato proposto e trasformarlo in una sede efficiente. La stesura di un capitolato, effettuata dall'architetto, è stata definita perfetta (in pratica abbiamo speso esattamente quanto era stato preventivato, fatto più unico che raro).

Il problema del bando europeo è stato risolto in modo strategico, affittando il suolo del terreno, ormai di nostra proprietà, ad una società di Leasing, allora Fineco-Leasing, incaricandola di costruire la sede, in cui saremmo poi entrati come "inquilini" fino al perfezionamento del contratto di leasing previsto nel 2018. Operazione legittima, frutto di intese giurate di lavoro con l'allora Direttore, Dr. Claudio Riedi, che ci ha permesso di evitare il bando europeo.

Abbiamo poi effettuato una ricerca tra le maggiori ditte edili del Veneto richiedendo un preventivo e, tra quelle pervenute, è stata scelta la Agribeton che aveva l'offerta più aderente ai 2 milioni del preventivo, dando finalmente il via ai lavori.

L'attività della mia presidenza si è caratterizzata con un'intensa attività di formazione e aggiornamento, riconosciuta anche a livello nazionale, godendo ogni anno di un finanziamento ad hoc da parte della FNOMCeO. Abbiamo attivato i primi corsi interattivi tra specialisti, contribuito alla fondazione del Tribunale per i diritti del malato e alla stesura del progetto Accordia, teso a mediare, ben prima della legge sulla mediazione, le controversie tra paziente e medico.

Anche per seguire il Centro regionale di formazione della Medicina Convenzionata di Assistenza primaria, attivato dall'allora Assessore alle Politiche Sanitarie Avv. Fabio Gava, ho sospeso la mia attività professionale come medico di famiglia. Questo mi ha permesso un'assidua presenza a convegni ed incontri, relazionandone agli iscritti nella rivista trimestrale "L'Ordine".

In quegli anni ricordo il cosiddetto "Caso Glaxo", quando mi ritrovai a difendere Colleghi accusati ingiustamente e, credo unico, a denunciare la Guardia di Finanza per fuga di notizie.

Oggi dico grazie ai Presidenti precedenti e all'allora mio Vicepresidente, Dott. Daniele Frezza, sempre stimolante, all'ottimo direttore Riedi e a tutto il personale, Renzo, Flora e Sonia, colonne importanti del nostro Ordine.



### Dott. Giuseppe Favretto

**Presidente dal 2009 al 2014**

*Il Presidente dell'Ordine Dott. Luigino Guarini ha presentato la presidenza del Dott. Favretto, assente per motivi di salute.*

Con la presidenza del dott. Favretto il nuovo Ordine, ormai completato, divenne finalmente operativo anche se non completamente. C'era infatti ancora tutto il **piano superiore da attrezzare e da rendere funzionale.**

Ma c'erano anche altre incombenze più pressanti per l'attività dell'Ordine e tra queste particolarmente:

- Lo **sviluppo e la completa riorganizzazione lavorativa** dopo un complicato trasloco. Figuratevi cosa deve essere stato trasferire la sede del nostro Ordine con tutti i suoi archivi e riorganizzare completamente le attività della segreteria!
- L'introduzione di un **software gestionale** complesso fatto da vari moduli comunicanti tra loro e che potesse gestire la programmazione e l'organizzazione dell'attività formativa dell'Ordine
- Necessità di introdurre un **sito internet dell'Ordine** e le **newsletter per gli iscritti**. Il tutto gestito in piena autonomia dai nostri uffici e non in outsourcing, soluzione certamente più comoda ma anche più costosa oltre che meno rapida negli aggiornamenti.
- Il problema del **turnover di alcune figure del personale amministrativo** (pensionamento di due impiegati "storici" dell'Ordine e soprattutto del Dott. Riedi). A tal proposito ho voluto espressamente ricordare come al Dott. Favretto ed al suo Consiglio Direttivo vada ascritto anche il merito di aver portato all'Ordine il nuovo direttore, il dott. Mario Conte, che si è subito dimostrato persona preparata, capace ed efficiente.

Alla presidenza Favretto va inoltre riconosciuto il grande pregio di aver sottoscritto per la prima volta l'abbonamento ad **Up-To-Date**, il servizio online che fornisce aggiornamenti "evidence-based" in ben 22 specialità mediche. **Il servizio è gratuito per tutti i nostri iscritti** e si tratta certamente di un gran risparmio se pensiamo che un abbonamento annuale individuale costerebbe al singolo medico circa 500 dollari.

Ovviamente la qualità del servizio ed il riscontro positivo avuto dagli iscritti ha fatto in modo che l'abbonamento sia stato rinnovato negli anni a seguire ed è tuttora attivo e disponibile anche con il mio mandato.

Della presidenza dell'amico Pino Favretto ho voluto infine ricordare un'altra cosa, certamente meno importante dal punto di vista istituzionale ma per me e per molti dei presenti in sala certamente carica di grande valore affettivo. Su richiesta della Commissione Albo Odontoiatri che all'epoca presiedevo, il suo Consiglio deliberò l'apposizione di una targa marmorea commemorativa all'interno dell'atrio in memoria del **Dott. Saverio Orazio**. Fu un bellissimo e solenne momento celebrativo di ricordo per tutti coloro che ebbero modo di conoscere il Dott. Orazio e di apprezzarne le doti, a futura perenne memoria per le prossime generazioni di Medici e Odontoiatri trevigiani.

È seguito l'intervento della **Dott.ssa Enrica Franceschini - Coordinatore Commissione Giovani Medici - L'ODM di Treviso oggi: il punto di vista dei giovani Medici e Odontoiatri**  
**Come descrivere l'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Treviso raccontato da un punto di vista dei giovani iscritti?**

Attualmente in Italia dei 387.291 Medici Chirurghi iscritti all'Albo, circa il 18,6% ha meno di 40 anni, mentre dei 60.239 Odontoiatri, quasi il 20% ha meno di 40 anni (dati FNOMCeO marzo 2016). Questi dati sono sostanzialmente confermati anche dalle percentuali degli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Treviso, dove il 21% degli iscritti sia Medici Chirurghi che Odontoiatri ha meno di 40 anni.

Secondo una recente indagine dell'Osservatorio Internazionale della Salute, i Medici al di sotto dei 40 anni sottolineano in particolare il loro timore verso le denunce per malpractice, manifestano l'esigenza di una adeguata copertura assicurativa e di un supporto finanziario, e circa il 90% degli intervistati manifesta inoltre la necessità di ricevere un orientamento in materia deontologica ed



etica. Di fronte ad un percorso tortuoso e accidentato che i giovani Medici incontrano nel passaggio dalla formazione all'occupazione stabile, sicuramente l'Ordine Professionale può rappresentare un valido supporto, una guida per potersi orientare. Da questa riflessione è nata quindi l'idea di chiedere proprio ai nostri iscritti che cosa pensassero dell'Ordine dei Medici, chiedendo loro di rispondere a 3 domande e raccogliendo poi le risposte in un video che è stato presentato durante la giornata: "Cos'è l'Ordine dei Medici", "Cosa ti aspetti dall'Ordine" e "Cosa possiamo fare per migliorare l'Ordine".

Per illustrare i servizi offerti dall'ODM di Treviso abbiamo utilizzato l'home page del sito dell'Ordine, con il menù a scorrimento per gli eventi in evidenza organizzati o patrocinati dall'Ordine, la piattaforma informatica UpToDate, l'accesso all'area della formazione ECM, l'area della modulistica, l'area dei servizi online, la Posta elettronica certificata, la consulenza in materia di ENPAM, la Newsletter, i corsi FAD, e il servizio di consulenza legale, assistenza fiscale e consulenza del lavoro offerto agli iscritti previo appuntamento da prendersi con la segreteria ordinistica.

Per quanto riguarda l'attività della Commissione Giovani Medici, è nata a dicembre 2015 la prima pagina Facebook dei Giovani Medici; mettendo "Mi piace" i giovani iscritti possono essere informati di tutte le iniziative e i corsi di formazione organizzati o patrocinati dall'Ordine e possono contattare direttamente la Commissione Giovani attraverso un messaggio privato. L'immagine del profilo è rappresentata dal Dr Berbert, giovane medico protagonista del "Manuale di Sopravvivenza dell'Imberbe Medico", un manuale che in chiave ironico-fumettistica tenta di rispondere alla domanda: giovine il mondo del lavoro già ti disorienta? Ogni volta che nella sezione foto della pagina Facebook compare un nuovo episodio del manuale, significa che nel sito dell'ODM di Treviso, al link commissione giovani medici, è stato pubblicato un approfondimento inerente la materia dell'episodio. Un altro importante progetto a cui la Commissione sta lavorando è la produzione di un piccolo vademecum, una sorta di guida dal taglio fortemente pratico da fornire ai giovani neoiscritti e che si occupa di percorsi diagnostico terapeutici riguardanti patologie o situazioni di frequente riscontro in attività di sostituzione, in casa di riposo o in CA. La Commissione Giovani Medici ha inoltre organizzato, in collaborazione con la Commissione Legale dell'Ordine, degli incontri dedicati ai giovani iscritti in materia di Medicina Legale, affrontando le tematiche della certificazione, interdizione e inabilitazione, ASO TSO e responsabilità professionale.

Il programma e le proposte della Commissione sono: concludere il Vademecum, continuare l'aggiornamento del "Materiale Neo iscritto", anche con nuovi episodi del Manuale di sopravvivenza dell'Imberbe Medico; in collaborazione con la Commissione Formazione, proporre degli incontri formativi fatti dai giovani medici per i giovani medici; proporre un Cineforum con un ciclo di film a tema per incontrarci e scambiare opinioni e punti di vista e proporre una serata di beneficenza.



In una giornata dedicata alla storia del nostro Ordine non potevamo certo dimenticare la figura "storica" del Dott. Claudio Riedi, presente per oltre quarant'anni (dal 1972 al 2016) nella vita ordinistica dei medici e degli odontoiatri trevigiani. Abbiamo voluto manifestargli il nostro affetto e tutta la nostra riconoscenza per il lungo e prezioso contributo dato a questo Ordine, per la sua grande serietà, competenza, autorevolezza e dedizione al lavoro. Pertanto a conclusione della parte scientifica della giornata, tra gli applausi di tutti i presenti, gli sono state conferite una medaglia d'oro ricordo ed una pergamena di ringraziamento con la firma di tutti i Presidenti con cui ha collaborato nel corso della sua lunga carriera di direttore.

La cerimonia è continuata ricordando, con un minuto di silenzio, i colleghi Medici ed Odontoiatri deceduti nel corso dell'anno 2015 e 2016.

A seguire, l'accoglienza dei neo-iscritti agli Albi nel 2015 che hanno dato lettura del Giuramento di Ippocrate.

### **Medici Chirurghi neo-laureati iscritti all'Albo nel 2015:**

Agostini Andrea, Aliprandi Pietro, Argentin Stefania, Bandiera Simone, Battistuzzi Elisa, Bissoli Angela, Boschiero Federico, Callegari Astrid, Carrer Anna, Casella Michele, Cibin Silvia, Colussi Giulia, Comacchio Francesco, De Biasi Marta, Dei Tos Giovanni, Della Colletta Emanuele, Della Giustina Piero, Della Pietà Irene, Drusian Anna, Falco Luca, Ferrara Antonina Francesca, Ferrari Virginia, Fragiaco Federico, Franceschet Giulio, Gamalero Lisa, Graziano Alessandro, Iatisin Cristina, Lio Veronica, Macorig Alessandra, Madia Antonio, Malacchini Nicola, Marconi Ornella, Marin Roberto, Mazzariol Brenno, Michielin Alberto, Modenese Luca, Modolo Francesca, Munerotto Veronica, Nascimben Marco, Nichele Stefania, Parolin Matteo, Pavan Giorgia, Pepe Veronica, Pescador Daniele, Pezzato Davide, Pezzutto Alessandro, Piazza Vanna, Pillon Pierangelo, Pinarello Andrea, Pintaldi Stefano, Poletto Elisa, Pollesel Sara, Pradelle Irene, Rassu Nicolò, Rossi Bartolomeo, Rossi Elena, Rossi Serena, Ruspini Beatrice, Saracco Alvisè, Scomparin Giovanni, Soligo Matteo, Squizzato Francesco, Storer Silvia, Storer Veronica, Teodorescu Alexandra, Tommasi Matteo, Tonet Elisabetta, Tonin Beatrice, Tonon Marta, Trevisin Marco, Trincanato Alberto, Vallenari Valeria, Zaccariotto Veronica, Zanchettin Gianantonio, Zanette Sara.



### **Odontoiatri neo-laureati iscritti all'Albo nel 2015:**

Bolzan Francesca, Caberlotto Ilaria, Costa Camilla, Costantino Daniele, Favaretto Fabio, Favero Riccardo, Filippi Riccardo, Nardi Alice, Nardi Margherita, Pozza Martina, Zanatta Marta.

È seguita la consegna della targa d'argento **ai medici collocati in pensione nel corso dell'anno 2015** quale segno di gratitudine per i tanti anni al servizio degli ammalati onorando la professione medica: Elio BIRAL, Giuseppe BORTOLUZZI, Claudio FONZARI, Carlo LEMMA, Mario MARCHESE, Francesco MARTON, Alcherio POJANA, Sergio SQUARZONI, Mario VARRESE.

A conclusione della cerimonia è stata consegnata la **medaglia d'oro** quale affettuoso atto di riconoscenza ai medici con **50 anni di laurea nel 2015** accompagnata dalla lettura di un sintetico curriculum professionale: Giorgio BONETTI, Giovanni CASTORINA, Attilio CORLETTI, Giuseppe GASPARINI, Silvio GRIGOLETTO, Francesco MAGNO, Giuseppe MARTINA, Mario MIORIN, Ferruccio SALANDIN, Orlando SCHIAPPA, Gian Francesco SCHIO, Guido TONIETTO, Enzo VENZA.

# CERTIFICAZIONE MEDICA PER ATTIVITÀ SPORTIVA

*Il Consiglio Direttivo, nella riunione dell'8 giugno 2016 ha approvato il seguente documento in materia di certificazione Medica per attività sportiva*

*a cura della dott.ssa Enrica Franceschini*

## **Tipologie di attività fisica:**

1. Attività sportiva ludico-motoria
2. Attività sportiva non agonistica \*
3. Attività sportiva agonistica

\* certificato per attività di particolare impegno cardiovascolare

Ad ogni età, lo svolgimento di attività fisica regolare rappresenta un elemento fondamentale di prevenzione primaria e secondaria in grado di influenzare positivamente lo stato di salute e il grado di soddisfazione personale del soggetto. Prima di intraprendere un'attività fisica costante, è importante per il cittadino rivolgersi al medico per conoscere la propria condizione di salute e per ricevere i consigli più adatti per lo svolgimento di un'attività sicura ed efficace. Quindi, al di là della certificazione, il medico deve stimolare il proprio paziente ad iniziare e proseguire attività motoria e saperlo indirizzare sulla tipologia e l'intensità di attività da svolgere.

## **ATTIVITÀ SPORTIVA LUDICO-MOTORIA O ATTIVITÀ AMATORIALE**

L'obbligo di certificare l'attività sportiva ludico-motoria o attività amatoriale è stato abolito dal D.L. 21 giugno 2013, n. 69, convertito con modificazioni in L. 9 agosto 2013, n.98.

Tale certificato si riferiva a soggetti non tesserati alle Federazioni sportive nazionali, alle Discipline associate, agli Enti di promozione sportiva riconosciuti dal CONI e riguardava attività individuali o collettive, prive di aspetti competitivi, volte al raggiungimento e mantenimento del benessere psico-fisico della persona.

Tale certificato veniva rilasciato in regime di libera professione.

Questa tipologia di attività riguardava anche i praticanti di alcune attività, anche in contesti autorizzati e organizzati, con ridotto impegno cardiovascolare, ad esempio bocce (escluse bocce in volo), biliardo, golf, pesca sportiva di superficie, caccia sportiva, sport di tiro, ginnastica presciistica, corsi di apprendimento o perfezionamento di varie discipline quali nuoto, "gruppi di cammino" e attività assimilabili nonché i praticanti di attività prevalentemente ricreative, quali ballo, giochi da tavolo e attività assimilabili.

Per semplificare: correre al parco, andare in palestra, fare danza, nuoto o altre attività similari, giocare a calcetto o a tennis con gli amici, fare equitazione sono tutte attività ludico-motorie/amatoriali quando vengono svolte al di fuori di ogni contesto di gare o competizioni promosse da società sportive. Se queste stesse attività sono praticate nel contesto di società sportive affiliate alle rispettive Federazioni nazionali, allora si ricade nell'attività sportiva vera e propria che può essere agonistica o non agonistica a seconda dell'impegno psico-fisico richiesto, e in tal caso necessitano della certificazione medica. Dunque:

- Impianto sportivo affiliato al CONI per tramite di una Federazione Sportiva o Ente di promozione sportiva e il giovane/soggetto viene tesserato all'atto dell'iscrizione ➔ attività sportiva non agonistica e relativa certificazione (la palestra è tenuta a dichiarare a quale Federazione Sportiva o Ente di promozione sportiva è affiliata)
- Impianto sportivo non affiliato al CONI ➔ attività ludico-motoria/amatoriale, nessuna certificazione

Attenzione: alcune palestre/impianti affiliati al CONI non tesserano tutti i giovani/soggetti al momento dell'iscrizione. In questi casi quindi, solo i tesserati necessiteranno di certificazione per attività sportiva non agonistica.

N.B. Qualora il cittadino faccia richiesta di un certificato per svolgere un'attività che ricade nella classificazione ludico-motoria/amatoriale (spesso richiesto dagli impianti per motivi prevalentemente assicurativi), il medico, dopo aver informato il paziente che tale certificazione non è più necessaria, può rilasciare un certificato che attesti lo stato di buona salute del soggetto e l'assenza di patologie in atto. Tale certificazione sarà a carico del cittadino.

**ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA**

<b>Soggetti</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alunni che svolgono attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle <u>attività parascolastiche</u> in orario extracurricolare</li> <li>2. Coloro che partecipano ai <u>Giochi sportivi studenteschi</u> nelle <u>fasi precedenti quella nazionale</u> (successive alle selezioni di Istituto, intercomprensoriali).</li> <li>3. Coloro che svolgono <u>attività organizzate</u> dal CONI, da società sportive affiliate alle Federazioni sportive nazionali, alle Discipline associate, agli Enti di promozione sportiva riconosciuti dal CONI, che non siano considerati atleti agonisti ai sensi del decreto ministeriale 18 febbraio 1982 (N.B. "coloro"= persone fisiche tesserate; le definizioni riguardano esclusivamente i tesserati in Italia → le stesse non sono rivolte agli atleti stranieri non tesserati in Italia, anche quando questi ultimi partecipano ad attività non agonistiche che si svolgono in Italia).</li> </ol>
<b>Medici certificatori</b>	Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, relativamente ai propri assistiti, o medici specialisti in medicina dello sport e medici della Federazione medico sportiva italiana del Comitato olimpico nazionale italiano (CONI).
<b>Periodicità</b>	Validità <u>annuale</u> con decorrenza dalla data del rilascio.
<b>Certificazione</b>	<p>Obbligatoria.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anamnesi e EO completo di misurazione della PA</li> <li>- ECG a riposo debitamente refertato effettuato almeno una volta nella vita</li> <li>- ECG basale debitamente refertato con periodicità annuale per coloro che hanno superato i 60 anni d'età e che associano altri fattori di rischio CV</li> <li>- ECG basale debitamente refertato con periodicità annuale per coloro che, a prescindere dall'età, hanno patologie croniche conclamate, comportanti un aumento del rischio cardiovascolare</li> <li>- Il medico certificatore, tenuto conto delle evidenze cliniche e/o diagnostiche rilevate, si può avvalere anche di una prova da sforzo massimale e di altri accertamenti mirati agli specifici problemi di salute. Nei casi dubbi, il medico certificatore si avvale della consulenza del medico specialista in medicina dello sport o, secondo il giudizio clinico, dello specialista di branca.</li> </ul> <p>N.B. Il medico certificatore conserva copia dei referti di tutte le indagini eseguite (valida anche la registrazione dei referti nella scheda sanitaria individuale informatizzata ove attiva).</p>
<b>Pagamento</b>	<p><u>Certificazione gratuita</u> solo in ambito scolastico (attività parascolastiche e Giochi della Gioventù nelle fasi precedenti a quella nazionale). La richiesta di accertamenti per il rilascio del certificato di idoneità alla pratica sportiva non agonistica in tale ambito sarà prescritta con ricettario regionale con esenzione IO1 (I come Imola).</p> <p><u>Certificazione a pagamento</u> per tutti gli altri soggetti che svolgono attività fisica non agonistica. Per quanto riguarda le richieste di ECG, in assenza di dubbi clinici che comporterebbero comunque delle indagini, la richiesta dovrà essere rilasciata in ricetta bianca a carico del paziente.</p>

**APPROFONDIMENTO PER SOGGETTI IN ETÀ SCOLARE**

Lo sport inteso come confronto e quindi anche come competizione è divenuto attività didattica e viene esteso a tutti gli alunni facendo rientrare le fasi di Istituto nelle normali attività didattiche (circ. MPI 24/07/98 n° 2548/A1).

L'attività motoria svolta nelle scuole materne ed elementari non può essere ricondotta ad attività sportiva non agonistica poiché nella scuola elementare i giochi sportivi sono limitati alla fase d'Istituto e hanno carattere educativo, formativo, ludico, polivalente, motivante che sfociano in attività di gioco sport (quindi pratica pre-sportiva). (Allegato H ACN pediatria 15 dicembre 2005 e s.m.i.; Circolare Ufficio Scolastico Provinciale di Treviso prot. 100267/C32/10 del 12 novembre 2001; Circolare CONI dello 01/08/1997).

Attività parascolastiche: attività fisico-sportive svolte in orario extracurricolare, con presenza attiva e responsabile dell'insegnante, finalizzate alla partecipazione a gare e campionati e caratterizzate da competizioni tra atleti. Sono escluse dalla definizione le attività ginnico-motorie con finalità ludico-ricreative, ginnico-formative, riabilitative o rieducative anche se svolte in orario extracurricolare (es. corsi di nuoto, attività propedeutiche alla partecipazione successiva ai giochi sportivi

studenteschi, ecc.). Per il rilascio della certificazione la richiesta deve pervenire dal Dirigente Scolastico, redatta su apposito modello debitamente compilato.

I certificati già rilasciati per attività sportiva agonistica anche se specifici per una sola disciplina si intendono validi come certificati per tutte le discipline della attività sportiva non agonistica in ambito scolastico. Allo stesso modo è da ritenersi valido, ai fini scolastici, il certificato per l'attività sportiva non agonistica, in possesso dell'alunno e in corso di validità, regolarmente rilasciato dal proprio pediatra o medico di medicina generale (Circolare Giunta Regione Veneto Protocollo n°37839 Classe C101 del 01/02/2016).

La richiesta della certificazione dovrà essere presentata con congruo anticipo e, nel caso di alunni che abbiano ottenuto la stessa certificazione l'anno prima, solo a scadenza del certificato precedente.

Per tutte le attività fisico-sportive svolte dagli alunni nel quadro delle attività didattiche, sia curricolari che extracurricolari, l'alunno si intende fisicamente idoneo in assenza di documentate segnalazioni da parte dell'esercente la patria potestà di situazioni di esonero o di limitazione. Quindi non è necessario il certificato per lo svolgimento dell'educazione fisica intesa come materia scolastica curricolare né per tutte quelle attività di istituto indirizzate al coinvolgimento all'attività motoria e all'avviamento all'attività sportiva degli alunni, anche se svolta in orario extracurricolare, considerandole logica prosecuzione e sviluppo del lavoro dei docenti di educazione fisica. Qualora sussistano controindicazioni temporanee o definitive allo svolgimento di suddette attività, sarà necessario produrre un certificato di esenzione.

#### **ATTIVITÀ DI PARTICOLARE ed ELEVATO IMPEGNO CARDIOVASCOLARE** (D.M. 24 aprile 2013 s.m.i.)

<b>Soggetti</b>	Per la <u>partecipazione di non tesserati</u> alle Federazioni sportive nazionali, alle Discipline associate, agli Enti di promozione sportiva riconosciuti dal CONI a manifestazioni non agonistiche o di tipo ludico-motorio, caratterizzate da particolare ed elevato impegno cardiovascolare, patrocinate dai suddetti organismi.
<b>Tipo di attività</b>	Manifestazioni podistiche di lunghezza superiore ai 20 km, granfondo di ciclismo, di nuoto, di sci di fondo o altre tipologie analoghe.
<b>Medici certificatori</b>	MMG, PLS, Medici dello Sport su apposito modello predefinito.
<b>Periodicità</b>	Validità annuale.
<b>Certificazione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anamnesi ed EO completo di rilevazione della pressione arteriosa</li> <li>- ECG basale</li> <li>- uno step test o un test ergometrico con monitoraggio dell'attività cardiaca e</li> <li>- altri accertamenti che il medico certificatore riterrà necessario nei singoli casi.</li> </ul>
<b>Pagamento</b>	A carico del paziente.

#### **ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA**

Per attività sportiva agonistica si intende un'attività praticata continuativamente, sistematicamente ed esclusivamente in forme organizzate dalle Federazioni sportive nazionali, dagli enti di promozione sportiva riconosciuti dal CONI e dal Ministero dell'Istruzione, per quanto riguarda i Giochi della gioventù a livello nazionale. Sono attività svolte con lo scopo di conseguire prestazioni sportive di elevato livello.

La qualificazione sportiva agonistica, anche in base ai limiti di età, è stabilita da ogni singola Federazione sportiva e dagli enti di promozione sportiva riconosciuti dal CONI.

I medici idonei al rilascio di tale certificazione sono esclusivamente i medici specialisti in medicina dello sport presso i centri pubblici o privati accreditati.

Ciascun atleta sarà in possesso di un libretto sanitario sportivo personale, rilasciato dai centri di medicina dello sport delle ASL o da privati accreditati al momento della prima visita; si tratta di un documento strettamente personale che riporta i dati dell'atleta e le visite superate.

La richiesta di visita medica per attività sportiva agonistica deve essere effettuata direttamente dalle società sportive.

**Dott.ssa Enrica Franceschini**  
Coordinatore Commissione Giovani Medici

# MANUALE di SOPRAVVIVENZA dell'IMBERBE MEDICO

Episodio 3

"LA BUONA  
educazione"



COMMISSIONE GIOVANI  
MEDICI DI TREVISO

DOTT. BERBERT! ORA CHE SEI STATO ABILITATO, È FINALMENTE GIUNTO IL MOMENTO DI CONOSCERE UNO DEGLI ASPETTI PIÙ STIMOLANTI DELLA TUA PROFESSIONE: L'EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA (CONOSCIUTA ANCHE COME E.C.M.)

SALUTE.



EPPURE...  
SONO GIÀ  
PIUTTOSTO  
EDUCATO,  
- SAPETE?

NON SI È MAI  
SUFFICIENTEMENTE  
EDUCATI, MIO  
GIOVINE AMICO!

L'E.C.M. È DI FATTO OBBLIGATORIA PER NUMEROSI OPERATORI SANITARI (TRA CUI APPUNTO MEDICI E ODONTOIATRI), ANCHE SE È POSSIBILE L'ESENZIONE TEMPORANEA IN CASI SELEZIONATI



OOOPS!



MI SA TANTO  
CHE SONO  
GRAVIDO,  
VEDETE?

Il piccolo sta  
già scalciando,  
che emozione!

NON SCHERZIAMO, DOTT. BERBERT, QUELLO È SOLO METEORISMO! ORA PRENDI CARTA E PENNA E SEGNAI QUESTI POCHI MA FONDAMENTALI CONCETTI...

# 1 - CREDITI E.C.M.

SONO INDICATORI DELLA QUANTITÀ DELLA FORMAZIONE/APPRENDIMENTO EFFETTUATA DAI PROFESSIONISTI SANITARI IN OCCASIONE DI ATTIVITÀ ECM. DOVREBBERO ESSERNE ACQUISITI 50 ALL'ANNO (150 NEL TRIENNIO). PIÙ PRECISAMENTE, IL PROFESSIONISTA SANITARIO DEVE ACQUISIRE UN AMMONTARE DI CREDITI ECM COMPRESO IN UN RANGE CHE VA DA UN MINIMO DEL 50% (25 CREDITI) AD UN MASSIMO DEL 150% (75 CREDITI) DELL'OBBLIGO FORMATIVO ANNUO.



NON TUTTO CONTA PER OTTENERE CREDITI, DOTT. BERBERT! SERVONO GLI...

# 2 - EVENTI E.C.M.

AL TERMINE DEI QUALI SI TERRÀ LA...

# 3 - VERIFICA DELL'APPRENDIMENTO

CHE POTRÀ ESSERE EFFETTUATA CON DIVERSI STRUMENTI: QUESITI A SCELTA MULTIPLA O A RISPOSTA APERTA, ESAME ORALE, ESAME PRATICO, PRODUZIONE DI UN DOCUMENTO, REALIZZAZIONE DI UN PROGETTO, ECC..

# 4 - COMPUTO DEI CREDITI

SPETTA AL PROFESSIONISTA SANITARIO, CHE PUÒ VERIFICARE IN QUALSIASI MOMENTO LA PROPRIA SITUAZIONE RISPETTO ALL'OBBLIGO FORMATIVO, ACCEDENDO ALLA POSIZIONE PERSONALE DELL'ANAGRAFICA TENUTA DAL CO.GE.A.P.S. (IL SITO È AL LINK [WWW.COGEAPS.IT/](http://WWW.COGEAPS.IT/), DA DOVE SI PUÒ ACCEDERE ALLA PAGINA DEL DATABASE: [HTTP://APPLICATION.COGEAPS.IT/](http://APPLICATION.COGEAPS.IT/))

ALLORA, DOTT. BERBERT, TUTTO CHIARO?



Però in compenso ora ho un magnifico set di asciugamani nuovi

CONTINUA A SEGUIRCI SUL...

**MANUALE** di SOPRAVVIVENZA dell'IMBERBE MEDICO

[www.ordinemedici-tv.org](http://www.ordinemedici-tv.org)  
link Commissione Giovani Medici



APPUNTI SULL'INCONTRO DELL'ORDINE

# IL RISCHIO DEL PROFESSIONISTA MEDICO: PREVENIRE, GESTIRE, ASSICURARE

**SABATO 5 MARZO 2016 ORE 9.00**

a cura dei Consiglieri Dott. Renzo Malatesta e Dott. Francesco Pravato

Si è ritenuto opportuno pubblicare sul bollettino dell'Ordine alcuni appunti sull'incontro tenutosi sabato 5 marzo 2016 sul tema del rischio e della responsabilità della professione sanitaria, che ha visto come relatore principale il dr. Flaviano Antenucci.

Il Dottor Flaviano Antenucci è consulente da molti anni di primaria compagnia assicurativa italiana per l'ambito di responsabilità medica, nonché docente in master e relatore a molti convegni sull'argomento.

I contenuti dell'incontro sono qui sintetizzati con criterio di tipo giornalistico e cioè riportando quanto l'uditore ha percepito ed elaborato dall'ascolto della relazione.

## Prevenire, gestire, assicurare

Si premette che se il medico sbaglia, ha varie responsabilità: penale, civile, deontologica, erariale.

Questo incontro è stato focalizzato sugli aspetti di responsabilità civile in prevalenza, cioè le richieste di un risarcimento economico da parte dell'utente che si ritiene vittima di un errore che ha causato un danno.

Tutte le responsabilità sono calate in un contesto sociale, si svolgono insieme e la loro definizione è legata al comune sentire. Infatti le norme del codice civile sulla responsabilità contrattuale ed extracontrattuale, anche in sanità, sono scritte da tempo (il Codice Civile attuale risale al 1942) ma, anche se la norma è datata, è la sua lettura/rilettura che evolve nel tempo, attraverso la giurisprudenza che negli anni è mutata.

Le ultime sentenze della Cassazione ci descrivono quello che è già avvenuto: un diverso modo di vedere le cure da parte del paziente e, conseguentemente, del contesto sociale e della magistratura in genere.

Una analogia su come evolva nel tempo l'interpretazione degli eventi, è ad esempio il mutato atteggiamento di fronte all'evento febbre. Una volta, quando eravamo piccoli, se un bimbo aveva la febbre si definiva "da crescita" ed era una cosa normale da accettare. Oggi è una "tragedia" e la pubblicità dei mass-media ti propone il farmaco per far sì che tu continui a svolgere la attività che avevi programmato, annullando le conseguenze della febbre.

Nella mentalità del medico è radicata la vecchia concezione, ormai sorpassata, che la responsabilità nasca dalla presenza di un errore da cui consegua una complicità, che deve essere in nesso di causa con l'errore (cioè sua conseguenza).

Nell'evoluzione del diritto e della giurisprudenza non è più così da anni.

Vi sono due principali fattispecie nella responsabilità civile relativamente al danno assistenziale, (che comprende in definitiva la gestione assistenziale del paziente, e quindi non solo la prestazione medica).

Responsabilità extracontrattuale: per esempio "non conosco l'individuo che ho investito in auto, non ho con lui nessun contatto e quindi nessun contratto precedente al fatto".

Extracontrattuale è la responsabilità medica del passato: tocca a me che ho subito il danno provare tutto, se non riesco a provare non ho diritto a nulla.

Invece paziente e medico nel loro rapporto non sono casuali, e questa è la visione del nostro mondo, non è un caso l'incontro, ma è basato su un motivo, si chiama contatto sociale. Quindi un secondo tipo di responsabilità: la responsabilità contrattuale.

Responsabilità contrattuale: nel mondo occidentale sono oggi queste le regole. Si basa sul presupposto che l'incontro tra danneggiante e danneggiato non sia casuale. L'onere della prova è ripartito tra i due.

Il paziente deve dimostrare che sta peggio di prima dell'inizio cure.

L'altro, il medico o la struttura sanitaria, ha solo due alternative: o prova il corretto adempimento o prova il fatto non imputabile (cioè la colpa è della malattia in sé o del paziente che non ha aderito alle cure).

Queste due cose erano già scritte nel codice civile ma nessuno lo aveva scritto per esteso.

Lo ha fatto la Corte di Cassazione a sezioni riunite l'11.1.2008.



**QUALI STRATEGIE POSSONO ESSERE UTILI**

Ci sono alcune cose che sembrano ovvie ma sono controproducenti.

Esempi di difesa che è insensato fare:

- “lei non sa chi sono io, io sono il più bravo chirurgo” ....e non posso aver sbagliato. Questa eventuale difesa del medico è un errore! La valutazione del corretto adempimento infatti viene correlata alla bravura di chi fa la prestazione. Più uno è bravo e più si pretende da lui!
- mai dire che “nessuno è perfetto e che si può sbagliare”. L'assenza di perfezione non è una cosa eccezionale, ma un'ovvietà. È una cosa da non dire mai in responsabilità professionale!
- dire che “autorevoli studi dicono che nel 2% c'è una complicità”. Dal punto di vista giuridico è mera evidenza statistica, utile per la scelta dell'approccio ma non per dimostrare a posteriori che si è correttamente adempiuto!

**Dimostrare di aver correttamente adempiuto** è dimostrare che ho fatto bene? sbagliato! Devo solo dire se ho correttamente adempiuto, non se ho fatto bene. Cioè che ho fatto ciò che andava fatto.

Che la preoccupazione del professionista sia attrezzarsi per dare la miglior prestazione va bene, ma mi devo anche attrezzare per prevenire il rischio. Quindi qualità della prestazione e qualità della prevenzione del rischio.

Se io sono denunciato e non ho fatto errori devo chiedermi: posso provare il corretto adempimento?

In passato fino al 2000 la mentalità era del danno extracontrattuale: ma era già avvenuto il cambio di mentalità. C'è un'evoluzione culturale del concetto di errore.

Caso di infezione ospedaliera: o dimostro il corretto adempimento, o perdo la causa. Poi le infezioni ospedaliere si possono vincere se dimostro che non è nosocomiale. La prima domanda che devo farmi è: posso mettere in dubbio che l'onere della prova sia ripartito e in dubbio che l'infezione è compatibile anche con un'altra cosa che lui ha fatto.

Un esempio: infezione HCV ed effetto finestra. Tu paziente devi dimostrarlo. Non devo commettere l'errore di dare per scontato che l'ha presa in ospedale. Devo conoscere queste regole del gioco.

La sentenza che citiamo 577/2008 sulla responsabilità contrattuale parlava di infezione emotrasfusionale. La difesa era sul fatto che non si conoscesse il virus prima di allora ecc. Mentre non ho provato l'informazione ed il corretto adempimento. Quindi la difesa ha sbagliato strategia.

La qualità della prestazione sanitaria migliora negli anni (finora) ma i danni assicurativi in sanità sono comunque decuplicati negli ultimi anni.

L'unico settore simile alla sanità è chi produce auto (!). L'analogia principalmente è che non posso scegliere l'utente, ...poi che muovo un quantità enorme di denaro.

Viene portato l'esempio di due differenti case automobilistiche, la prima storica la seconda di più recente ingresso sul mercato.

La prima ha tante spese di richiami auto, la seconda no perché informa bene l'utente.

Ad esempio la persona che ha comprato un'auto di grande nome e appena uscito dal concessionario si è subito schiantato contro un albero, ha denunciato la casa automobilistica ed ha vinto la causa, perché non gli era stato spiegato bene tutto.

La casa automobilistica di più recente ingresso sul mercato invece si comporta in questo modo: macchina nuova, presentata in una stanza con l'auto coperta da un telo rosso. C'era solo quell'auto (nessuna distrazione quindi) e gli ho spiegato come funziona. L'auto è coperta e quindi non sono stato distratto a guardarla. Il cliente non firma un trattato di come è fatta l'auto, solo la dimostrazione di come sia stato informato.

Quindi dimostrare l'informazione.

In analogia, il consenso in sanità deve essere informato, e va dimostrato che non poteva che essere informato.

**Quanto pesa l'errore nel fenomeno risarcimento in sanità?**

Meno del 30%.

Il resto 70% è invece legato alla mancata prova del corretto adempimento.

La prevenzione del rischio è quella del rischio esistente, non di quello che penso io.

Quindi capire le regole (che non do io) e capire le strategie (è come giocare a carte).

Poi quando si è sfortunati si è sfortunati e basta. Meglio “passare la mano”.

**Le conseguenze sul piano assicurativo**

Non esiste rischio che non si possa assicurare. L'assicuratore di mestiere fa lo scommettitore, il suo è un contratto “aleatorio”, lui scommette.

Perché si fa fatica ad assicurare medici e avvocati?

Infatti se paghi dovresti essere sempre il benvenuto!

Ma l'assicuratore valuta il rischio, e se il rischio non è calcolabile perché non è sotto controllo, allora l'assicuratore non assicura.

Questo per la responsabilità medica parrebbe il motivo della ....“fuga” delle Compagnie di Assicurazione dal mercato della

responsabilità civile sanitaria.

Questo è la conseguenza del variare della giurisprudenza nel corso degli anni, conseguenza del variare del comune sentire e quindi del contratto medico paziente.

Quindi anche se l'assicuratore assicura di tutto, non sfugge ad un rischio perché costa troppi soldi. Anche di fronte alla disponibilità di strutture disposte a pagare moltissimo esse non trovano chi le assicuri, perché? Perché l'assicuratore fugge dai rischi che non riesce a verificare e controllare, perché lui vuole il controllo del rischio e non vuole lasciare ad altro tale controllo. Lui vorrebbe che le cose che i medici scrivono in un modo, le scrivessero in altro modo per provare il corretto adempimento. Ed è questo il 70% dei pagamenti per mancata prova di corretto adempimento. Infatti spesso quanto viene documentato non dimostra appunto il corretto adempimento. E questo è risk management del contenzioso, non dell'errore.

Vi è un altro aspetto che fa perdere le cause al medico: quando la difesa è prettamente tecnica (medica) risulta perdente anche quando si ha perfettamente ragione.

Sarebbe meglio dire che se fossimo artigiani bendati, avremo più chance di vincere.

Se siamo molto bravi siamo condannati, meglio dire che siamo mediocri.

L'errore non è più sinonimo di sbaglio, sono cambiati i termini di tolleranza.

Se deve decidere il giudice, lo valuta con le sue categorie e lui utilizza le cose che sa.

Oltre agli aspetti tecnici e giuridici, devo provare che nel consenso le due persone si sono parlate e che non c'erano distrazioni. La prova del corretto adempimento in gran parte è prova delle circostanze.

Il consenso informato deve essere completo (non può essere un foglio ciclostilato): complicanze, risultati attesi, ecc. Ma la persona con cui ho parlato ha capito?? Deve essere comprensibile! Ma anche se si dimostra che l'utente ha capito, può aver avuto paura e non era in se' ed era senza equilibrio. Ad esempio, non si può far firmare il consenso in sala operatoria! Non è certo il momento in cui la persona ha la maggior stabilità emozionale.

Il chirurgo in alcuni ospedali americani detta quel che vede durante l'intervento chirurgico, descrive nel dettaglio, dice se ha fatto fatica a farlo, dice se non è da manuale e se trova cose diverse che rendono difficoltoso l'atto operatorio. Usiamo la tecnologia di oggi per documentare le difficoltà che troviamo.

Procedure quindi differenti potrebbero portare alla riduzione del contenzioso o ad un maggior successo nel caso di contenzioso?

La cartella clinica informatizzata è un successo se ben fatta. Ma ci vogliono molti soldi per farlo? C'è una struttura pubblica che l'ha fatto: a Modena, in modo economico ma efficace.

Non dobbiamo lavorare di più, non dobbiamo fare scartoffie inutili.

A Modena hanno rivisto a posteriori cartelle chiuse con il fine di analizzare se il corretto adempimento è o no dimostrabile. Erano cartelle senza problemi legali.

Non devi lavorare di più, ma scrivere ad esempio il diario clinico in altro modo.

È impensabile che il gestore del rischio del contenzioso si dedichi di più a quel 30% dove già facciamo bene, e poco a quel 70% dove c'è tanto da migliorare.

Non dobbiamo lavorare ancora di più sulle scartoffie, ma sul modo di far meglio quelle che ho.

Oggi il paziente deve provare che è uscito peggio di come è entrato: bisognerebbe essere più precisi possibile nel documentare come è entrato prima dell'intervento. Il pre-ricovero!!!!

Due rilievi:

1) io accetto un paziente, non un ginocchio o un'anca

2) devo descrivere quello che vedo, le circostanze sono importanti. Farlo vuol dire essere impietosi e non eccessivi. Impietosi è descrivere quel che si vede. Se io descrivo solo la patologia al ginocchio e non valuto e descrivo bene che è cardiopatico o epatopatico ecc., rischio che se poi se va male a causa di queste patologie non riesco a difendermi.

Grande importanza è come gli utenti considerano le circostanze, la loro compliance.

Esempio della moto giapponese che ha richiamato 1 sola volta una moto per un particolare minimo e di poco conto: viene visto come una tragedia e perdita di fiducia da parte dei suoi clienti.

Invece una moto italiana ha richiamato ben 8 volte una moto, anche per difetti che potevano mettere in serio pericolo i conducenti ..... e tutti erano soddisfatti perché si son sentiti seguiti bene!

Noi usiamo i criteri di percezione della gente, le emozioni che prova per sicurezza, ordine, ..., guai al cliente ipercritico!

Il paziente deve avere la percezione che noi siamo attenti ai suoi problemi, che possiamo anche sbagliare perché la materia è difficile, ma che abbiamo messo in opera tutti i nostri mezzi. Così si crea un utente compliante, che condivide e accetta.

**Dott. Renzo Malatesta e Dott. Francesco Pravato**

*Consiglieri Ordine Medici Treviso*

# CURE PALLIATIVE: QUANDO IL CANE MIGLIORA LA QUALITA' DELLA VITA

## un'esperienza di pet therapy

Renzo Malatesta

Quando due anni fa un veterinario mi prospettò la possibilità di effettuare attività di supporto ai pazienti ricoverati in Hospice mediante l'ausilio del miglior amico dell'uomo, il cane, devo ammettere che ero incuriosito ma anche molto molto perplesso.

Ora, dopo due anni di esperienza di pet therapy in un hospice che accoglie circa 45 pazienti al mese, ritengo che con il contributo dei cani si sia veramente potuto elevare il benessere globale del malato terminale e dei suoi familiari.

### **Il progetto**

Il Progetto "pet therapy in Hospice", si è basato sul ruolo di un cane come mediatore e catalizzatore di un processo di relazione con l'utenza (malati e/o familiari), volto a favorirne il benessere, la socializzazione, la migliore qualità di vita.

La Pet-therapy trova applicazione negli ospedali, in particolare nei reparti di pediatria e geriatria, nelle strutture riabilitative per pazienti disabili, negli Hospice.

Il progetto è nato dalla collaborazione tra la Casa di Cura Policlinico San Marco di Mestre, l'ULSS 12 veneziana, l'associazione "la Terra di Hope" e vede coinvolta un'équipe multidisciplinare composta da due "pastori australiani", un "golden retriever", un "american staff", formati, valutati e certificati per lo svolgimento degli IAA (Interventi Assistiti con gli Animali), i/le conduttori/rici specializzati in IAA, uno psicologo dell'Hospice ed un medico veterinario della ULSS 12 specializzato in IAA.

La stesura del progetto ha rispettato le disposizioni regionali in materia di Interventi Assistiti con gli Animali al fine di garantire l'efficacia delle sedute e tutelare il benessere sia degli utenti che degli animali coinvolti.

La Regione Veneto, infatti, con la legge n. 3/1/2005, ha promosso e definito la Pet Therapy come "le attività e pratiche terapeutiche effettuate in affiancamento alle terapie di medicina tradizionale con impiego di animali" e con il DGRV n. 4130 del 19/12/2006, per prima in Italia, ha fissato le Linee Guida regionali relative ai Programmi Assistiti con gli Animali. Lo stesso Regolamento Comunale del Comune di Venezia di Igiene Urbana e Veterinaria e sul Benessere degli Animali del 16/11/2009, "promuove le iniziative e le attività al fine di agevolare e consentire la presenza di animali utilizzati in attività di pet-therapy, in particolar modo di cani a ciò validati e riconosciuti, nei luoghi di cura e di riabilitazione delle persone ivi ricoverate e/o ospitate".

### **Quali interrelazioni tra un animale ed un paziente?**

L'animale può fungere da "mediatore emozionale" soprattutto in situazioni difficili e stressanti di cui può favorire la manifestazione soprattutto mediante il canale non verbale (postura, mimica facciale, sguardo e gestualità).

Numerosi studi evidenziano come la presenza di un animale aiuti a combattere la solitudine, la depressione, stress ed ansia offrendo un momento di svago e divertimento, distraendo dal dolore e dalla malattia, promuovendo l'interazione tra utenti e personale e la relazione tra malato e familiari.

I meccanismi attraverso cui gli interventi assistiti agiscono sul paziente sono molteplici, il meccanismo più importante è quello affettivo-emozionale a cui sono correlati i meccanismi fisiologici, pertanto tanto più intenso è il legame utente-animale tanto più gli interventi si dimostreranno efficaci.

Il contatto con l'animale suscita emozioni positive, le quali risultano essere strettamente correlate al rilassamento ed hanno effetti benefici sulla salute. Studi recenti dimostrano come la presenza di un animale, la possibilità di accarezzarlo e socializzare con esso, comporti una diminuzione della pressione sanguigna (Allen, Blascovich, Mendes, 2002; Allen, Blascovich, Tomaka, Kelsey 1991; Allen, Shjkoff



& Izzo 2001), una riduzione dello stress (Barker, Knisely, McCain & Best, 2005), una riduzione dell'ansia (Barker, Pandurangi & Best, 2003; Barker, Rasmussen & Best, 2003), una riduzione della frequenza cardiaca (Allen, Shjkoff & Izzo 2001; Handlin, Hjdbring-Sandberg, Nilsson, Ejdeback, Jansson & Uvnas - Moberg, 2011; Kaminski, Pellino & Wish, 2002; Motooka, Koike, Jokojama & Kennedy, 2006).

Infine "recenti risultati scientifici (Odendaal, 2000; Odendaal & Meintjes, 2003; Barker, Knisely, McCain & Best, 2005; Miller et al., 2009; Viau et al., 2010; Handlin, Hjdbring-Sandberg, Nilsson, Ejdeback, Jansson & Uvnas - Moberg, 2011) suggeriscono che l'ossitocina viene rilasciata anche nelle interazioni uomo-animale." ... "è ragionevole supporre che l'ossitocina possa svolgere un ruolo principale nei meccanismi neurobiologici che stanno alla base degli effetti indotti dalla interazione uomo-animale" (Henri Julius, Andrea Beetz, Kurt Kotrschal, Dennis Turner, Kerstin Uvnas - Moberg, L'attaccamento agli animali, ed. Hogrefe, 2014).

Il rapporto uomo-animale risulta essere un forte stimolo psicologico, attivando meccanismi diversi quali stringere relazioni, il soddisfacimento di bisogni psicologici come il dare e ricevere, il prendersi cura, il sentirsi utili ed il trasferire tali legami ad altre persone.

La presenza di un animale induce una riduzione dell'alienazione ed isolamento, favorisce la comunicazione fatta spesso di gesti, parole semplici, ripetute e toni cantilenanti, dall'effetto calmante e rassicurante.

L'animale non giudica e non valuta, stabilisce relazione e legami semplici e spontanei.

### **Perchè si è scelto una struttura di Hospice?**

Negli Hospice, data la peculiarità degli ospiti, la pet therapy è relativamente diffusa e molto apprezzata.

Anche presso la casa di Cura si è scelto di iniziare questa esperienza in Hospice, in previsione poi di estendere in futuro ad altri reparti questa esperienza.

Il reparto Hospice ospita malati terminali spesso anziani e soli, che vivono un profondo senso di isolamento, la presenza dei cani in più di qualche situazione ha permesso non solo di far uscire i pazienti dalla loro chiusura relazionale ma anche ha facilitato l'instaurarsi di una relazione migliore tra personale sanitario e pazienti. Lo stesso rapporto con i familiari viene mediato e facilitato dalla presenza degli animali, toccante è stata la testimonianza di un familiare che ha riferito come per la madre la presenza del cane sia stato un sostegno significativo in un momento così delicato.

### **Come avvengono le "visite" dei cani?**

Lo psicologo dell'Hospice insieme al caposala, individuano settimanalmente i degenti che possono trarre maggior beneficio, principalmente: presenza di potenzialità relazionali e capacità attentive, pregresse esperienze con animali, desiderio espresso dal degente all'incontro, assenza di paura verso i cani, assenza di controindicazioni espresse dal medico del reparto.

Gli incontri presso il reparto Hospice del Policlinico San Marco hanno una cadenza settimanale ed una durata complessiva di un'ora circa. Gli interventi vengono monitorati attraverso l'utilizzo di schede valutative compilate dalla psicologa di equipe durante lo svolgimento dell'attività e questionari di gradimento autosomministrati a pazienti, parenti e personale sanitario.

Le attività proposte sono diverse e variano in base alle esigenze e alle necessità di ogni singolo paziente.

Qualora gli utenti ne manifestino il desiderio, i cani hanno il permesso di salire sui letti e distendersi accanto al paziente

sul loro apposito telo; questo permette anche a chi è impossibilitato ad alzarsi di godere della morbida e calda presenza dell'animale. Spazzole, carezze e cure affettuose fanno rivivere ai pazienti momenti piacevoli della loro vita, dimenticando per qualche minuto le difficoltà della vita ospedaliera. Capita spesso che i pazienti ricordino con affetto gli amici a 4 zampe che hanno arricchito il loro percorso di vita e rivivano con i cani co-terapeuti emozioni piacevoli e rilassanti.

### **Quali risultati?**

Le sedute si pongono come obiettivo il miglioramento della qualità della vita dei degenti e il rendere l'ambiente ospedaliero più piacevole.

Tali obiettivi sono sempre decisamente raggiunti, in quanto i cani sono stati finora accolti con stupore ed entusiasmo dai degenti che



attendono con gioia questo momento di svago.

I degenti continuano a raccontare anche successivamente, a parenti e operatori sanitari, di questa esperienza molto positiva. Chiedono di ripeterla. A corredo delle sensazioni personali, vengono utilizzate anche delle schede di gradimento consegnate ai pazienti, oltre ad altre schede di valutazione indiretta consegnate ai parenti.

È dall'analisi di queste schede che si trae un giudizio oggettivo sui risultati positivi dell'iniziativa: la quasi totalità dei pazienti e dei familiari, oltre che del personale sanitario, ha accolto favorevolmente l'attività.

### **Altre iniziative di corollario per la presenza di animali in ospedale**

Aree sosta cani. A completamento e corollario della pet therapy nel reparto Hospice, la struttura ha creato un'area sosta cani all'esterno ed una all'ingresso dell'edificio principale, ambedue adiacenti all'ingresso principale.

Tali aree di sosta cani sono state ben attrezzate e regolamentate.

L'area sosta esterna è spesso utilizzata, mentre l'area interna lo è molto meno.

Nel rispetto dell'apposito regolamento, tali aree consentono ai degenti di tutti i reparti, qualora possibile con il loro stato di salute, di poter entrare in contatto con il loro cane che altrimenti non vedrebbero se non al loro rientro a domicilio.

### **Pet therapy anche per il personale sanitario**

Nei primi mesi di quest'anno, è stata "provata" la pet therapy anche per una parte del personale sanitario dell'Hospice. Si è trattato di sedute di pet therapy per singoli operatori.

Tale "prova" è stata fatta per valutare gli aspetti benefici del cane su lavoratori potenzialmente ad alto rischio di burn out. La metodica e gli obiettivi di pet therapy applicata sono stati ovviamente differenti da quelli per i degenti, era focalizzata sulla promozione di sensazioni di benessere e di calma, miglioramento della socializzazione e della percezione di sé.

Ne è emerso un forte interesse per l'attività ed un miglioramento dell'umore tra inizio e termine seduta. Rilassamento, gioia, serenità, sono state tra le più frequenti sensazioni riferite.

### **Disponibilità del materiale per avviare iniziative analoghe**

Arrivare alla attuazione del progetto è stato un percorso lungo e con molte difficoltà, specie per vincere le resistenze psicologiche di taluni medici e amministratori. Contemporaneamente vi è stata la massima disponibilità di altri medici, veterinari, amministratori, che hanno consentito la realizzazione di quella che era diventata quasi una scommessa.

Per poter facilitare eventuali persone che volessero intraprendere questa esperienza di pet therapy, sono disponibile a fornire tutta la documentazione necessaria.

### **NORMATIVA DI RIFERIMENTO**

- Interventi assistenziali e terapeutici che prevedono il coinvolgimento di animali – Linee guida – a cura del Gruppo Linee Guida del Comitato Tecnico Scientifico del Centro regionale di studio e ricerca in materia di pet therapy. Sito internet aggiornato a settembre 2013.
- Gruppo di Lavoro MOR del Progetto Net Pet Therapy - manuale operativo regionale – Regione del Veneto (Isabella Morabito, Gabriele Antonioli, Giulia Bompadre, Alessandra Carraro, Fabrizio Cestaro, Aldo Costa, Guido Darsiè, Katharina De Noni, Carmine Guadagno, Silvia Guerra, Maria Montanaro, Maurizio Schiavon, Maria Segat, Camilla Siliprandi) – presentazione di Luca Coletto (Assessore alla Sanità) e Fortunato Rao (Direttore Generale ULSS 16 Padova). Settembre 2010
- Regolamento del Comune di Venezia "Regolamento comunale di igiene urbana veterinaria e sul benessere degli animali" approvato con Del. Cons. comunale n.144 del 16.11.2009, ed in particolare l'art. 12 dal titolo "Pet-therapy"
- DGR Regione Veneto n. 4130 del 19.12.2006 – allegato A: interventi assistenziali terapeutici che prevedono il coinvolgimento degli animali - linee guida
- Legge Regione Veneto n. 3/2005 in materia di Terapie Complementari
- Linee guida "interventi assistiti con gli animali (IAA), in base all'Accordo, ai sensi degli articoli 2, comma 1, lettera b) e 4, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Linee guida nazionali per gli interventi assistiti con gli animali (IAA)"



**Dott. Renzo Malatesta**  
Consigliere Ordine Medici Treviso

*Riportiamo di seguito, le relazioni di alcuni eventi scientifici rivolti agli Odontoiatri ed organizzati dalla Commissione Albo Odontoiatri di Treviso*

## COMPLICANZE DA IPERTENSIONE, DIFOSFONATI, INFEZIONI E ANTICOAGULANTI IN ODONTOIATRIA

**Sabato 5 dicembre 2015**

Con l'evento del 5 dicembre 2015 si è concluso il ciclo di quattro incontri organizzati dalla Commissione Albo Odontoiatri dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Treviso.

Nella sede dell'Ordine ai 65 odontoiatri presenti hanno relazionato il **dr. Marcello Rattazzi** che ha presentato protocolli per la gestione del paziente iperteso, il **dr. Pier Giorgio Scotton** che ha trattato le complicanze infettive, la **dottorssa Sabina Villalta** che ha spiegato i vecchi e nuovi anticoagulanti e il **dr. Marco Rossi** che ha parlato dei bifosfonati impiegati nei pazienti affetti da osteoporosi e neoplasie. La partecipazione è stata vivace e gli odontoiatri hanno animato l'evento con molti quesiti pratici.

Rivolgiamo alcune domande ai Relatori:

**Dottor Rattazzi, quando si parla di crisi ipertensiva, cosa differenzia un'urgenza ipertensiva da una emergenza ipertensiva?**

Viene considerata "crisi ipertensiva" un riscontro di valori di pressione arteriosa sistolica  $\geq 180$  mmHg e/o di pressione arteriosa diastolica  $\geq 110$  mmHg. In corso di crisi ipertensiva è fondamentale distinguere l'urgenza ipertensiva dall'emergenza ipertensiva. L'elemento principale che distingue queste due condizioni è la presenza o meno di danno d'organo (più spesso cardiaco o cerebrale). Rappresentano ad esempio emergenze ipertensive l'infarto miocardico, l'edema polmonare, l'emorragia cerebrale e l'encefalopatia ipertensiva. In queste situazioni la pressione deve essere ridotta nell'arco di poco tempo (quasi mai però con necessità di raggiungere valori di normotensione) e il trattamento antiipertensivo si basa unicamente sull'utilizzo di farmaci per via endovenosa somministrati in condizioni di stretto monitoraggio clinico. In caso di emergenza ipertensiva l'utilizzo di farmaci per via orale, o intramuscolo, deve essere evitato perché in virtù dell'imprevedibilità della risposta pressoria tale scelta terapeutica può avere conseguenze cliniche dannose. Viceversa, nell'urgenza ipertensiva, quando cioè il rialzo pressorio non è accompagnata da danno d'organo, i valori pressori possono essere ridotti nell'arco di 24-48 ore, ed è sufficiente il ricorso alla terapia orale (solitamente potenziando il trattamento antiipertensivo in atto).

**Quali valori pressori sono da considerare di allarme tale da consigliare la sospensione delle terapie odontoiatriche?**

Si tratta di una problematica sensibile ma rispetto alla quale la letteratura scientifica offre un numero limitato di evidenze. Alcuni studi hanno dimostrato che nei soggetti ipertesi che si sottopongono a terapie odontoiatriche livelli di pressione arteriosa  $< 160/100$  mmHg non sono accompagnati da un aumentato rischio di complicanze periprocedurali di tipo cardio-cerebrovascolare. In caso di pressione arteriosa  $\geq 160/100$  mmHg non sono disponibili dati clinici. In questa situazione è quindi consigliabile assumere un atteggiamento prudentiale, limitandosi all'esecuzione di interventi semplici o urgenti e rinviando i trattamenti in elezione a dopo il raggiungimento del controllo pressorio. Inoltre secondo alcuni autori è indicato ridurre, per quanto possibile, l'utilizzo di vasocostrittori nei soggetti con valori pressori non ben controllati o con anamnesi di cardiopatia. Può essere invece utile il ricorso a trattamenti ansiolitici in preparazione all'intervento. Ovviamente se il paziente presenta una clinica suggestiva per emergenza ipertensiva è opportuno inviare il paziente



Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Treviso

CORSO DI AGGIORNAMENTO

**COMPLICANZE DA IPERTENSIONE, DIFOSFONATI, INFEZIONI E ANTICOAGULANTI IN ODONTOIATRIA**



Sabato 5 dicembre 2015  
Ore 8.15

Sede Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri  
Via Cittadella della Salute, 4  
31100 Treviso

**7,5 CREDITI ECM**  
EVENTO ECM GRATUITO,  
ISCRIZIONE OBBLIGATORIA PER  
MAX 50 ODONTOIATRI

in valutazione in pronto soccorso, astenendosi dalla somministrazione di farmaci antiipertensivi per os o intramuscolo.

**Dottor Scotton Lei ha citato sindrome di Lemierre, patologia non frequente ma che merita di essere conosciuta dagli odontoiatri. Può descriverla brevemente?**

La sdr di Lemierre è una manifestazione oggi rara, ma non rarissima, che va tenuta presente in quanto grave complicazione di infezioni del cavo orale. L'agente etiologico più frequentemente in causa è il *Fusobacterium necrophorum*; si verifica una tromboflebite settica della vena giugulare interna omolaterale all'infezione del cavo orale; tale tromboflebite può svilupparsi verso il torace/mediastino o verso l'encefalo con gravi complicazioni.

**Quali sono gli antibiotici che consiglia nel caso in cui il paziente risulti allergico alle penicilline e perchè?**

In caso di allergia a beta-lattamici è doveroso indagare accuratamente se quanto riferito è stata una reazione allergica, in quanto spesso si tratta di intolleranze gastrointestinali o altro che non sono da considerare reazioni allergiche. L'antibiotico alternativo più adeguato per le infezioni del cavo orale è la clindamicina, in quanto mantiene una buona attività verso i germi aerobi ed anaerobi più frequentemente in causa nelle infezioni del cavo orale. Il dosaggio abituale è di una compressa da 300mg 3 o 4 volte al dì.

**Dottorssa Villalta può brevemente spiegare in cosa consiste la "Bridging therapy" e quando conviene utilizzarla?**

Non vi è un modo universalmente accettato per definire la "Bridging Therapy". Essa rappresenta una modalità di gestione della terapia anticoagulante orale (OAC) nel caso in cui ne sia richiesta la temporanea sospensione ai fini di un intervento chirurgico o di una procedura invasiva. Generalmente è intesa come la somministrazione di un anticoagulante a breve emivita come l'eparina a basso peso molecolare (EBPM s.c.) o l'eparina non frazionata (UFH e.v.) per un periodo limitato di tempo, circa 10-12 giorni, durante il quale i valori di INR non sono in range terapeutico per effetto della sospensione dell'ACO. L'obiettivo è quello minimizzare il rischio di trombosi (valvolare, embolie sistemiche, stroke) in pazienti con protesi valvolari cardiache meccaniche o con fibrillazione atriale senza produrre un incremento del rischio emorragico. Si stima che bridging therapy venga praticata ogni anno nel 10% dei pazienti in ACO. In particolare si calcola che in Italia, circa 6.000-9.000 pazienti all'anno ne abbiano necessità. Un principio generale che dovrebbe regolare la gestione dell'ACO in questo contesto è quella di minimizzare il rischio emorragico. Infatti, se il paziente sanguina durante la procedura chirurgica/manovra invasiva, il trattamento antitrombotico deve essere sospeso per un intervallo di tempo più prolungato, condizione che lo espone più a lungo ad un aumentato rischio tromboembolico. Risulta di particolare importanza la stratificazione individuale sia del rischio trombotico, determinato prevalentemente dalla patologia di base, che di quello emorragico a sua volta rappresentato dalla patologia di base ma anche dal tipo di procedura o intervento. Il rischio trombotico può essere basso, come nel caso di fibrillazione atriale in assenza di ulteriori fattori di rischio o di trombosi venosa di vecchia data, o elevato come nei soggetti portatori di protesi valvolari cardiache o in condizioni di trombofilia maggiore. Allo stesso modo quello emorragico può essere basso, in caso di interventi odontoiatrici o dermatologici minori, nei quali la sospensione dell'ACO non è necessariamente richiesta, o elevato in caso di chirurgia toraco-addominale, ortopedica o cardiaca, etc.

Tra i protocolli in uso le LG ACCP 2012 suggeriscono il seguente:

- Sospendere ACO almeno 5 gg prima; dopo 2 di sospensione gg, se INR<2, iniziare EBPM (dosaggio terapeutico o intermedio a seconda del rischio cardio-tromboembolico)
- Controllare INR il giorno prima (eventuale vit. K) e/o il giorno della procedura, se possibile
- Ultima somministrazione EBPM 24 h prima di intervento, da eseguirsi con INR<1.5 salvo diversa indicazione dell'operatore
- Iniziare dose bassa cioè profilattica con EBPM ad almeno 12 ore da intervento/procedura, ad emostasi sicura, salvo diversa indicazione
- Riprendere EBPM a dosaggio intermedio o terapeutico dopo 24-36 h se basso rischio emorragico o 48-72 h se alto rischio emorragico
- Riprende VKA a dosaggio abituale il giorno successivo a intervento/procedura, se possibile
- Sospende EBPM quando INR>2 (o >2.5)

Con l'avvento dei farmaci anticoagulanti orali diretti (NAO) la gestione di queste situazioni risulta notevolmente semplificata in quanto essi offrono il vantaggio di una emivita breve e della rapidità di insorgenza della loro azione, tanto da non rendere necessaria la Bridging Therapy. Nella maggioranza dei casi sarà sufficiente sospendere il NAO 1-2 giorni prima, a seconda del rischio emorragico della procedura e della funzione renale del paziente che ne condiziona la velocità di eliminazione. La ripresa del NAO potrebbe avvenire anche a distanza di sole 6-8 ore dalla conclusione della procedura

o a partire dalla 1°- 3° giornata postoperatoria a seconda del ripristino di una adeguata emostasi. In caso di interventi a basso rischio emorragico il NAO potrà essere mantenuto avendo cura di effettuare l'intervento a "valle" rispetto all'ultima somministrazione e differendone la ripresa di qualche ora rispetto al previsto.

Concludendo possiamo affermare che la gestione della terapia antitrombotica in caso di manovre invasive o di interventi chirurgici rappresenta un argomento di grande attualità per la sua frequenza, per i risvolti potenzialmente rischiosi che ne possono derivare, per il grande impatto clinico degli eventi che si vogliono prevenire. La scelta della strategia più appropriata per il singolo paziente richiede una accurata analisi del profilo personale di rischio e un attento giudizio clinico dato che le evidenze scientifiche sono scarse.

### ***Può indicare quali sono attualmente i nuovi anticoagulati che in alcuni casi possono sostituire il Warfarin? Può anche spiegarne i vantaggi?***

I nuovi farmaci anticoagulanti orali, presenti attualmente in commercio in Italia, sono Dabigatran (Pradaxa cps da 110 e 150 mg), Rivaroxaban (Xarelto cp 15 e 20 mg), Apixaban (Eliquis cp 2,5 e 5 mg). Essi vengono più appropriatamente definiti anticoagulanti orali diretti in quanto presentano una elevata specificità del sito di azione costituito rispettivamente dal Fattore II nel caso di Pradaxa e dal Fattore X nel caso di Rivaroxaban e Apixaban. La loro prescrizione è autorizzata per la prevenzione degli eventi cardioembolici in pazienti con fibrillazione atriale non valvolare e nel trattamento in fase acuta e nella prevenzione estensiva della patologia tromboembolica venosa. Tutti si assumono per via orale e non necessitano di monitoraggio laboratoristico routinario. L'eliminazione avviene in misura variabile prevalentemente per via renale, soprattutto in caso di Dabigatran. Una piena attività anticoagulante inizia già a partire da 2-3 ore dopo la loro assunzione e presentano un'emivita non superiore alle 12 ore che può tuttavia essere prolungata in caso di compromissione della funzione renale. Offrono il vantaggio di non subire interferenze dall'assunzione del cibo mentre scarse risultano quelle farmacologiche. Negli studi clinici che ne hanno consentito la registrazione, si sono confermati almeno altrettanto efficaci rispetto agli ACO tradizionali e più sicuri nella riduzione delle emorragie maggiori, in particolare quelle intracraniche. I dati dei trials sono stati confermati da quelli raccolti con i registri real life. In caso di emorragia o di intervento chirurgico indifferibile, la gestione dovrà avvenire con provvedimenti non sostanzialmente dissimili a quelli fino ad ora adottati per gli ACO tradizionali, applicando le procedure di controllo dell'emostasi locale e infondendo, limitatamente ai casi severi, i concentrati del complesso protrombinico o il fattore VII ricombinante. Inutile la somministrazione di vitamina K. Per Dabigatran è già disponibile un antidoto, la cui commercializzazione è prevista a breve, per gli altri NAO sono in studio ulteriori preparati specifici. Tuttavia, è verosimile che la necessità di usare l'antidoto sarà una evenienza rara in virtù del ridotto potenziale emorragico di questi farmaci e grazie alla rapidità con la quale vengono eliminati.

### ***Dottor Rossi, nei pazienti affetti da osteoporosi, che La prego di descrivere brevemente, quali farmaci sono maggiormente utilizzati?***

L'osteoporosi è una malattia sistemica dello scheletro caratterizzata dalla riduzione della massa ossea e da alterazioni



qualitative del tessuto osseo. Tale patologia è molto diffusa (in Italia si stima che circa 3,5 milioni di donne ed 1 milione di uomini sono affetti da osteoporosi) ed è caratterizzata da un aumento del rischio di frattura. Esistono forme "primitive" (per es. postmenopausale, senile) e forme "secondarie" (in corso di malattie endocrine, reumatiche o secondarie all'uso di farmaci come il cortisone).

I farmaci impiegati nella cura dell'osteoporosi si dividono in: 1. Antiriassorbitivi (inibiscono l'attività degli osteoclasti): bifosfonati e denosumab 2. Anabolici (stimolano la sintesi degli osteoblasti): teriparatide (analogo del paratormone).

I bifosfonati (per es. alendronato, risedronato, ibandronato ecc) sono analoghi del pirofosfato, si depositano nella matrice ossea e, inibendo la via metabolica del

mevalonato, inibiscono l'attività degli osteoclasti.

Il denosumab è un anticorpo monoclonale che, agendo sul sistema RANK-RANKL-OPG, inibisce l'attivazione degli osteoclasti.

Teriparatide, invece, è il frammento 1-34 del paratormone ed esplica una azione anabolica, di stimolo sugli osteoblasti.

L'impiego dei bifosfonati e di denosumab è associato ad un aumentato rischio di osteonecrosi mandibolare (ONJ: esposizione di osso della regione maxillo-faciale, mancata guarigione > 8 settimane, nessuna precedente terapia radiante alla regione cranio-faciale).

**Quali categorie di pazienti in terapia con bifosfonati sono maggiormente a rischio di osteonecrosi mascellare?**

I pazienti a maggior rischio di osteonecrosi mascellare sono i pazienti che assumono alte dosi di bifosfonati in particolare per via endovenosa. Trattasi di pazienti affetti da patologia oncologica, spesso immunodepressi, con cattiva igiene orale e che vengono trattati con alte dosi di bisfosfonato per via e.v per il trattamento dell'ipercalcemia paraneoplastica o delle metastasi ossee.

L'esposizione mondiale ai bisfosfonati per l'osteoporosi è stimata di circa 190 milioni di soggetti e la prevalenza di ONJ sembra estremamente bassa.

In una recente pubblicazione (Diagnosis and management of osteonecrosis of the jaw: a systematic review and international consensus. Khan AA et al. J Bone Miner Res. 2015 Jan; 30(1):3-23) che ha passato in rassegna la letteratura da gennaio 2003 ad aprile 2014, l'incidenza di ONJ nei pazienti oncologici è stata stimata intorno all'1-15%, mentre l'incidenza di ONJ nei pazienti osteoporotici è stata stimata intorno allo 0,001-0,01%.

Grazie ancora per la generosa e qualificata partecipazione.

**Dott. Michele Caruso**  
Componente Commissione Albo Odontoiatri  
di Treviso

**Sabato 30 aprile 2016**

**IMPORTANZA DELL'ANALGESIA NEL TRATTAMENTO OLISTICO DEL PAZIENTE ODONTOIATRICO**

E' stata una conferenza molto interessante quella tenuta dal prof. Gastone Zanette sabato 30 aprile 2016, nella nuova aula delle conferenze presso l'Ordine dei Medici di Treviso.

Per diverse ore ha catturato l'attenzione degli odontoiatri intervenuti con il tema della gestione olistica del paziente odontoiatrico. Il prof. G. Zanette ha evidenziato come l'ansia e il dolore siano la fonte principale delle urgenze in odontoiatria e ha indicato una serie di tecniche e di approcci comportamentali per prevenirli ed eliminarli dagli studi. Ha poi spiegato come eseguire una anestesia loco-regionale efficace e ha parlato degli anestetici e dei dosaggi di sicurezza. Al Professore, docente presso il CLOPD di Padova, ricercatore, dirigente medico presso l'O.C. di Padova e responsabile del Master in sedazione presso l'Università di Padova, vorrei porre alcune domande.



**Professor Zanette, nel ringraziarla ancora per la bella relazione, vorrei chiederLe, a beneficio di chi non ha potuto partecipare, come l'ansia e il dolore possano essere individuate e gestite nel paziente ansioso/fobico.**

L'esperienza clinica dell'odontoiatra non è sufficiente per individuare il paziente ansioso; è necessario invece quantificare oggettivamente il grado di ansia del paziente mediante l'impiego di tests specifici, messi a punto appositamente per questo scopo; per esempio possiamo ricordare il test di Corah modificato e l'analogo visivo per l'ansia, identico a quello per la valutazione del dolore. La gestione dell'ansia così quantificata, richiede una specifica preparazione professionale dell'odontoiatra che consenta l'impiego delle tecniche di ansiolisi, sia comportamentali che farmacologiche.

**Quali possono essere le principali emergenze in un paziente la cui ansia non viene riconosciuta e risolta prioritariamente?**

Si possono osservare differenti quadri clinici in virtù del particolare paziente considerato, per esempio nei pazienti giovani e sani, la sincope vasodepressiva che rappresenta l'emergenza assolutamente più frequente nello studio odontoiatrico. Inoltre è comprensibile che un paziente iperteso messo in condizioni di stress peri-operatorio possa presentare una crisi ipertensiva, il paziente epilettico una crisi epilettica, un paziente asmatico una crisi asmatica e via dicendo.

**Cosa intende per "analgesia preventiva"? E quali sono i farmaci che si usano normalmente per attuarla?**

Si intende l'analgesia messa in opera PRIMA dell'aggressione chirurgica, per esempio mediante la somministrazione 1 ora prima dell'intervento di un FANS. In questo modo è possibile modificare positivamente la risposta infiammatoria alla lesione chirurgica con migliore analgesia peri-operatoria e minore incidenza di fenomeni di sensibilizzazione del sistema nervoso centrale e, conseguentemente, una minore incidenza di dolore cronico post-operatorio.

Nel ringraziare e salutare il prof. Zanette, ricordo ai molti che hanno richiesto una copia delle slides della Sua presentazione che possono ottenerle richiedendole alla segreteria dell'Ordine dei Medici.

**Dr. Michele Caruso**

Componente Commissione Albo Odontoiatri  
di Treviso

**Sabato 14 maggio 2016**

## **CISTI E TUMORI DELLE OSSA MASCELLARI**

Il dr. Alessandro Perini è stato ancora una volta relatore presso l'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Treviso il 14 maggio 2016, con una interessantissima esposizione sui tumori e cisti delle ossa mascellari. Questa seconda conferenza conclude un percorso cominciato nel 2015 con i tumori dei tessuti molli del cavo orale.

Poniamo qualche domanda al dr Perini relativamente al tema trattato.

**Dr. Perini, può indicare per sommi capi quali sono gli aspetti principali (radiotrasparenza, sede, ecc..) che deve individuare in radiografia l'odontoiatra che osserva una lesione delle ossa mascellari e quali devono metterlo maggiormente in allarme rispetto alla possibile aggressività di una lesione?**

La prima valutazione è sempre radiografica: vanno annotate immediatamente la densità (radiotrasparenza, radiopacità, aspetto misto, a vetro smerigliato), margini e località. Poi vanno valutate la posizione anatomica, l'eventuale relazione con i denti, gli effetti sulle strutture anatomiche vicine, l'aspetto della corticale e infine l'eventuale reazione periostale.

Le lesioni radiotrasparenti, rotondeggianti, a margini ben definiti, senza grandi effetti sulle strutture anatomiche vicine sono spesso lesioni cistiche o benigne. Aspetti come: lesioni miste poco definite, margini indistinti, notevole erosione delle radici, sintomi neurologici, reazione periostale possono invece rappresentare lesioni infiammatorie o a volte maligne.

In ogni caso risulta poi necessario un approfondimento istologico per la diagnosi definitiva.

**Quali sono le tre cisti più frequenti delle ossa mascellari e come vanno affrontate dall'odontoiatra?**

La più frequente è la cisti radicolare periapicale. E' una cisti infiammatoria che si presenta con caratteristica lesione radiotrasparente uniloculare ben delimitata all'apice di denti non vitali o trattati endodonticamente. E' una lesione che va trattata chirurgicamente e per la quale la semplice terapia endodontica o anche l'estrazione dentaria non sono sufficienti. La cisti radicolare laterale e la cisti residua sono varianti di questa entità patologica.

La più frequente tra le cisti di origine disembrionogenetica è invece la cisti dentigera (anche detta follicolare). Si forma intorno alla corona di un dente non eretto con una radiotrasparenza ben delimitata che può raggiungere dimensioni discrete o apparire moderatamente multiloculata. Può dislocare il dente incluso o riassorbire le radici dei denti vicini. Viene



Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri di Treviso

**CISTI E TUMORI  
DELLE OSSA  
MASCELLARI**



Sabato 14 maggio 2016  
Ore 9.00

Sede Ordine dei Medici  
e degli Odontoiatri  
Via Cittadella della Salute, 4  
TREVISO

**5 CREDITI ECM**

rimossa chirurgicamente insieme al dente che contiene.

La terza entità degna di nota è la cheratocisti. Anch'essa disembrigenetica ha particolari caratteristiche istologiche e cliniche che ne rendono frequente la recidiva, contrariamente alle altre cisti. Situata spesso all'angolo mandibolare è a volte associata ad un dente incluso, ha caratteristiche di maggiore aggressività ed entra in diagnosi differenziale anche con tumori odontogeni benigni come l'ameloblastoma.

***Le cisti possono degenerare in patologie maligne?***

La degenerazione maligna non è caratteristica delle cisti. Il rischio principale invece è di un lento ma costante aumento delle loro dimensioni (nonostante eventuali terapie endodontiche), rendendo sempre più demolitiva la loro rimozione o ponendo il rischio seppur raro di fratture patologiche o iatrogene. Per questo motivo una diagnosi e terapia precoci sono comunque auspicabili.

***I tessuti prelevati in studio da una sede cistica devono essere sempre inviati in ospedale ed esaminati istologicamente dai Colleghi anatomico-patologi?***

Sì. L'esame istologico è necessario per una corretta diagnosi. E' opportuno tuttavia informarsi preventivamente sulle procedure di ciascun ospedale e sulle normative per la gestione dei tessuti biologici e di eventuali conservanti, da prevedere anche in sede di autorizzazione regionale sanitaria.

***Tra i tumori benigni e maligni delle ossa mascellari quali sono i più frequenti?***

Fortunatamente sono tumori piuttosto rari. Il più frequente tra i tumori odontogeni benigni è l'odontoma. Considerato da alcuni un semplice amartoma ha un aspetto misto e viene rimosso con un intervento conservativo in maniera abbastanza semplice. Degno di nota è anche l'ameloblastoma, che invece ha caratteristiche di maggiore aggressività e necessita normalmente di una rimozione

più accurata con resezione ossea in margine sano.

Tra i tumori non odontogeni benigni gli osteomi sono più frequenti, semplici e non pericolosi, ma non vanno dimenticati i rari tumori maligni come i sarcomi, linfomi o metastasi a localizzazione mascellare. Immediati approfondimenti in ambito ospedaliero sono necessari in questi casi.

Per terminare un grazie di cuore a tutti i colleghi per la partecipazione come sempre numerosa e attenta. Vorrei cogliere l'occasione per ringraziare anche l'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri e la Commissione Albo Odontoiatri della provincia di Treviso. Spero di poter essere ancora presente in futuro, proseguendo nella collaborazione culturale intrapresa da tempo tra Ordine dei Medici, Clinica Odontoiatrica e Università di Padova.

*Nel ringraziare il dr. Alessandro Perini per la Sua disponibilità, ricordo ai numerosi Colleghi intervenuti che potranno richiedere le slides della presentazione direttamente al Relatore scrivendo all'indirizzo e-mail [alexperini@studioschweiger.it](mailto:alexperini@studioschweiger.it) o [alessandro.perini@unipd.it](mailto:alessandro.perini@unipd.it).*

**Dr. Michele Caruso**

Componente Commissione Albo Odontoiatri  
di Treviso

## CONTRIBUTO ANNUALE DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE

Il **30 aprile 2016** è scaduto il termine per il pagamento della seconda rata del contributo di iscrizione all'Ordine dovuto per l'anno 2016. Per coloro che non avessero ancora pagato si fa presente che il versamento può essere tuttora effettuato, senza mora aggiuntiva, a mezzo bollettino RAV inviato a domicilio oppure, in caso di smarrimento del bollettino, direttamente presso gli sportelli di Equitalia Servizi SpA di:

- **TREVISO** P.zza delle Istituzioni n. 18, Edificio G - Orario: dal lunedì al venerdì, dalle 8:15 alle 13:15 - semifestivi chiusura 12:15.
- **CONEGLIANO** Via Maggior Piovesana 13/A - Orario: dal lunedì al venerdì, dalle 8:15 alle 13:15 - semifestivi chiusura 12:15.

Si ricorda che il sistema di riscossione del contributo di iscrizione all'Ordine viene effettuato a mezzo avviso di pagamento che gli iscritti ricevono a mezzo posta ordinaria verso la metà del mese di febbraio.

Tale avviso ricorda di effettuare il pagamento entro due precise scadenze: prima rata (o unica soluzione) entro il 28 FEBBRAIO e seconda rata entro il 30 APRILE. Nel caso di mancato pagamento, dopo il 30 aprile, scatta l'emissione di cartella esattoriale con aumento della tassa per la notifica, e, nel caso di ulteriore insoluto, Equitalia Servizi SpA dovrà procedere ai sensi di legge, senza possibilità di intervento da parte di quest'Ordine, con l'applicazione della mora ed eventuale fermo auto.

Il sistema di riscossione della quota dell'Ordine a mezzo "avviso" permette, a discrezione dell'iscritto, di effettuare il pagamento utilizzando il bollettino RAV che contiene l'importo esatto da pagare entro la scadenza indicata e un codice (serie numerica) che consente di collegare il pagamento alla cartella o all'atto ricevuto. Il pagamento può essere effettuato:

- online dal sito di Equitalia
- Posta
- Banca (anche home banking selezionando pagamento bollettini RAV)
- presso tutti gli sportelli Bancomat abilitati indicando il numero di RAV e tabaccai abilitati.

Inoltre c'è la possibilità di chiedere la domiciliazione bancaria, operazione che può essere effettuata presso il proprio Istituto di Credito se convenzionato con Equitalia Servizi SpA. La Banca provvederà ad inviare i dati del cliente ad Equitalia Servizi SpA (Ag. Riscossione 113), il quale, invierà l'avviso di pagamento sia all'interessato (con i bollettini di c/c postale barrati) e sia alla propria banca che eseguirà il pagamento. Tale operazione, se effettuata nell'anno in corso, avrà decorrenza 2017.

## STUDI DENTISTICI APERTI NEL MESE DI AGOSTO 2016

Si invitano i Colleghi, i cui studi dentistici rimarranno aperti nel prossimo mese di agosto, a voler compilare e ritornare alla Segreteria dell'Ordine il sottostante modulo **entro e non oltre VENERDÌ 29 LUGLIO 2016 (anche a mezzo fax al numero 0422/541637 purchè ben leggibile).**

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

Le comunicazioni che ci perverranno dopo il 29 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 \_\_\_\_\_

e

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



## SERVIZI GRATUITI PER GLI ISCRITTI ALL'ORDINE DI TREVISO RINNOVATI PER L'ANNO 2016

### ASSISTENZA LEGALE ASSISTENZA FISCALE E CONSULENZA DEL LAVORO

Continuano, anche per l'anno 2016, presso la sede dell'Ordine e solo previo appuntamento con gli Uffici di Segreteria le seguenti consulenze:

#### ASSISTENZA FISCALE E CONSULENZA DEL LAVORO

##### Dr.ssa Annamaria Giacomini

L'assistenza fiscale e di consulenza del lavoro sarà gratuita in caso di primo contatto per quesiti di natura generale e per consigli generici. Per qualsiasi ulteriore attività da prestarsi mediante conferimento da parte del professionista alla Dr.ssa Annamaria Giacomini (dopo aver da questi ricevuto preventivo di massima degli onorari dovuti), i costi, particolarmente calmierati per gli iscritti, sono interamente a carico del medico/odontoiatra.

#### ASSISTENZA LEGALE (principalmente incentrata sulla responsabilità medica)

##### Avvocato Roberto Campion

L'assistenza legale sarà gratuita in caso di primo contatto per quesiti di natura generale e per consigli generici. Per qualsiasi ulteriore attività da prestarsi mediante conferimento da parte del professionista all'Avv. Roberto Campion (dopo aver da questi ricevuto preventivo di massima degli onorari dovuti), i costi, particolarmente vantaggiosi per gli iscritti, sono interamente a carico del medico/odontoiatra.

Consulta il calendario dei giorni disponibili per le rispettive assistenze nel sito dell'Ordine  
[www.ordinemedicitv.org](http://www.ordinemedicitv.org) - Agevolazioni per gli iscritti.

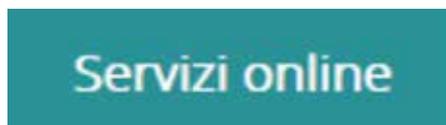
## EVENTI SCIENTIFICI PATROCINATI DALL'ORDINE

Si comunica che nel sito [www.ordinemedicitv.org](http://www.ordinemedicitv.org) è stata creata una nuova pagina dedicata agli eventi scientifici patrocinati dall'Ordine.

....SI RICORDANO ANCHE.....



**FORMAZIONE ECM:** Cliccando nell'apposito bottone e dopo essersi registrati una prima volta, il sistema permette di gestire in modo telematico, tutta la formazione ECM promossa dall'Ordine dei Medici di Treviso, a cominciare dalla consultazione degli eventi formativi, ai dettagli degli stessi, alla possibilità di iscriversi ad uno o più corsi di interesse, a scaricare eventuale materiale messo a disposizione dai Docenti/Relatori, nonché a consultare la pagina PORTFOLIO nella quale vengono visualizzati i corsi ai quali ci si è iscritti e quelli ai quali si ha partecipato, stampare gli attestati ECM e quelli di partecipazione.



**AREA RISERVATA NECESSARIA PER LA STAMPA DEL:**

➔ **proprio certificato di iscrizione all'Albo**, in carta semplice o in bollo, dopo aver preso visione delle note esplicative riportate nella pagina riservata

➔ **l'autocertificazione pre-compilata** riportante i propri dati di iscrizione all'Albo da presentare alle Pubbliche Amministrazioni.

Tutto l'iter di emissione del certificato non richiede l'intervento di un operatore dell'Ordine.



La **Newsletter** è un servizio d'informazione gratuito, rivolto a tutti gli iscritti all'Ordine di Treviso, che raccoglie notizie professionali, elaborati, approfondimenti legislativi ma anche novità scientifiche. E' uno strumento utilissimo per ricordare agli iscritti le scadenze delle

attività promosse da questo Ordine e d'interesse professionale.



La **Posta Elettronica Certificata** si può attivare usufruendo della convenzione FNOMCeO/Aruba, alla quale ha aderito anche l'Ordine dei Medici di Treviso, al costo di euro 4,00 + IVA per tre anni.

In proposito si ricorda la necessità e l'urgenza di adempiere a quanto previsto dalla Legge n. 2/2009, la quale prescrive che "i professionisti iscritti in albi ed elenchi istituiti con legge dello Stato comunicano ai rispettivi Ordini il proprio indirizzo di posta elettronica certificata" e che l'omessa pubblicazione degli stessi indirizzi PEC in un elenco riserva-

to, consultabile in via telematica dalle Pubbliche Amministrazioni, costituisce motivo di scioglimento e di commissariamento dell'Ordine inadempiente.

# RECENSIONI

## SI SEGNALANO LE SEGUENTI INTERESSANTI PUBBLICAZIONI DI COLLEGHI

### **ARISTIDE PACI: *anima critica***

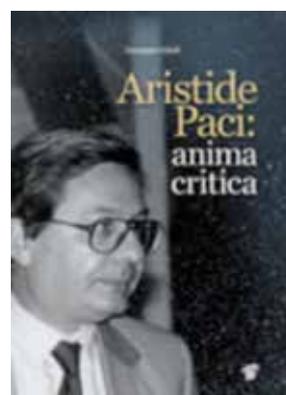
La casa editrice “Il Pensiero Scientifico” di Roma ha recentemente pubblicato un libro sulla storia ordinistica, sindacale e professionale del Dott. Aristide PACI.

“Il libro, di fatto, racconta gli ultimi 60 anni della sanità italiana ripercorsi da diverse angolazioni: quella del sindacato, dell’Ordine dei Medici, dell’ONAOI, del medico ospedaliero, ma anche di un cittadino che vive la propria città e le contraddizioni che la percorrono”.

Il ricavato delle vendite sarà devoluto in beneficenza, in particolare a sostegno dell’attività di assistenza ai malati di sclerosi laterale amiotrofica.

INFO: Il Pensiero Scientifico Editore

dott.ssa Bianca Maria Sagone 06 86282338 – e-mail [bm.sagone@pensiero.it](mailto:bm.sagone@pensiero.it)



### **Dott. Alessandro Castrogiovanni La Famiglia dei RANOCCHI**

Edito in proprio

Dopo le poesie che si rivolgono agli adulti, ecco un libricino illustrato, per i più piccini. Contiene una morale finale affinché i bambini capiscano che anche con un piccolo o grande difetto fisico, se le qualità morali sono grandi, si possono raggiungere vette elevate.



### **Dott. Biagio Modica LA SALUTE DEI RAGAZZI FACILI REGOLE PER VIVERE BENE**

Arduino Sacco Editore

Un pizzico di ingegno, una manciata di speranza, due o tre pennellate... per attirare l’attenzione dei ragazzi su argomenti che rappresentano un “lasciapassare” per una vita sana e serena.

La salute: come cogliere i primi segni di malattia, evitare dipendenze, facili contagi e come conservare il benessere del corpo e della mente.

Il medico spiega, in modo semplice e adatto ai giovani, tutto ciò che è necessario sapere.



INFO: <http://www.arduinosaccoeditore.eu/products/la-salute-dei-ragazzi/>

# Variazioni agli Albi

Gennaio – Giugno 2016

## ISCRIZIONI ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI:

<b>Alexandre Enrico</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Gentili Davide</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Andreetta Marina</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Ghisa Matteo</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Andriani Cristina</b>	<i>Trasferita dall'Ordine di Padova</i>	<b>Gjini Lindita</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Baffoni Giacomo</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Gosetto Alessandra</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Baldo Francesco</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Graziano Michele</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Barooty Behruz Federico</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Guolo Marina</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Barzan Diana</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Limarilli Giulia</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Basso Alessia</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Maniscalco Giuseppe Elio</b>	<i>Reiscrizione</i>
<b>Battistuz Elena</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Marelli Maria</b>	<i>Trasferita dall'Ordine di Varese</i>
<b>Beleù Alessandro</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Martini Cristina</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Benedetti Alice</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Marzano Clorinda</b>	<i>Trasferita dall'Ordine di Latina</i>
<b>Bettiol Clara</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Meneghini Giulia</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Bittante Cristina</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Michelon Daria</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Borghetto Giulia</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Miola Alessandro</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Bottecchia Laura</b>	<i>Trasferita dall'Ordine di Venezia</i>	<b>Moretto Nicolò</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Cabbia Chiara</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Pancieria Giulio</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Cagnato Maria Laura</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Pascotto Sara</b>	<i>Trasferita dall'Ordine di Trieste</i>
<b>Campagnolo Elena</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Perin Silvia</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Catanzariti Saverio</b>	<i>Trasferito dall'Ordine di Reggio Calabria</i>	<b>Peta Mario</b>	<i>Trasferito dall'Ordine di Milano</i>
<b>Chiappin Marco</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Piovesan Giulio</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Cione Giulia</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Pontello Eleonora</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Condotta Davide</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Poretto Anna</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Da Re Jacopo</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Prandini Tancredi</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Dal Bello Giacomo</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Puppato Emanuele</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Dal Cin Elisa</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Romeo Francesco</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Darsiè Daniele</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Sartor Gino</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Dazzi Gianmarco</b>	<i>Trasferito dall'Ordine di Imperia</i>	<b>Scattolin Tommaso</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>De Biasi Gloria</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Setacci Francesco</b>	<i>Trasferito dall'Ordine di Siena</i>
<b>De Bortoli Erik</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Stafa Altin</b>	<i>Trasferito dall'Ordine di Bologna</i>
<b>De Caro Loreto</b>	<i>Reiscrizione</i>	<b>Tardivo Pietro</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Di Paola Alessandro</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Uliana Ambra</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Fighera Alessandro</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Zamperoni Anna</b>	<i>Trasferita dall'Ordine di Milano</i>
<b>Fornasier Caterina</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Zani Federico</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Francica Morena</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Ziggiotto Alberto</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Gava Umberto Amedeo</b>	<i>Prima iscrizione</i>	<b>Zuccon Ilaria</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Gazzola Gianmarco</b>	<i>Prima iscrizione</i>		

**CANCELLAZIONI DALL'ALBO MEDICI CHIRURGHI:**

<b>Aveni Claudio</b>	<i>Deceduto</i>	<b>Guidetti Guido</b>	<i>Deceduto (doppia iscrizione)</i>
<b>Burtone Giuseppe</b>	<i>Deceduto</i>	<b>Izakson Serafyma</b>	<i>Deceduta</i>
<b>Castellani Arianna</b>	<i>Trasferita all'Ordine di Bologna</i>	<b>Massani Guglielmo</b>	<i>Deceduto</i>
<b>Croce Ernesta</b>	<i>Dimissioni</i>	<b>Nunzi Pietro</b>	<i>Dimissioni</i>
<b>D'Amico Giovanni</b>	<i>Dimissioni (doppia iscrizione)</i>	<b>Perez De Vera Francesco</b>	<i>Deceduto</i>
<b>Da Ros Antonio</b>	<i>Dimissioni</i>	<b>Roncato Gimo</b>	<i>Dimissioni</i>
<b>De Nardi Stella</b>	<i>Trasferita all'Ordine di Cagliari</i>	<b>Sartor Vittorio</b>	<i>Deceduto (doppia iscrizione)</i>
<b>De Sena Celestino</b>	<i>Deceduto</i>	<b>Tabbone Sara Stefania</b>	<i>Deceduta</i>
<b>Garbelotto Gianmario</b>	<i>Deceduto</i>	<b>Zambon Leo Giuseppe</b>	<i>Deceduto</i>
<b>Guerra Giovanni</b>	<i>Deceduto (doppia iscrizione)</i>		

**ISCRIZIONI ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI:**

<b>Caroprese Marino</b>	<i>Trasferito dall'Ordine di Ancona</i>
<b>Dal Borgo Beatrice</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Dotto Federica</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Lorenzon Alessandro</b>	<i>Prima iscrizione (DGPROF/07/l.5.h.a.7.2/2015/3794)</i>
<b>Marsi Luisa</b>	<i>Trasferita dall'Ordine di Trieste</i>
<b>Perasole Luca</b>	<i>Prima iscrizione</i>
<b>Piovan Silvia</b>	<i>Trasferita dall'Ordine di Venezia</i>
<b>Torresan Stefano</b>	<i>Prima iscrizione (DGPROF/07/l.5.h.a.7.2/2015/3716)</i>

**CANCELLAZIONI DALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI:**

<b>D'Amico Giovanni</b>	<i>Dimissioni (doppia iscrizione)</i>
<b>Guerra Giovanni</b>	<i>Deceduto (doppia iscrizione)</i>
<b>Guidetti Guido</b>	<i>Deceduto (doppia iscrizione)</i>
<b>Sartor Vittorio</b>	<i>Deceduto (doppia iscrizione)</i>



**L'Ordine**  
di Treviso

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

Presidente

**Dott. Luigino Guarini**

Direttore Responsabile

**Dott. Luigino Guarini**

Redazione

Diego Codognotto Capuzzo, Stefano Cusumano, Silvia Dal Bò, Giuseppe Dal Pozzo, Enrica Franceschini, Brunello Gorini, Renzo Malatesta

Stampa

Marca Print - Quinto di Treviso - Telefono 0422 - 470055

L'Ordine di Treviso - 31100 Treviso - Via Cittadella della Salute n. 4 - Telefono 0422 543864 - Fax 0422 541637

e-mail: ordmedtv@iol.it

PEC: segreteria.tv@pec.omceo.it

www.ordinemedicitv.org



# DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO: LA FNOMCeO IN AUDIZIONE ALLA CAMERA

*Pubblichiamo il testo della Newsletter FNOMCeO del 18.4.2016*

“Il consenso informato è un atto medico non delegabile e dovrebbe rientrare nei Livelli Essenziali di Assistenza, come attività strategica e indicatore del livello di umanizzazione, di qualità e di efficacia delle buone pratiche per tutti i Servizi e per le Direzioni Generali”.

È questa la richiesta della FNOMCeO, comparsa questo pomeriggio in audizione di fronte alla Commissione Affari Sociali della Camera, nell’ambito dell’esame sulle Proposte di Legge sul Consenso Informato e le Dichiarazioni Anticipate di Trattamento.

“Siamo a disposizione della Politica – ha dichiarato, a margine del suo intervento, il Vicepresidente Maurizio Scassola, che ha portato in audizione le istanze della FNOMCeO – per delineare insieme delle soluzioni semplici, che consolidino la Relazione di Cura, che nel momento estremo della sofferenza diventa ancora più intima. Offriamo tutto il nostro impegno, professionale civile e politico, per costruire insieme una buona legge, che offra ai cittadini strumenti concreti di assistenza, a sostegno della qualità della vita delle persone sofferenti e delle loro famiglie”.

“La relazione di cura nel fine vita è unica e irripetibile – si legge infatti nel testo dell’audizione, che alleghiamo integralmente. – Se fondata su un’alleanza terapeutica, contiene in sé tutte le dimensioni etiche, civili, tecnico-professionali per legittimare e garantire una scelta giusta, nell’interesse esclusivo del paziente, rispettosa delle sue volontà. L’indipendenza del medico, persona al servizio di altre persone, è l’unica garanzia che le richieste di cura e le scelte di valori dei pazienti siano accolte nel continuo sforzo di aiutare chi soffre e ha il diritto di essere accompagnato con competenza e solidarietà nel momento della morte”.

“I medici italiani – continua ancora la FNOMCeO – ritengono che il legislatore, nel decidere di intervenire in materia di dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario, debba altresì garantire una efficace rete di tutela dei soggetti più deboli perché inguaribili, terminali, morenti, comunque sofferenti, ancor più se divenuti incapaci”.

Ma quali sono, nel dettaglio, le istanze della FNOMCeO? Eccone alcune: la costituzione di un Osservatorio Nazionale sui comportamenti e le scelte di fine vita; l’implementazione e la diffusione della cultura delle cure e dell’etica di fine vita; la contemperazione tra l’autonomia del medico, che è assunzione di responsabilità e sicurezza a garanzia della persona, e quella del paziente; la possibilità di affidare a un Collegio Medico la certificazione sulla irreversibilità dello Stato di incapacità; la necessità che, negli stati vegetativi, le condizioni di irreversibilità del danno neurologico, l’entità ed il tasso di progressione siano indagate, valutate e certificate secondo le migliori evidenze scientifiche disponibili da trasferire in protocolli unici a livello nazionale.

Chiara la posizione sulla nutrizione e l’idratazione artificiale: “Sono trattamenti di esclusiva competenza medica e implicano procedure con rischio clinico; devono essere precedute dal consenso informato in ragione dei rischi connessi alla loro preparazione e assunzione nel tempo”.

Una particolare attenzione è riservata al Registro dei Testamenti Biologici. La FNOMCeO chiede che venga istituito “rendendo

facile e omogenea la sua formulazione e la sua applicazione” e si rende disponibile “ad affiancare la politica nella scrittura di un testo che renda il Registro uno strumento utile a costruire una rete di competenze a sostegno delle persone che dovranno sottoscrivere e depositare il proprio Testamento in modo protetto, consapevole e informato”.

“Noi tutti siamo messi alla prova – ha concluso Scassola – , nei rispettivi ruoli e nelle rispettive responsabilità, per verificare se finalmente il nostro Paese è nelle condizioni di poter esprimere i livelli più alti e nobili di assistenza e cura; il Consenso Informato e le Dichiarazioni Anticipate di Trattamento sono un indicatore potente della nostra capacità come Paese di dimostrare disponibilità all’ascolto, capacità di individuare i contesti, decidere in termini strategici con la persona, nella cornice familiare e sociale che le appartiene”.

Il testo integrale dell’audizione è consultabile nel sito [www.fnomceo.it](http://www.fnomceo.it)

## **REGOLAMENTO FNOMCeO 2016 PER IL SOSTEGNO FINANZIARIO A INIZIATIVE PER LA FORMAZIONE E L’AGGIORNAMENTO DI MEDICI E ODONTOIATRI DA INVIARE NEI PAESI IN VIA DI SVILUPPO**

*Comunicazione FNOMCeO n. 25 pervenuta il 17.3.2016*

“Visto l’esito positivo dell’iniziativa FNOMCeO di sostegno a progetti inerenti alla formazione e all’aggiornamento di medici e odontoiatri da inviare nei Paesi in Via di Sviluppo, avviata nel 2014 e riproposta nel 2015, si è ritenuto di proseguire anche quest’anno il valido percorso già intrapreso.

Al riguardo il Comitato Centrale, in data 4 marzo 2016, ha approvato il Regolamento FNOMCeO per l’anno 2016 per il sostegno finanziario a iniziative per la formazione e l’aggiornamento di medici e odontoiatri da inviare nei Paesi in Via di Sviluppo che definisce le modalità di presentazione da parte di Associazioni di volontariato e altre realtà associative di progetti da realizzarsi entro e non oltre il 31 dicembre 2016, al fine di concorrere all’erogazione del contributo economico della FNOMCeO.

Si coglie l’occasione per sollecitare gli Ordini provinciali a un esame accurato della documentazione che perverrà dalle Associazioni di volontariato e altre realtà associative prima dell’inoltro alla FNOMCeO.

La graduatoria finale per l’erogazione dei contributi sarà pubblicata, dopo l’approvazione del Comitato Centrale, sul sito della FNOMCeO.

Il regolamento di cui sopra sarà consultabile sul portale della FNOMCeO.”

La circolare, completa di allegato, è consultabile nel sito dell’Ordine [www.ordinemedicitv.org](http://www.ordinemedicitv.org)

Estratto da: **Il Giornale  
della Previdenza**  
3 - 2016

# MODELLO D entro il **31 luglio**

La dichiarazione del reddito da libera professione si fa online dall'area riservata del sito Enpam. Con l'addebito diretto sul conto corrente è possibile rateizzare i contributi di Quota B

**I** medici e gli odontoiatri che nel 2015 hanno svolto attività libero professionale devono dichiarare all'Enpam i relativi redditi. Nell'email che la Fondazione spedisce ci sono tutte le informazioni necessarie per compilare il modulo direttamente dall'area riservata del sito [www.enpam.it](http://www.enpam.it)

L'email viene inviata all'indirizzo di posta elettronica indicato al momento della registrazione. Se si sceglie la domiciliazione bancaria si potranno pagare i contributi anche in due o cinque rate. Per sapere come fare basta seguire il percorso guidato.

## COME FARE LA DICHIARAZIONE

### 1. ENTRA NELL'AREA RISERVATA

Inserisci il tuo nome utente e la password. Se hai dimenticato le credenziali segui il percorso di recupero nel menu a destra di [www.enpam.it/servizi/login](http://www.enpam.it/servizi/login)

### 2. FAI LA DICHIARAZIONE

Inserisci l'importo del reddito senza punti né virgole, quindi senza cifre decimali.

### 3. INVIA IL MODELLO D

Una volta compilato il modello **clicca su "Invia"**. A questo punto comparirà una **pagina** che comunica il **successo dell'operazione**.

Riceverai quindi un'email di conferma dall'Enpam con il

riepilogo dei dati inseriti all'indirizzo di posta elettronica indicato nell'area riservata.

**Attenzione:** se non ricevi l'email di conferma, devi ripetere l'operazione perché la procedura non è andata a buon fine.

### 4. ATTIVA LA DOMICILIAZIONE BANCARIA

Il modulo per autorizzare la Fondazione all'addebito diretto dei contributi è nella tua area riservata.

In questo modo potrai scegliere di pagare anche a rate:

- **in unica soluzione**  
(entro il 31 ottobre 2016);
- **in due rate senza interessi**  
(31 ottobre e 31 dicembre 2016)
- **in cinque rate**  
(31 ottobre, 31 dicembre 2016 e 28 febbraio\*, 30 aprile\*, 30 giugno\* 2017).

Il pagamento viene addebitato il giorno della scadenza della rata.

Per ulteriori istruzioni vai alla pagina:

[www.enpam.it/comefareper/modellod](http://www.enpam.it/comefareper/modellod)

*\*Le rate indicate con l'asterisco sono maggiorate dell'interesse legale che attualmente corrisponde allo 0,2% annuo. Quelle che scadono entro l'anno sono invece senza interessi.*

## SE NON SEI REGISTRATO

Chi non è iscritto all'area riservata riceverà il modello D per posta insieme a un tagliando con gli angoli azzurri con una metà password per accedere alla registrazione agevolata al sito [www.enpam.it](http://www.enpam.it)

### REGISTRATI NELL'AREA RISERVATA

- dalla home del sito [www.enpam.it](http://www.enpam.it) entra in: area riservata > registrazione agevolata; oppure accedi alla registrazione agevolata andando direttamente all'indirizzo:

[www.enpam.it/servizi/iscrizione](http://www.enpam.it/servizi/iscrizione)

- inserisci il tuo codice Enpam e la seconda metà della password ricevuta per posta (il codice Enpam è stampato sul modello D ricevuto a casa);

### COMPLETA LA REGISTRAZIONE

- inserisci il tuo indirizzo email e i recapiti telefonici
- scegli il tuo nome utente. Per email riceverai la prima metà della password con cui completerai la registrazione.

Tutte le istruzioni sono sul sito nella sezione

**"Come fare per"** all'indirizzo:

[www.enpam.it/comefareper/isciversi-allarea-riservata](http://www.enpam.it/comefareper/isciversi-allarea-riservata)

### NON ASPETTARE L'ULTIMO MOMENTO!

Se hai bisogno di un aiuto chiama il Servizio di accoglienza telefonica al numero: 06-4829 4829. A fine luglio arrivano molte più chiamate rispetto al resto dell'anno e si possono creare code di attesa. Quindi non tardare: appena ricevi il modello D, ti raccomandiamo di fare subito la dichiarazione. Solo così, in caso di bisogno, sarà possibile fornirti la massima assistenza ed evitare ogni inconveniente.

## COSA TI SERVE PER COMPILARE IL MODELLO D

### A) Nome utente e password per entrare nell'area riservata



Se non sei ancora iscritto:  
il foglietto con gli angoli azzurri



### B) L'importo del tuo reddito libero professionale (da cui vanno tolte le spese sostenute per produrlo)

DESCRIZIONE	VALORE	ALTRA DESCRIZIONE	VALORE
Reddito libero professionale			
Spese sostenute per produrlo			
<b>Reddito libero professionale netto</b>			



### C) Il tuo codice Iban per la domiciliazione bancaria



## SEI REGISTRATO MA HAI DIMENTICATO LA PASSWORD?

Entra nell'area riservata con il tuo nome utente e clicca sul link "recupero password".



# Quali redditi vanno dichiarati

Nel modello D vanno dichiarati i redditi libero professionali che derivano dall'attività medica e odontoiatrica, svolta in qualunque forma, o da attività comunque attribuita per la particolare competenza professionale, indipendentemente da come vengono qualificati dal punto di vista fiscale

**Q**uesti alcuni esempi di redditi che vanno dichiarati nel modello D:

- ▶ **da lavoro autonomo** prodotti nell'esercizio della professione medica e odontoiatrica in forma individuale e associata;
- ▶ **da collaborazioni o contratti a progetto**, se sono connessi con la competenza professionale medica/odontoiatrica;
- ▶ **da lavoro autonomo occasionale** se connessi con la competenza professionale medica/odontoiatrica (come partecipazione a congressi scientifici, attività di ricerca in campo sanitario);
- ▶ **redditi percepiti per incarichi di amministratore di società o enti** la cui attività sia connessa alle mansioni tipiche della professione medica e odontoiatrica;
- ▶ **utili che derivano da associazioni in partecipazione**, quando l'apporto è costituito esclusivamente dalla prestazione professionale. Ci sono poi alcune eccezioni collegate al profilo profes-

sionale (convenzionati, ospedalieri, pensionati) che sono approfondite nelle pagine seguenti.

## COME RICAVARE IL REDDITO IMPONIBILE

Deve essere dichiarato l'importo del reddito, che risulta dalla dichiarazione ai fini fiscali, al netto soltanto delle spese sostenute per produrlo. Per determinare il reddito imponibile non devono essere prese in considerazione né le agevolazioni né gli adeguamenti ai fini fiscali.

## QUANDO NON SI È OBBLIGATI A DICHIARARE

I medici e gli odontoiatri in attività non sono obbligati a compilare il modello D se il reddito professionale, al netto delle spese sostenute per produrlo, nel 2015 è stato pari o inferiore a una certa soglia. Questo limite è chiaramente indicato nell'email personalizzata o, per chi non è ancora registrato al sito della Fondazione, nella lettera che l'Enpam invierà nel mese di luglio. I pensionati del Fondo di previdenza generale, invece, devono sempre dichiarare (su questo si veda pagina 10).



## CONVENZIONATI

### LA RETRIBUZIONE DEL SSN NON CONTA

I medici e gli odontoiatri convenzionati o accreditati con il Servizio sanitario nazionale devono fare attenzione a non dichiarare i compensi percepiti nell'ambito del rapporto di convenzione, ma solo quelli che derivano dalla libera professione.

### COME DEDURRE LE SPESE

Con il modello D va dichiarato il reddito libero professionale al netto delle spese necessarie per produrlo. Per calcolare le spese imputabili alla libera professione, e non quindi al rapporto di convenzione, è possibile usare questa formula:

### SPESA LIBERA PROFESSIONE =

$$\frac{\text{spese totali} \times \text{compensi libero professionali}}{\text{compensi totali}}$$

**per esempio:** spese totali = 25.000 euro;  
compensi da libera professione = 40.000 euro;  
compensi da Ssn = 80.000 euro;  
compensi totali = 80.000 + 40.000 = 120.000 euro;

Le **spese imputabili alla libera professione** saranno:

$$\frac{25.000 \times 40.000}{120.000} = 8.333,33 \text{ euro}$$

Il **reddito netto** da dichiarare all'Enpam viene quindi così calcolato: 40.000 - 8.333,33 = **31.666,67 euro**

### ALIQUOTA INTERA O RIDOTTA

L'aliquota contributiva intera è del 14,50 per cento. I medici e gli odontoiatri iscritti al Fondo della medicina convenzionata e accreditata (Assistenza primaria, Specialistica ambulatoriale e Specialistica esterna) e i tirocinanti del corso di formazione in Medicina gene-

rale possono anche scegliere di pagare con l'aliquota del 2 per cento (aliquota ridotta).

Se però si è perso il diritto alla contribuzione ridotta (per esempio non si ha più la convenzione o l'accreditamento) è necessario indicare sul modello D la data in cui sono venute meno le condizioni. È comunque possibile presentare una nuova richiesta nel caso si tornasse in possesso dei requisiti necessari.

Chi invece, avendo scelto negli anni precedenti l'aliquota ridotta, vuole passare a pagare nella misura intera, può farlo; la scelta è irrevocabile.

### GLI ASPIRANTI MEDICI DI FAMIGLIA

I tirocinanti del corso di formazione in Medicina generale devono ricordarsi di dichiarare la borsa di studio percepita nel 2015.



## OSPEDALIERI

### RICORDARSI DELL'INTRAMOENIA

Gli iscritti dipendenti pubblici devono ricordarsi di dichiarare all'Enpam i redditi percepiti per l'attività in intramoenia. Oltre a questi vanno inseriti anche quelli per le attività libero professionali equiparate alle prestazioni intramurarie (es. intramoenia allargata, prestazioni per ridurre le liste di attesa, prestazioni aggiuntive in carenza di organico ecc.). L'Enpam raccomanda comunque di consultare il proprio commercialista.

Per chiarire quali siano i redditi soggetti alla contribuzione Inps (ex Inpdap) e quali invece rientrino nella sfera Enpam, i due Enti nel 2012 hanno emanato una circolare condivisa ([www.enpam.it/circolare-enpam-inps](http://www.enpam.it/circolare-enpam-inps)).

### ALIQUOTA INTERA O RIDOTTA

L'aliquota contributiva intera è del 14,50 per cento, ma gli iscritti che hanno un contratto di dipendenza possono anche scegliere di versare il contributo proporzionale Enpam al 2 per cento (aliquota ridotta).

Se si è perso il diritto alla contribuzione ridotta (non si ha più il contratto di dipendenza) è necessario indicare sul modello la data in cui sono venute meno le condizioni. È comunque possibile presentare una nuova richiesta nel caso si tornasse in possesso dei requisiti necessari. Gli iscritti, che negli anni precedenti hanno scelto di versare i contributi con l'aliquota ridotta, possono invece decidere di passare all'aliquota piena; in questo caso la scelta è irrevocabile.

continua a pagina 10



## PENSIONATI

riprende da pagina 9

### IL REDDITO VA SEMPRE DICHIARATO

Per la legge italiana\*, sui redditi libero professionali prodotti dopo la pensione si devono versare i contributi previdenziali anche nel caso di piccoli importi. Tuttavia chi sta ancora pagando la Quota A del Fondo di previdenza generale Enpam è esonerato dalla dichiarazione se produce un reddito pari o inferiore a una determinata soglia chiaramente indicata nell'email o nella lettera personalizzata che l'Enpam invierà nel mese di luglio.

Per non sbagliarsi e rischiare sanzioni, però, il consiglio è di dichiarare sempre. Saranno poi gli uffici dell'Enpam a fare la selezione.

*\* È stata la legge a stabilire sia l'obbligo di contribuzione sia la misura dell'aliquota, che non deve essere inferiore al 50% di quella ordinaria (articolo 18, comma 11, Dl. n. 98/2011 convertito con Legge 11/2011).*

### LE ALIQUOTE DEI PENSIONATI

Chi è pensionato del Fondo di previdenza generale dell'Enpam può scegliere se versare l'aliquota ridotta del 7,25 per cento invece di quella piena del 14,50 per cento. La legge, infatti, oltre a stabilire l'obbligo di contribuzione, ha anche definito la misura dei contributi da versare: non meno del 50 per cento dell'aliquota piena. Fino al momento in cui si matura il diritto alla pensione del Fondo di previdenza generale dell'Enpam, l'eventuale aliquota ridotta è, invece, del 2 per cento (non del 7,25 per cento), anche se si percepiscono altri tipi di pensione (ad esempio come medico ospedaliero o come medico di medicina generale).

### LE ALIQUOTE DEI PENSIONATI

CHI	QUANTO
Pensionati del Fondo di previdenza generale Enpam	Intera 14,50% Ridotta: 7,25%
Pensionati dei Fondi speciali, Inps (ex Inpdap) che nel 2015 non hanno ancora raggiunto l'età pensionabile per la Quota A Enpam	Intera: 14,50% Ridotta: 2%

# DOMICILI per pagare a

**Come fare per attivare subito l'addebito diretto sul conto corrente e rateizzare i contributi**

Con la domiciliazione bancaria dei contributi è possibile pagare in due o cinque rate oltre che in un'unica soluzione (si veda pagina 6). Il modulo per fare la richiesta si trova online nell'area riservata del sito della Fondazione. È consigliabile attivare l'addebito diretto subito dopo aver compilato il modello D, per evitare il rischio di dimenticare di farlo e di perdere per quest'anno l'opportunità della rateizzazione. Verranno comunque accettate richieste fatte entro il 15 settembre.

### QUANTO SI PAGA

Con la riforma delle pensioni Enpam entrata in vigore a gennaio 2013, l'aliquota intera sul reddito libero professionale è passata al 14,50 per cento. Grazie alla sua autonomia, l'Enpam ha potuto mantenere un contributo che è meno della metà di quello che i liberi professionisti senza Cassa devono pagare all'Inps. Sono soggetti a contribuzione sulla Quota B dell'Enpam i redditi fino a 100.323,52 euro, in questo caso il tetto è lo stesso di quello che la legge stabilisce per l'Inps. L'aliquota da versare sulla parte di reddito che eccede questo massimale è dell'1 per cento.

# AZIONE BANCARIA rate e non pensarci più



Possono scegliere di pagare con l'aliquota ridotta del 2 per cento i medici e gli odontoiatri che sono già soggetti a un'altra contribuzione previdenziale obbligatoria e i tirocinanti al corso di formazione in Medicina generale. I pensionati di Quota A Enpam invece possono decidere tra l'aliquota piena o quella ridotta al 50 per cento (si veda pagina 10).

## IMPORTO DEI CONTRIBUTI

Il contributo che deve essere versato alla Quota B verrà calcolato dall'Enpam. Gli uffici detrairanno dal reddito dichiarato quello che è già assoggettato a contribuzione di Quota A del Fondo di previdenza generale.

## CHI SCEGLIE IL MAV

Senza la domiciliazione bancaria, i contributi di Quota B si pagano con il Mav solo in unica soluzione entro il 31 ottobre 2016 e, comunque, non oltre il termine indicato sul bollettino precompilato che la Banca popolare di Sondrio invierà per posta in prosimità della scadenza del pagamento.

È possibile fare il versamento in un qualsiasi istituto di credito o ufficio postale. ■

## QUANDO INVIARE IL MODELLO D

Il termine per presentare all'Enpam il modello D scade il 31 luglio. Il consiglio, tuttavia, è di non aspettare l'ultimo momento. Nel caso ci fosse bisogno di contattare la Fondazione per ulteriori informazioni o per risolvere situazioni particolari potrebbe essere necessario attendere più del normale: alla fine del mese di luglio, infatti, il Servizio di accoglienza telefonica della Fondazione riceve un numero di telefonate molto più alto rispetto al resto dell'anno.

## DOVE INVIARE IL MODELLO D

Compilando il modello D online direttamente dall'area riservata del sito Enpam, non è necessario spedire alcunché per posta. In caso di errore, è sufficiente ricompilare il modello online: fa fede infatti l'ultima versione inviata.

Chi non è registrato al sito può utilizzare il modello D personalizzato ricevuto per posta e spedirlo per raccomandata (senza avviso di ricevimento). L'indirizzo, che è già prestampato nella busta allegata al modello D, è: Fondazione Enpam – Servizio Contributi e attività ispettiva – CP 7216 – 00162 Roma.

## COSA SUCCEDDE SE SI INVIA IN RITARDO

In questo caso è prevista una sanzione fissa di 120 euro. Inoltre chi ha scelto per la prima volta quest'anno la contribuzione ridotta, in caso di ritardo, se la vedrà applicata solo a partire dai redditi 2016, su cui si pagheranno i contributi nel 2017.

# ASSOCIAZIONE ITALIANA DONNE MEDICO SEZIONE DI TREVISO

## PREMIO DONNA DI MEDICINA

Assegnazione settima edizione – anno 2016

L'Assemblea dell'Associazione Italiana Donne Medico di Treviso (AIDM TV) ha deliberato di assegnare il suo Premio Donna di Medicina alla **Dr.ssa Sara Stefania Tabbone**, recentemente scomparsa.

L'Associazione ha deciso questa assegnazione postuma come atto di riconoscenza verso colei che nel 2005 rifondò la sezione di Treviso, la diresse con passione e competenza e nel 2009 ideò il Premio Donna di Medicina e dedicò il suo sapere e le sue capacità organizzative alla riuscita delle successive edizioni del Premio.

Premiare Sara Stefania Tabbone è anche riconoscere il valore della sua attività professionale e scientifica come psicoterapeuta, il suo lavoro per la valorizzazione delle donne medico e di tutte le donne, senza steccati ideologici, politici e religiosi, il suo impegno civile per la promozione della salute, dell'arte e della scienza come strumenti di emancipazione umana.

Garante è il Comitato d'onore con le seguenti prestigiose partecipazioni: Ministro della Salute, Presidente della Regione Veneto, Presidente della Provincia e Sindaco di Treviso, Prefetto, Presidente del Tribunale, Procuratore Capo della Repubblica, Questore, Comandante provinciale dei Carabinieri, Comandante provinciale della Guardia di Finanza, Direttore della Casa Circondariale e dell'Istituto Penale Minorile di Treviso, Comandante provinciale del Corpo Forestale, Comandante provinciale dei Vigili del Fuoco, Presidente FNOMCeO e Presidente OMCeO di Treviso, Direttori delle ULSS 9-8-7 del Veneto, Presidente AIDM TV.

La consegna del premio avverrà il **26 novembre presso il Teatro Eden di Treviso**, seguita da uno spettacolo musicale sotto la direzione artistica del Maestro Matteo Gobbo Trioli.

Il giorno precedente, l'Associazione Italiana Donne Medico di Treviso terrà un Convegno scientifico sull'Umanizzazione delle Cure. Sarà un aggiornamento nella continuità di un tema molto caro a Sara Stefania Tabbone e da lei precedentemente trattato in un convegno organizzato nel 2005.

Il programma sarà pubblicato sul sito **[www.donnemedicotreviso.net](http://www.donnemedicotreviso.net)**

**L'Associazione Italiana Donne Medico (A.I.D.M)**, fondata a Salsomaggiore Terme il 14 ottobre 1921, è un'associazione scientifica senza fini di lucro e, come tale, apartitica e aconfessionale. Fa parte della Medical Women's International Association (MWIA) e ne adotta l'emblema, la figura di Igea con il motto "Matris animo curant".

La sede legale è a Roma presso la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e Odontoiatri. La sede organizzativa è stabilita dal Consiglio direttivo nazionale in carica. È in possesso della certificazione di qualità e fa parte della Federazione Italiana delle Società Medico Scientifiche (FISM).

Mission dell'Associazione è valorizzare il lavoro della donna medico in campo sanitario, promuovere la collaborazione fra le donne medico e la formazione scientifico culturale in campo sanitario. L'Associazione si impegna inoltre a organizzare convegni e seminari E.C.M., non escludendo laureati di discipline affini e personale sanitario non medico, a collaborare con le altre Associazioni italiane ed estere, in modo prioritario con quelle della Comunità europea, incentivando gli incontri per lo studio dei problemi che riguardano la salute della collettività, a collaborare con il Ministero della Salute, Regioni e Aziende Sanitarie, organismi e istituzioni pubbliche, ad elaborare Trial di studio e Linee guida in collaborazione con ASSR (Agenzie Servizi Sanitari Regionali), FISM e altre società scientifiche, avendo come fine ultimo il mutuo riconoscimento dei crediti formativi a livello nazionale, europeo e internazionale.

**L'Associazione Italiana Donne Medico di Treviso** persegue la valorizzazione delle caratteristiche attitudinali delle donne medico, sia nella pratica professionale che nel management in sanità, nella convinzione che affermare la differenza di genere rappresenti un valore per tutta la società. Promuove e partecipa a studi scientifici sulla medicina di genere, che rappresenta un ambito di ricerca innovativo per far emergere una medicina rispettosa della differenza psichica e corporea delle donne. Svolge attività di aggiornamento professionale e formazione, attraverso Seminari, Convegni e Corsi con accreditamento ECM.

In collaborazione con le Istituzioni e le Associazioni Femminili e di Volontariato presenti nel territorio, si impegna in iniziative di educazione, informazione e prevenzione sanitaria.

L'iscrizione è riservata alle laureate in Medicina e Chirurgia, ma la partecipazione ai lavori della sezione che, in qualità di corrispondenti, donano tempo e competenze per la realizzazione dei fini statutari.

**L'Associazione di Treviso si è particolarmente impegnata in iniziative volte a contrastare la discriminazione delle donne e la violenza di genere**, ideando la manifestazione "Novembre al Femminile", anche con il coinvolgimento di esponenti dell'arte e della cultura che condividono gli obiettivi dell'Associazione.

E' firmataria del Protocollo di Intesa della Prefettura di Treviso per azioni concordate contro la violenza sulle donne. A tal fine, partecipa anche ai tavoli tecnici prefettizi dell'ULSS 7.

Cogestisce lo Spazio Donna del Comune di Treviso, partecipando alla Rete Comunale Trevigiana per le politiche di parità.

Dal 2009 celebra il **"Premio Donna di Medicina"**, da assegnare a laureate in Medicina e Chirurgia che si siano distinte per un'eccellente condotta professionale, con impegno sociale e di solidarietà. Il Premio è stato istituito per valorizzare il lavoro delle donne medico e dare riconoscimento all'impegno nel confrontarsi con le difficoltà che, proprio per essere donne, spesso incontrano e superano nel loro cammino professionale.

Il Premio è stato assegnato alle colleghe Maria Luisa Fontanin nel 2009, Silvana Agostini nel 2010, Maria Teresa Gervasi nel 2011, Diva Simonetto nel 2012, Nadia Battajon nel 2014, Catia Morellato nel 2015.

Per maggiori informazioni sulle attività della Sezione si invita a consultare il sito [www.donnemedicotreviso.net](http://www.donnemedicotreviso.net)

## REGIONE VENETO

### DECRETO DEL DIRETTORE GENERALE AREA SANITÀ E SOCIALE N. 331 DEL 30.12.2015 DI APPROVAZIONE DEL DOCUMENTO "MEDICINALI BIOSIMILARI" E INDICAZIONI PER IL LORO ACQUISTO

*Pubblichiamo la circolare della Regione Veneto prot. n. 55025 del 12.2.2016*

"Si comunica che, con Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n.331 del 30.12.2015 (allegato) è stato approvato il documento "Medicinali biosimilari", con il quale la Regione Veneto intende aggiornare il precedente documento "Linee Guida per l'impiego e l'acquisto dei farmaci biosimilari. Parere espresso dalla Commissione Terapeutica del PTORV in data 11.11.2010", che forniva le indicazioni preliminari sull'impiego e sull'acquisto dei medicinali biosimilari.

Il nuovo documento intende fornire le informazioni necessarie per chiarire in maniera esaustiva gli aspetti relativi alla sicurezza e all'efficacia di questi medicinali, esplicitando la posizione della Regione Veneto in merito all'intercambiabilità tra medicinali di riferimento e biosimilari.

I medicinali biosimilari, disponibili mediamente ad un prezzo inferiore di circa il 30% rispetto al medicinale di riferimento, rappresentano una grande opportunità per lo sviluppo di un mercato competitivo e concorrenziale necessario alla sostenibilità economica del SSN, mantenendo al tempo stesso garanzie di sicurezza e qualità per il paziente. Il contenimento della spesa generato dall'utilizzo dei biosimilari è un'occasione da cogliere nella misura maggiore possibile, considerandolo non come una riduzione di disponibilità economiche da parte del SSN, ma piuttosto come un ponderato strumento di gestione delle risorse pubbliche finalizzato a garantire un più ampio accesso alle cure.

Si sottolinea che con il provvedimento sono stati individuati anche degli specifici indicatori di appropriatezza, la maggior parte dei quali rientrano tra quelli assegnati per il 2016 alle Aziende Sanitarie con l'obiettivo C.I2.I di cui alla DGR n.2072 del 30.12.2015 "Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende Ulss del Veneto, l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e per l'IRCCS "Istituto Oncologico Veneto" per l'anno 2016". Rispetto a quanto riportato nel documento una Nota successiva del Direttore Generale Area Sanità e Sociale aggiornerà i valori target associati ai singoli indicatori.

Relativamente all'acquisto dei medicinali biosimilari, inoltre, con il Decreto n.331/2015 la Regione Veneto prevede la possibilità di formulare lotti unici tra originator e biosimilari nell'ambito delle procedure pubbliche di acquisto al fine di raggiungere il miglior equilibrio tra la necessità di fornire al servizio pubblico il materiale meno costoso (a parità di efficacia) e quella di garantire la libertà di scelta del farmaco più appropriato."

Testo integrale, completo di allegato, scaricabile dal sito [www.ordinemedicity.org](http://www.ordinemedicity.org)

# Proponiamo in **Vendita** e **Affitto** nelle provincie di **Treviso, Venezia, Rovigo**, contesti ideali, per aprire il vostro nuovo **Studio Medico ed Odontoiatrico\***

## VOLPAGO DEL MONTELLO

“Fronte S.R. 248 , a ca. 2 km da Montebelluna”



- Ottima visibilità, su viabilità ad alto scorrimento,
  - Prossimità alle fermate dei mezzi pubblici;
- Sup. a partire da mq 70 ca., a mq 1.900 ca.;
  - Posti auto riservati.
- Finiture personalizzabili.  
c.e. unità tipo “F”, lpe 37,13 kW/m<sup>3</sup> a.

## MARGHERA

“Angolo V. Brunacci e via C. Monzani”



- Facilmente raggiungibile,  
fronte fermata Actv Linea 6/b  
e futura metropolitana di superficie;
- Sup. a partire da mq 140 ca., a mq 800 ca.;
  - Posti auto riservati.
- c.e. unità tipo “D”, lpe 16,36 kW/m<sup>3</sup> a.

## QUINTO DI TREVISO

“Fronte S.R. 53, uscita tang. di TV, direzione VI”



- Ottima visibilità,  
su di un prestigioso complesso immobiliare,  
a soli 10 minuti da Treviso;
- Sup. a partire da mq 40 ca., a mq 3.500 ca.;
  - 600 posti auto riservati, di cui 300 coperti;
    - Finiture personalizzabili;
    - Convenzione per:  
sale riunione-convegni,  
servizio di ristorazione, BHR Treviso Hotel.
- c.e. unità tipo “C”, lpe 21,10 kW/m<sup>3</sup> a.

## ADRIA

c/o Centro Commerciale “Le Rondini”



- Ottima visibilità su S.S. 443 Via Filiberto;
- Inserito in un contesto commerciale, nel centro cittadino;
  - Superfici a partire da mq 75 ca., a mq 560 ca.;
    - Unità complete di impianti;
      - Posti auto riservati.
- c.e. unità tipo “E”, lpe 35,10 kW/m<sup>3</sup> a.

\* condizioni vantaggiose per:  
trasferimenti o start-up.

**Lefim**  
Promotion Real Estate Development

Info:

☎ 0422.299311 • info@lefim.it • www.lefim.it